

levensboeken in de ouderenzorg

Eindrapport van het project *Het effect van het werken met levensboeken op het welbevinden van oudere zorgvragers, op de zorgrelatie tussen zorgvragers, zorgverleners en mantelzorgers en op de organisatie van zorg; effectmeting, effectverklaring en implementatie van methode.*

Projectleider Prof.dr.R.R.Ganzevoort

Projectgroep dr.T.Bernts

Prof.dr.J.Bouwer

Drs.W.Huizing

Drs.T.Tromp



Een project gefinancierd door ZonMw (4016.0010)

Aanvullende financiering door Stichting het Zonnehuis en Stichting Deo Volente

Uitgevoerd door



Protestantse Theologische Universiteit (Kampen)

KASKI

KASKI Onderzoek en advies over religie en samenleving (Nijmegen)

reliëf
CHRISTELIJKE VERENIGING VAN ZORGAANBIEDERS

Reliëf (Utrecht)

Inhoudsopgave

1.	Samenvatting / management letter	5
2.	Inleiding, methode en achtergronden.....	7
	Vraagstelling.....	11
	Doelstelling	12
	Opzet van het onderzoek.....	12
	De interventie.....	16
	De waarnemingsinstrumenten	18
	Effect op de Zorgvragers.....	18
	Evaluatie door de verzorgenden	23
	Effect op verzorgenden	23
	Effect op de zorgrelatie	24
	Open narratief interview.....	26
3.	Effect op welbevinden en zorg.....	29
	Welbevinden en functioneren	33
	Evaluatie door zorgvragers	33
	Evaluatie door verzorgende.....	34
	Conclusie en discussie	36
	Effecten op verzorgenden.....	40
	Effecten op zorgattitude en werkmotivatie.....	41
	Conclusie	42
	Effecten op de zorgrelatie	42
	Evaluatie zorgrelaties door bewoners.....	42
	Evaluatie zorgrelatie door verzorgenden.....	45
	Conclusie	47
4.	Effecten op levensverhalen.....	48
	Theoretisch kader	48
	De analyse.....	53
	Het multi-dimensionele analyse-instrument.....	54
	Uitvoering analyse.....	60
	De resultaten	62
	Het eerste basispatroon: toename op t1 in de experimentele groep... 62	

	Het tweede basispatroon: stabilisering op t1 in de experimentele groep	67
	Afwijkende patronen.....	71
	Resultaten per criterium voor de constructie van zin.....	74
	Patronen in de resultaten.....	76
	Betrouwbaarheid van de resultaten Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	
	Onderlinge samenhang van de items	77
	Conclusie	77
	Belangrijkste effecten	77
	Overwegingen bij de effecten	77
5.	Implementatie	81
	Implementatie: effectief werken met levensboeken.....	81
	Implementatie-indicatoren	82
	Elk resultaat verdient een eigen vervolg	82
	Effect(iviteit) van het project	85
	Implementatie vergt een actieve aanpak.....	85
	Netwerkontwikkeling.....	85
	Eén resultaat uit één project is nooit de eenheid van implementatie .	86
	Landelijke uitrol voor innovatie en kwaliteit	87
	Leren van ervaringen.....	87
6.	Conclusies en aanbevelingen	89
	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.	89
	2. De bewoners zijn tevreden over het levensboek, dat voor hen heel verschillende functies vervult.	90
	3. Aandacht, al dan niet in de vorm van een levensboekmethode, wordt ook blijkens dit onderzoek positief gewaardeerd.....	91
	4. Het specifieke effect van een levensboekmethode op welbevinden en kwaliteit van de zorgrelatie boven niet-specifieke aandacht blijkt gering.....	91
	5. Het maken van een levensboek heeft wel positieve effecten bij bewoners met een lage mentale gezondheid.....	93
	6. Bij de implementatie van het werken met levensboeken zijn integratie in een integrale zorgvisie en differentiatie naar doelgroep en doelstelling essentieel.	94
7.	Bijlagen.....	97

Participerende verzorgingshuizen	97
Informatie ten behoeve van de werving van ouderen	98
Selectiecriteria	100
Uitnodigingsbrief voor deelname experimenteel	102
Uitnodigingsbrief voor deelname controlegroep	103
Instructie aan verzorgenden.....	104
Instructie reflectieverslagen.....	108
Verslag terugkomdagen met verzorgenden	110
Interviewinstructie	114
Transcriptiesysteem.....	117
Overzicht van Transcriptiecodes	120
Figuren.....	122
8. Bibliografie	126

1. Samenvatting / management letter

Het onderzoeksproject *Het effect van het werken met levensboeken op het welbevinden van oudere zorgvragers, op de zorgrelatie tussen zorgvragers, zorgverleners en mantelzorgers en op de organisatie van zorg; effectmeting, effectverklaring en implementatie van methode* is tussen 1 december 2004 en 1 december 2008 uitgevoerd door een consortium van PThU, KASKI en Reliëf onder leiding van prof.dr.R.R. Ganzevoort en gefinancierd door ZonMw in het kader van het programma Gezond Leven. Aanvullende financiering werd verkregen van Stichting Deo Volente en Stichting Het Zonnehuis.

Om de onderzoeksvraag betreffende het effect van het werken met levensboeken te beantwoorden, is een quasi-experimenteel onderzoek opgezet waarin een groep hoogbejaarde zorgvragers een levensboek heeft gemaakt samen met een daarvoor getrainde verzorgende. De experimentele groep werd vergeleken met een controlegroep vergelijkbare zorgvragers die geen levensboek maakte maar wel gedurende de onderzoeksperiode extra aandacht kreeg. Bij beide groepen werd vooraf, direct na het maken van het levensboek (of de vergelijkbare periode) en vijf maanden daarna een vragenlijst afgenomen inzake welbevinden en kwaliteit van de zorgrelatie en werden de participanten uitgenodigd hun levensverhaal te vertellen.

De uitkomsten van het onderzoek zijn als volgt samen te vatten:

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.

Het project heeft niet alleen deze onderzoeksuitkomsten opgeleverd, maar ook een belangrijke stimulans gegeven aan het werken met levensboeken in de ouderenzorg. Vanaf het begin is implementatie een belangrijk aandachtspunt in het project geweest. Er is een levensboekmethode ontwikkeld en gepubliceerd die in verschillende zorgcontexten verder wordt ontwikkeld (waaronder vrijwilligersprojecten en de zorg voor dementerende ouderen). Verder is er door

Reliëf een congres voor zorgverleners gehouden en een website www.zorgvoorhetverhaal.nl ontwikkeld. Met deze activiteiten en de netwerken waarin met name Reliëf functioneert, is de verdere uitwerking van het thema en implementatie in het werkveld geborgd.

2. Inleiding, methode en achtergronden

Het maken van en werken met levensboeken is in de afgelopen jaren een bekend fenomeen geworden in de ouderenzorg. De redenen hiervoor zijn van uiteenlopende aard. In de literatuur worden verschillende factoren onderscheiden (Bloemendal, et al. 1997, Buijssen & Fiddelaers-Jaspers 2008, Gibson 2004, Haan-de Braal 2006, Huizing & Tromp 2007, ter Steege, et al. 1994). In de eerste plaats vermelden mensen die een levensboek maken, dat ze het een aangename activiteit vinden. In de tweede plaats wordt het gezien als een goede manier om een betekenisvolle relatie tussen cliënten en zorgverleners te bevorderen in een zorgpraktijk die onder druk van efficiëntie in toenemende mate verschaalt. Spreken over het levensverhaal geeft meer inzicht in wie iemand is en verdiept de (zorg)relatie. In de derde plaats wordt het maken van een levensboek ook ingezet om de zorg beter te laten aansluiten op de behoeften van de cliënt (als aanvulling op het zorg- en leefplan). Zorgverleners die goed op de hoogte zijn van wie een cliënt en wat zij heeft meegemaakt in haar leven, zijn mogelijk gevoeliger voor wat de cliënt belangrijk vindt in het dagelijks leven (van den Brink, et al. 2008). Een vierde reden houdt verband met het perspectief van potentiële dementie. Sommige cliënten vinden het een rustgevend idee om een levensboek te maken voor het geval zij, als gevolg van ver gevorderde dementie, niet zelf meer duidelijk kunnen maken wie ze zijn, wat ze hebben meegemaakt en wat ze belangrijk vinden (Haan-de Braal 2006). In de vijfde plaats blijkt dat het maken van een levensboek ook een functie heeft in de intergenerationele overdracht. Sommige (klein)kinderen en sommige ouderen vinden het fijn om door middel van het maken van een levensboek te vertellen hoe hun leven is geweest en wat ze ervan geleerd hebben. Ten slotte kan het maken van het levensboek ook ingezet worden om de balans van het leven op te maken. Het naderend levenseinde noopt sommige ouderen ertoe om met een evaluerende blik terug te kijken op het geleefde leven, bij wijze van afronding en met het doel in het reine te komen met het eigen leven (Wholihan 1992). Volgens de ontwikkelingspsychologische theorievorming in de lijn van Erikson (1963) staat de laatste levensfase in het teken van integratie en acceptatie van het leven dat men heeft geleid en is dus de behoefte aan terugkijken juist dan groot. Men kan dit alles ook nog cultuursociologisch duiden: reminiscentie en life review dragen bij aan identiteitsvorming. De behoefte aan een coherente en flexibele identiteit wordt in onze moderne samenleving waar tradities en sociale verbanden aan kracht inboeten, steeds belangrijker.

REMINISCENTIE EN LIFE REVIEW

Het maken van levensboeken is verbonden met twee psychologische processen, t.w. reminiscentie en life review. Onder reminiscentie wordt verstaan het levendig ophalen van en verwijlen bij herinneringen uit het verleden (Marcoen 1990). Dit is een natuurlijke activiteit, waar mensen zich voortdurend van bedienen. Het kan aangenaam zijn en identiteitsondersteunend, en het delen van verhalen kan een onderlinge band scheppen. Uit onderzoek blijkt dat reminiscentie zich vaker voordoet bij ingrijpende veranderingen in het leven.

Adolescenten reminisceren meer dan schoolkinderen. En ook rond de midlife-crisis, pensionering en de verhuizing naar een verzorgingshuis, of rond een ernstige ziekte, blijken mensen meer te reminisceren (Draaisma 2001). Life review kan beschouwd worden als een verbijzondering van reminiscentie (Burnside & Haight 1992). Het gaat bij life review om een gestructureerd terugblikken op de gehele levensloop, in een individuele setting en vanuit een evaluerend perspectief (Haight, et al. 1995). Ook life review kan zich spontaan voordoen, maar het wordt ook vaak ingezet op speciale momenten in het leven, vooral in overgangssituaties als verandering van baan, relatie, woonsituatie (Haight & Haight 2007). De levensboekmethode *Open Kaart*¹ zoals die in dit onderzoek is ontwikkeld en gebruikt is principieel een laagdrempelige vorm van life review omdat het aanzetten tot een gestructureerde en evaluerende terugblik centraal staat. Daarbinnen wordt ook gebruik gemaakt van de meer associatieve aspecten van reminiscentie benaderingen. Het laagdrempelige van de levensboekmethode betekent onder meer dat de methode ook door op dit punt minder gekwalificeerde zorgverleners kan worden gehanteerd en in de dagelijkse zorgrelaties kan functioneren.

Vanaf de jaren '70 van de vorige eeuw is er een toenemende tendens om reminiscentie en life review te beschouwen als specifiek voor ouderen geschikte activiteiten. De benadering om te voorkomen dat ouderen veel over het verleden spraken, heeft plaats gemaakt voor een eerherstel van reminiscentie en life review (Coleman & O'Hanlon 2004). Belangrijk in dezen is het werk van de Amerikaanse psychiater Robert Butler (1963), die stelde dat reminiscentie en life review noodzakelijk zijn voor een goede ouderdom. Oud worden vraagt om de integratie van het verleden, met zijn mooie en nare kanten, zodat het kan leiden tot verzoening met zichzelf. In het spoor van deze rehabilitatie is veel onderzoek gedaan naar de effecten van reminiscentie en life review, vooral ten aanzien van ego-integriteit, zingeving en psychisch welbevinden (Beaton 1991, Bohlmeijer 2007a, Cook 1998, Haight & Hendrix 1995, Hendrix & Haight 2002, Kovach 1990). Het effectonderzoek richt zich in toenemende mate op effecten ten aanzien van depressie, zelfwaardering en psychisch welbevinden, omdat op die terreinen telkens opnieuw significant positieve effecten zichtbaar worden, hoewel het altijd om gematigde effecten gaat. Uit de meta-analyse van Bohlmeijer e.a. (2007a) blijkt dat life review effectiever is dan reminiscentie en dat de effecten groter zijn bij thuiswonende ouderen dan bij ouderen in verpleeg- of verzorgingshuizen. Als theoretische verklaring voor de werking van life review wordt vermoed dat veranderingen in de interpretatie van de levensloop een rol spelen. Empirische gronden daarvoor zijn echter nog niet beschikbaar.

LEVENSVERHAAL

Op grond van eerder onderzoek wordt theoretisch verondersteld dat structuur en inhoud van het achter het levensboek liggende levensverhaal samenhangen met de stuurcompetentie en mate van welbevinden (Ganzevoort 2001, Hermans & Hermans-Jansen 1995). Het levensboek helpt het levensverhaal te construeren en geeft daarmee greep op het leven zelf (mastery). De structuur ontstaat door

¹ Inmiddels als herziene versie onder de titel *Mijn leven in kaart*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2007

het hanteren van bepaalde narratieve clusters en triggers (Ganzevoort 1998), zoals:

- tijds- en ruimteordening (Baltes 1997, Baltes & Mayer 1999, Knippenberg 1998)
- roltoekenning aan actoren en hun perspectieven (Hermans 1996a, b, 2001)
- inhoudelijke thema-ordening zoals afstand-nabijheid, macht-onmacht, schuld-tragiek, vertrouwen-wantrouwen, vreugde-verdriet, vrijheid-dwang, prestatie-falen (Ganzevoort 2001)
- positieve en negatieve polen (Hermans & Hermans-Jansen 1995)
- zintuiglijke waarnemingen (foto's en afbeeldingen, geluidsfragmenten, voorwerpen om te voelen en aan te ruiken)

Uit de bij deze aspecten vermelde literatuur kan worden geconcludeerd dat een adequaat levensverhaal gekenmerkt wordt door integratie en consistentie, differentiatie en complexiteit, flexibiliteit en ruimte voor ambivalenties. Onder adequaat wordt verstaan dat de inhoud in thematische, perspectivische en chronologische zin recht gedaan wordt en dat dit levensverhaal completer, meer reproduceerbaar en uitbreidbaar, meer begrijpelijk en "zinnig", en voor derden meer inzichtelijk is. De levensboekmethode wordt geacht bij te dragen aan een adequater levensverhaal dat de kwaliteit van leven van de zorgvrager verhoogt en beter inzetbaar is in de zorgrelatie; het zorgsysteem zelf wordt door het gezamenlijk construeren van het levensboek versterkt.

LEVENSMETHODEN

Het levensboek is een verzamelterm voor een bonte verzameling van ego-documenten waarin het levensverhaal van een oudere is vastgelegd. Dit gebeurt aan de hand van verhalen, anekdotes, foto's, tekeningen, persoonlijke documenten e.d. Niet alleen het verleden krijgt een plaats, maar ook actuele gebeurtenissen of verwachtingen (Mies 1999, Tromp 2008).

Het maken van een levensboek is een samenwerkingsproces tussen zorgvrager, zorgverlener en mantelzorger(s). De zorgverlener reikt een aantal velden uit de levensgeschiedenis aan waarbij diverse invullingen door zorgvrager en mantelzorger worden aangedragen: inhouden, maar zoals gezegd ook objecten, van verbale, visuele, auditieve en tactiele aard. Het resultaat is veelal een losbladig "boek" eventueel aangevuld met objecten in een doos of een prikbord/collage (Bloemendal, et al. 1997, Franssen 1998).

Het herinnerings-aspect van levensboekmethoden draagt met zich mee dat deze niet alleen of vooral gericht is op hoogopgeleide, welbespraakte en sterk reflectief ingestelde zorgvragers, maar juist met non-verbale middelen zoals foto's, knipsels en memorabilia kan worden samengesteld. Dit maakt de methode ook toepasbaar voor mensen met een minder verbale insteek, met minder opleiding en van uiteenlopende culturele achtergronden. Het life review-aspect en de gestructureerde benadering, zoals ook in dit project ontwikkeld, veronderstellen wel een bepaald verbaliserend vermogen, maar dat is met opzet zo laagdrempelig mogelijk gehouden, onder meer door in te zetten op een niet professionele en niet therapeutische benaderingsmethode.

Zodoende is de levensboekmethode toegankelijk en bruikbaar voor zowel verbaal als minder verbaal vaardige zorgvragers en mantelzorgers; dit laatste is vooral belangrijk omdat de positie van de mantelzorgers steeds voornamer wordt in de totale zorgverlening. Ook zijn er in de toepassing van de levensboekmethode talrijke aanknopingspunten voor samenwerking tussen zorginstellingen enerzijds en andere maatschappelijke groeperingen op het gebied van welzijn, cultuur en levensbeschouwing, zoals vrijwilligersorganisaties en kerken.

Een ander voordeel van de levensboekmethode ten opzichte van reminiscentie is dat de laatste een separaat en tijdelijk element in het zorgsysteem is (Buijssen & Fiddelaers-Jaspers 2008, Buijssen & Poppelaars 1997). Bij reminiscentie komt een professional een beperkt aantal keren met een groep ouderen bijeen rond enkele visuele, auditieve en/of tactiele triggers. De levensboekmethode werkt op een meer integratief niveau door in het zorgsysteem omdat de zorgvrager en zijn/haar eigen levensverhaal, de eerst-verantwoordelijke zorgverlener en de mantelzorger(s) er allen bij betrokken worden. Het levensboek blijft onafgerond, kan steeds geraadpleegd en aangevuld worden en blijft in de zorgrelatie functioneren. Voorts kan de opgedane ervaring dieper doorwerken in het zorgsysteem: professionele zorgverleners worden alerter op het levensverhaal van zorgvragers in andere, bredere contexten en zullen dit in overige zorgrelaties betrekken. Daarmee ondersteunt de interventie van de zijde van professionele zorgverleners het competentiegevoel van centrale mantelzorgers (Vernooij-Dassen 1993).

FUNCTIES EN EFFECTEN VAN HET LEVENSBOEK

Aansluitend bij de inzichten inzake life review onderscheidt Franssen (1998) diverse functies van het levensboek, die samenvattend kunnen worden geduid als in de eerste plaats functioneel voor de oudere zelf, en in de tweede plaats voor de naaste omgeving c.q. de zorgrelatie (familie en verzorgenden). Voor de oudere zelf kan het levensboek bijdragen tot identiteitsbehoud, en vormt het een hulp bij het proces van herinneren en het plaatsen van herinneringen. Daarbij kan ook de continuïteit tussen heden en verleden beter bewaard blijven. Aldus draagt het levensboek bij aan het welbevinden van de oudere. Voor de naaste omgeving creëert het levensboek een identiteit van de oudere, ook als de eigen herinnering van de oudere zelf in dit opzicht minder toegankelijk wordt. Mede hierdoor vormt het ook een bron voor contact en communicatie met de oudere, en biedt het handvatten voor gesprek. Het kan op die manier ook bijdragen tot een beter begrip van de oudere in kwestie. Aldus draagt het levensboek bij aan een betere zorgrelatie en indirect weer aan het welbevinden van de oudere.

Binnen instellingen voor psychogeriatrische zorg aan ouderen zijn zoals gezegd ervaringen opgedaan in het werken met levensboeken. Hierbij is evidentie vergaard dat deze methoden een zinvolle bijdrage leveren aan de communicatie, de kwaliteit van zorg en het welbevinden van zorgvragers. Daarbij zij aangetekend dat de aandacht voor het levensverhaal steeds verbaal en non-verbaal van aard kan zijn (Mills 1998). Van een robuuste effectstudie is echter tot op heden geen sprake. Er is wel de nodige praktijk-evidentie, maar geen onderzoek van voldoende omvang om generaliseerbare conclusies te trekken

voor de grotere groep hoogbejaarde zorgvragers. Met het oog op de toenemende vergrijzing is een dergelijke studie van groot belang. Met name bij ouderen die alleenstaand zijn (geworden) en die naar een intramurale zorginstelling verhuizen komt de vraag naar hun levensverhaal en identiteit scherp naar voren. Recent onderzoek naar het functioneren en welbevinden van ouderen wijst op het belang van de ontwikkeling van stuurcompetenties van ouderen (Beke 2001, Houben 2002, Penninx 1996). In de praktijk zijn zorgvragenden in zorginstellingen lang niet alle in staat autonoom en welbewust dergelijke competenties te ontwikkelen of te handhaven (de Lange 2003). Instellingen staan voor de vraag hoe het welbevinden van een in omvang sterk toenemende groep kwetsbare ouderen kan worden bevorderd.

Nu kan men natuurlijk stellen dat alle zorgvragers een eigen levensverhaal hebben, maar spontaan zullen zij doorgaans geen levensboek construeren; zorgverleners kunnen dit initiëren wanneer er in de zorginstelling voor gekozen is om het werken aan een levensboek systematisch aan te bieden aan zorgvragers, bijvoorbeeld omdat men meent dat dit de zorgvrager en de zorgrelatie met professionals en mantelzorgers ten goede komt zoals hier boven beschreven. Dit vraagt een aanzienlijke inspanning en extra investering in tijd en moeite van zowel professionele zorgverleners als de mantelzorgers rondom de zorgvrager. Het ontbreken van empirische evidentie voor het veronderstelde positieve effect van zo'n werkwijze (Mies 1999) is voor die investering een beleidsmatige belemmering, zeker ook gezien de eerder gememoreerde inspanningen van zorgverleners, mantelzorgers en de oudere zelf.

Vraagstelling

ZonMw verleende de onderzoeksgroep in 2004 de opdracht tot het doen van onderzoek naar de effecten van het maken van levensboeken bij ouderen in verzorgingshuizen. In dit onderzoek wordt de vraag naar het effect van het werken met de levensboekmethode binnen de ouderenzorg beantwoord middels een aantal samenhangende deelvragen:

Effectbepaling

Welke effecten heeft het methodisch werken aan en met een levensboek binnen zorginstellingen voor ouderen op het welbevinden van de zorgvragers en op de kwaliteit van de zorgrelatie tussen zorgvragers en mantelzorgers en tussen zorgvragers en professionele zorgverleners? Daartoe wordt het effect van interventie met een uitgewerkte levensboekmethode kwantitatief getoetst door vergelijking van een experimentele en een controlegroep.

Effectverklaring

Hoe kan het effect van de levensboekmethode op het welbevinden van zorgvragers en op de kwaliteit van de zorgrelatie met zorgverleners verklaard worden? Daartoe wordt een kwalitatieve studie verricht naar de ontwikkeling van structuur en inhoud van de levensverhalen van zorgvragers en de door en met hen geproduceerde levensboeken en wordt deze ontwikkeling van het levensverhaal gerelateerd aan het gemeten effect.

Implementatie

Welke opbrengsten zijn er op instellingsniveau van te verwachten van de implementatie van de levensboekmethode in termen van zorgmotivatie en betrokkenheid van zorgverleners en mantelzorgers en welke investeringen brengt deze methode voor de zorginstelling met zich mee in termen van arbeidstijd, financiën, deskundigheid en logistiek? Daartoe wordt na afloop van de interventie onderzocht hoe het interventieproces op het niveau van de zorginstelling is verlopen en wordt op basis van de onderzoeksuitkomsten een implementatietraject ontwikkeld.

Doelstelling

Daarbij hoort ook een drietal doelstellingen. De eerste doelstelling is de volgende tweeledige hypothese te toetsen: de levensboekmethode, zijnde het samenstellen van het levensboek door de zorgvrager en diens zorgomgeving en het functioneren van het tot stand gebrachte levensboek in de zorgrelatie, levert, middels het adequaat functioneren van het levensverhaal, een bijdrage aan:

- a. het welbevinden van de oudere zorgvrager, en
- b. de kwaliteit van de zorgrelatie.

De tweede doelstelling is door middel van kwalitatieve analyse de totstandkoming van het effect van de levensboekmethode te verhelderen.

De derde doelstelling is op basis van in de empirische deelstudies verworven kennis en inzichten een reëel implementatietraject te ontwikkelen.

Opzet van het onderzoek

Om de effecten van de levensboekmethode op de constructie van zin te meten is een gerandomiseerd gecontroleerd experiment ontworpen met een experimentele en een controlegroep. De deelnemers aan de experimentele groep maakten, samen met speciaal hiervoor opgeleide zorgverleners en met steun van een mantelzorger een levensboek. De deelnemers aan de controlegroep maakten met zorgverleners een levensboek. Zij gebruikten hiervoor de speciaal voor dit onderzoek ontworpen levensverhaalmethode *Open Kaart* (Huizing & Tromp 2005). Deze methode kan als een life review-methode beschouwd worden daar zij voldoet aan de definitiekenmerken van life review, namelijk dat het gaat om een gestructureerde en methodische wijze van terugkijken op het geheel van de levensloop, in een individuele setting en vanuit een evaluerende perspectief (Haight, et al. 1995). Om te controleren voor het effect van de factor aandacht, werden met een andere groep ouderen, de controlegroep, niet-specifieke activiteiten ondernomen zoals koffiedrinken, praten, wandelen of winkelen. Met niet specifiek wordt bedoeld dat er geen reminiscentieachtige activiteiten mochten worden ondernomen. Het aantal niet-specifieke aandachtssessies beperkte zich uiteindelijk veelal tot gemiddeld 3 in plaats van de beoogde 6 keer, meestal omdat het in de zorginstelling moeilijk te organiseren viel. Het geven van extra aandacht bleek niet in alle gevallen zonder reminiscentieactiviteiten heeft plaatsgevonden. Uit de reflectieverslagen blijkt dat het narratief autobiografisch interview een proces van reminiscentie op gang heeft gebracht en dat dit haast

onvermijdelijk tijdens de activiteiten een rol heeft gespeeld. Daarnaast blijkt het eenvoudigweg bijna niet mogelijk om met een cliënt anderhalf uur koffie te drinken zonder dat herinneringen aan het verleden ter sprake komen. Deze vaststelling betekent een vertekening van de onderzoeksresultaten. In de conclusie en discussie komen we hierop terug.

Bij alle deelnemers werd voorafgaand aan de interventie (t0), direct erna (t1) en vijf maanden (t2) daarna een gestructureerde vragenlijst en een kort narratief autobiografisch interview afgenomen (maximaal een half uur). In totaal duurde een interview circa anderhalf uur. De interviews vonden plaats bij de bewoner op de kamer. Er is gebruik gemaakt van veelal ervaren interviewers die een instructie van een halve dag hebben gehad. Bij de planning is gegarandeerd dat participanten op de verschillende meetmomenten steeds andere interviewers hadden. De interviews werden digitaal opgenomen en vervolgens getranscribeerd. De opnames en de transcripties vormen de data voor dit deelonderzoek. De vertelde levensverhalen werden geanalyseerd op de constructie van zin om zo effecten over de verschillende meetmomenten vast te stellen. Het gebruikte design maakt het mogelijk om een mogelijk verschillende ontwikkeling in functioneren en welbevinden tussen de twee groepen toe te schrijven aan het specifieke effect van de levensboekmethode. Om de effecten van de levensboekmethode te toetsen, zijn er per groep drie verschilcores berekend, namelijk t1-t0, t2-t1 en t2-t0. Per verschilcore is vervolgens getoetst of er wat betreft hun waarde verschillen bestaan tussen de experimentele en de controle groep. Hiervoor is gebruik gemaakt van de groepsgewijze t-toets voor de verschillen tussen twee verschilcores.

ZORGVRAGERS

In plaats van de 9 verzorgingshuizen in drie regio's zijn uiteindelijk 10 verzorgingshuizen in 4 regio's bereid gevonden om aan het onderzoek mee te werken. 2 in de regio den Haag, 2 in de regio Nijmegen, 3 in de regio Utrecht en 3 in de regio Zwolle. De werving van verzorgingshuizen verliep moeizaam. Met name problemen rond de inzet van personeel maakten dat de verschillende directies van verzorgingshuizen hun aanvankelijke toestemming bij nader inzien moesten intrekken. Hierdoor is besloten aanvankelijk te starten met 6 verzorgingshuizen. In een tweede en derde tranche konden 4 verzorgingshuizen worden toegevoegd.

Het beoogde doel om 108 ouderen te werven is niet gehaald; het onderzoek is gestart met een tekort van 11%. De weerbarstigheid van de werving vormt de belangrijkste verklaring voor dit tekort. De werving van deelnemers ging als volgt in zijn werk. De locatiemanager werd gevraagd om namen aan te leveren van bewoners die volgens haar of hem geschikt waren om aan het onderzoek mee te doen. De eisen voor geschiktheid waren: minimum leeftijd 80+, alleenstaand. Contra-indicaties waren: pathologie van psychogeriatrische aard zoals ernstige depressie, dementie, de ziekte van Parkinson of persoonlijkheidsstoornissen en belemmeringen in het spreken, bijvoorbeeld door afasie of gehoorproblemen. Pas na meerdere malen aandringen kreeg de projectgroep de gevraagde lijsten, die bovendien minder namen bevatten dan verwacht. Alle potentiële deelnemers kregen vervolgens een schriftelijke uitnodiging (zie bijlage) om aan een

onderzoek naar levensverhalen mee te werken. In de brief werd de precieze aard van het onderzoek niet genoemd, om latere verwarring in de controlegroep te voorkomen. Het aantal positieve reacties op deze uitnodiging was in eerste instantie ruim beneden het benodigde aantal om de sample voor de experimentele en de controlegroep te vullen. Na bemiddeling van de locatiemanagers zijn in 3 tranches uiteindelijk 96 ouderen bereid gevonden mee te werken. Deze 96 zijn at random over de experimentele groep en de controlegroep verdeeld, waarbij de aanvankelijk geplande matching deels moest worden losgelaten. Tot vertekening heeft dit niet geleid: in de analyse blijken er geen significante verschillen aanwezig tussen de experimentele en controle groep wat betreft geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau, het hebben van kinderen, lidmaatschap van een kerkgenootschap en het mee hebben gemaakt van ingrijpende gebeurtenissen.

De uiteindelijke respons onder de zorgvragers is weergegeven in Tabel 2.1

Tabel 2.1 Respons zorgvragers

	experimenteel			controle			totaal		
	totaal	♀	♂	totaal	♀	♂	totaal	♀	♂
beoogd startaantal	72			36			108		
feitelijk geworven	64	52	12	32	29	3	96	81	15
interview op t0	56			31			87		
interview op t1	47			24			71		
interview op t2	42			23			67		

Het aantal deelnemers aan het onderzoek lag zoals gezegd onder de beoogde aantallen, met name in de experimentele groep. Daarvoor zijn de volgende redenen aan te voeren:

- Er zijn uiteindelijk minder respondenten bereid gevonden om deel te nemen aan het maken van een levensboek. Hierbij speelden capaciteitsproblemen bij de huizen een rol.
- Van de uiteindelijk 64 geworven respondenten hebben er slechts 56 aan het eerste interview op t0 meegewerkt. Naast ziekte of emotionele belasting was bij de helft van hen de oorzaak van uitval niet geheel duidelijk: men weigerde in tweede instantie alsnog om mee te doen.
- 47 van deze 56 bewoners hebben uiteindelijk een levensboek gemaakt. Dit kwam vooral omdat het maken van het levensboek meer tijd en inspanning kostte dan voorzien. In plaats van 7 weken duurde het gemiddeld tweemaal zo lang voordat het levensboek gereed was. Uiteraard steeg hierdoor de kans op uitval. De vertraging was deels te wijten aan personele krapte in de huizen en verder bleef de betrokkenheid van de mantelzorgers achter bij de verwachtingen. Slechts ruim een derde van hen heeft aan het maken van het levensboek bijgedragen, overigens deels ook omdat het moeilijk te organiseren viel.

Uiteindelijk zijn op t2 nog 42 zorgvragers geïnterviewd, een uitval van 5 personen die gezien de tussenliggende periode van 5 maanden conform verwachting was. Met name de organisatorische aspecten komen nog ter sprake bij het hoofdstuk over implementatiemogelijkheden en voorwaarden.

ZORGVERLENERS

Uit de 10 deelnemende verzorgingshuizen zijn 64 verzorgenden en 4 vrijwilligers geworven om een levensboek te maken of extra, niet specifieke aandacht te geven. Een deel van de verzorgenden maakte meerdere levensboeken of was zowel voor de experimentele als de controlegroep actief. De vrijwilligers zijn alleen ingezet voor het geven van de extra aandacht. Voor de inzet van de verzorgenden kregen de instellingen van de projectgroep financiële compensatie voor het maken van het levensboek en het geven van de aandacht. Van de 64 geworven verzorgenden volgden 52 de training van 2 dagdelen om te werken met *Open Kaart*. Voor een viertal deelnemers uit de controlegroep kon geen verzorgende gevonden worden om de extra, niet specifieke aandacht te geven. Hiervoor is een vrijwilliger ingezet.

De zorgverleners die geworven zijn voor uitvoeren van de methode zijn voor het overgrote deel verzorgenden niveau 3², omdat zij de primaire zorgtaken uitvoeren bij bewoners van een verzorgingshuis. Verzorgenden niveau 3 bezitten de competentie om aandachtig te luisteren, doelgericht te communiceren en door te vragen. Ook zijn zij in staat verstoorde verwerking van ingrijpende herinnering te signaleren en kunnen zij de oudere in voorkomende gevallen doorverwijzen naar een professional die deskundig is op het gebied van psychologische of geestelijke begeleiding. Geen enkele oudere heeft gebruik gemaakt van deze opvangmogelijkheid. Wel is eenmaal door een zorgverlener een beroep gedaan op de geestelijk verzorger, omdat de verhalen van de bewoner veel bij haar losmaakten. De zorgverleners schreven na iedere bijeenkomst een reflectieverslag met de belangrijkste ervaringen en leerpunten voor het vervolg (zie bijlage voor de instructie).

Net als bij de zorgvragers is er gebruik gemaakt van een experimentele groep en een controlegroep. Tot de experimentele groep behoren de verzorgenden die met een bewoner een levensboek hebben gemaakt; tot de controlegroep behoren verzorgenden die enkele niet-specifieke activiteiten hebben ondernomen met zorgvragers uit de controlegroep. Er is daarbij zoveel mogelijk bij een bestaande zorgrelatie aangesloten. Een aantal verzorgenden heeft met 2 bewoners hun levensboek gemaakt. De verzorgenden voor de experimentele groep hebben een training van 2 dagdelen gevolgd om te kunnen werken met de methode *Open Kaart* (zie verder hieronder). De verzorgenden uit de controlegroep hebben een schriftelijke instructie gekregen hoe aandacht te geven middels niet-specifieke activiteiten (bijvoorbeeld wandelen, winkelen e.d.). Het verzoek daarbij was om geen op reminiscentie lijkende gesprekken te voeren. De verzorgenden ontvingen een schriftelijke vragenlijst. Er is op dezelfde drie tijdstippen gemeten als bij de zorgvragers.

² De kwalificatie niveau 3 verwijst naar het niveau waarop de zorgverlener behoort te functioneren in de zorgpraktijk. Niveau 3 is gericht op het ondersteunen van bewoners bij hun algemene dagelijks levensbehoefte, waarbij zij zoveel mogelijk dienen aan te sluiten op de wensen en gewoonten van de bewoners. Het geven van voorlichting behoort ook bij de taak, maar het uitvoeren van zgn. verpleegtechnische handelingen niet. Die zijn voorbehouden aan verpleegkundigen niveau 4 en 5. het middelbaar beroepsonderwijs bereidt zorgverleners voor op de functie niveau 3 (van de Haterd, et al. 2000, Pool, et al. 2001).

De respons was als volgt:

Tabel 2.2 Respons verzorgenden, wat betreft ingevulde lijsten per bewoner

	Experimenteel	controle
Geworven	53	22
vragenlijst ingevuld op t0	53	21
vragenlijst ingevuld op t1	44	19
vragenlijst ingevuld op t2	33	13

Sommige verzorgenden waren zoals gezegd bij meer dan één levensboek betrokken en hebben dus voor meerdere bewoners een vragenlijst ingevuld over hoe het met de bewoner gaat en met de zorgrelatie. Deze aantallen zijn in Tabel 2.2 opgenomen. Dit betekent dat de respons ook negatief is beïnvloed door uitval van de bewoners. Wanneer we de aantallen vergelijken met de respons van de bewoners in Tabel 2.1, dan blijkt dat aanvankelijk bij 95% van de bewoners uit de experimentele groep ook de verzorger een vragenlijst heeft ingevuld. Dit percentage daalt tot 79% op t2. Verder blijkt dat de verzorgers van de controlegroep minder hebben gerespondeerd. Hun betrokkenheid bij het onderzoek was waarschijnlijk lager.

MANTELZORGERS

Een gepland onderdeel van de interventie was dat iedere oudere bij het maken van het levensboek ondersteund zou worden door een mantelzorger. Dit is slechts in 36% van de gevallen gerealiseerd. Meer dan de helft van de deelnemers aan de experimentele groep heeft geen ondersteuning gehad van een mantelzorger. De belangrijkste oorzaak van dit tekort ligt in het feit dat de ouderen is gevraagd zelf een mantelzorger te regelen. Dat bleek voor velen een te hoge drempel te zijn. Mantelzorgers hebben wel een vragenlijst gekregen naar veranderingen in de zorgrelatie. Uiteindelijk zijn 16 lijsten binnengekomen. Op basis van deze geringe aantallen hebben we besloten de mantelzorgers buiten het onderzoek te houden.

De interventie

De levensverhaalmethode *Open Kaart* is als interventie speciaal voor dit onderzoek ontworpen. Voor het ontwerp is eclectisch gebruik gemaakt van inzichten uit bestaande levensverhaalmethoden. Leidraad voor het ontwerp waren de volgende criteria. In de eerste plaats diende het een plaats te krijgen in het primaire zorgproces, wat impliceerde dat het door eerst verantwoordelijke zorgverleners uitgevoerd moest kunnen worden. In de tweede plaats moest de methode voldoen aan de kenmerken van life review: aansluitend bij de individuele levensloop van de deelnemer, gestructureerd, de gehele levensloop betreffende, verspreid over meerdere contactmomenten, vanuit een evaluerend perspectief en uitlopend op een concreet product, t.w. het levensboek. In de derde plaats moesten zorgverleners het levensboek in een acceptabele tijdsspanne kunnen vervaardigen. Op basis van deze criteria is een methode ontworpen waarbij de bewoner in zeven ontmoetingen van ongeveer anderhalf uur met de zorgverlener het levensverhaal reconstrueert. Rode draad in deze ontmoetingen vormen vijf sets themakaarten. Voor elk van de vijf thema's,

'relaties', 'opleiding, werk, hobby', 'wonen en bezit', 'oud worden gunst of kunst' en 'waarden en normen, geloofsovertuiging', is een set van zeven themakaarten vervaardigd. Op iedere kaart staan vijf tot zeven vragen met behulp waarvan de bewoner zich kan oriënteren op de eigen levensgeschiedenis. Ook is er een zgn. 'jokerkaart' met een vraagteken toegevoegd, die de bewoner kan kiezen in het geval zij over een thema wil spreken dat niet gedekt wordt door de genoemde vijf thema's. Aan het eind van de eerste bijeenkomst, waarin kennismaking, associatieoefeningen en het maken van een levenslijn centraal aan de orde komen, kiest de bewoner het thema voor de volgende bijeenkomst, die een week daarna plaats vindt. In de tussenliggende tijd haalt de bewoner herinneringen op aan de eigen levensgeschiedenis met behulp van de themakaarten en zoekt zij er, samen met de mantelzorger, relevante foto's en andere betekenisvolle voorwerpen en documenten bij, om het verhaal ondersteunen. Tussen de bijeenkomsten vindt dus gerichte reminiscentie plaats. In de daarop volgende ontmoeting met de zorgverlener vertelt de bewoner wat zij over het thema kwijt wil. De zorgverlener luister, moedigt aan, vraagt naar wat het vertelde voor de bewoner betekent en maakt aantekeningen. Aan het slot van de ontmoeting kiest de oudere een nieuw thema. Enzovoorts. De zorgverlener verwerkt de aantekeningen en de foto's/documenten tot een voorstel voor het levensboek. Zij leest de reeds gemaakte onderdelen voor aan de bewoner en komt samen met haar tot overeenstemming over de definitieve vorm en inhoud van het boek. In de zevende en laatste bijeenkomst overhandigt de zorgverlener het eindresultaat, al of niet met enig ceremonieel. Bij de methode hoort een uitgebreide handleiding voor de zorgverleners en een set themakaarten.

De zorgverleners schreven na iedere bijeenkomst een reflectieverslag met de belangrijkste ervaringen en leerpunten voor het vervolg (zie bijlage).

Voor de begeleiding bij het maken van het levensboek is er een trainingsprogramma ontwikkeld waaraan in totaal 52 professionele zorgverleners hebben deelgenomen. Zij hebben in kleine groepen (maximaal 18 deelnemers) een training van twee dagdelen gevolgd om te kunnen werken met *Open Kaart* (Huizing & Tromp 2005). Bij de methode hoort een handleiding voor de zorgverleners en een set themakaarten. De training, die zes keer gegeven is, behelsde de uitleg van de principes van reminiscentie en life review, het aanleren van benodigde communicatievaardigheden, de instructie voor het maken van een levensboek en de reflectieverslagen en het geven van aanwijzingen voor tijdmanagement en het hanteren van heftige emoties of andere verwerkingsproblemen bij de ouderen tijdens het proces van life review. Na het maken van het levensboek is er voor de verzorgenden een terugkomdag georganiseerd, waar zij hun ervaringen met elkaar hebben uitgewisseld. Tijdens het project is vanuit Reliëf een medewerker aanspreekpunt geweest voor praktische ondersteuning en eventueel persoonlijke begeleiding van verzorgenden of mantelzorgers.

De begrote arbeidstijd van verzorgenden om met een cliënt een levensboek samen te stellen bedroeg 16 uur. De geschatte tijdsinvestering van 16 uur bleek in de praktijk met een factor 2 vermenigvuldigd te moeten worden. Vooral de vormgeving en afwerking van het levensboek kostte meer tijd dan verwacht. Naast de extra druk voor de zorgverleners heeft dat er toe geleid dat de tijd tussen t0 en t1 soms met 4 weken is verlengd (12 in plaats van 8 weken). Een

vergelijkbare vertraging heeft om planningsredenen zich ook bij de controlegroep voorgedaan. Aanvankelijk was het de bedoeling dat ook een mantelzorger nauw betrokken zou zijn bij het maken van het levensboek, maar in de praktijk bleek dit niet of nauwelijks te organiseren. In circa een derde van de gevallen is een mantelzorger (veelal dochter of schoondochter) bij het maken van het levensboek betrokken geweest.

De waarnemingsinstrumenten

Voor het onderzoek naar de effectbepaling zijn op een drietal momenten gestandaardiseerde vragenlijsten afgenomen bij de experimentele en de controlegroep. Bij de controlegroep werden met eenzelfde tijdschema de data verzameld, waarbij in plaats van het maken van een levensboek gedurende evenveel weken een medewerker of vrijwilliger extra aandacht aan de oudere schonk, zonder dit evenwel narratief te structureren. Op deze wijze werd gecontroleerd voor het effect van aandacht en blijft een netto-effect over voor de specifiek narratieve aard van de levensboek-interventie.

Naast deze gestandaardiseerde instrumenten werd ten behoeve van het onderzoek naar de effectverklaring bij alle participanten op dezelfde waarnemingsmomenten steeds een open narratief interview afgenomen. We bespreken hier nu de verschillende instrumenten.

Effect op de Zorgvragers

Het beoogde effect van de levensboekmethode is bij de zorgvragers een beter functioneren en welbevinden. Deze doelen zijn als volgt geoperationaliseerd in het onderzoek. Voor de meting van welzijn zijn twee bekende schalensets gebruikt, namelijk de RAND-36 (van der Zee & Sanderman 1993) en de Leuvense Welzijn Schaal (Marcoen, et al. 2002).

RAND-36

De RAND-36 is een verkorte vorm van de RAND Health Insurance Study Questionnaire (Brook & al. 1979) waaraan nog enkele extra aspecten van gezondheid zijn toegevoegd in vergelijking met de oorspronkelijke versie. De complete RAND-schalenset bestaat uit 8 schalen. In het kader van dit onderzoek is het effect van de levensboekmethode op het psychische welzijn van de ouderen relevant, en is er derhalve gekozen voor het gebruik van de twee schalen die mentale gezondheid en vitaliteit meten. Van der Zee geeft aan dat de schaal voor mentale gezondheid meet in hoeverre de respondent zich depressief en nerveus voelt, dan wel juist vredig, kalm en gelukkig. De schaal voor vitaliteit geeft aan in hoeverre er sprake is van gevoelens van vermoeidheid en uitputting, dan wel juist van energie en levenslust (van der Zee & Sanderman 1993).

Schaal van mentale gezondheid

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken ...

1. Voelde u zich zenuwachtig?
2. Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?
3. Voelde u zich kalm en rustig?
4. Voelde u zich neerslachtig?
5. Voelde u zich gelukkig?

* $\alpha = 0,74$; 6 antwoordcategorieën (voortdurend <-> nooit)

Schaal van vitaliteit

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken ...

1. Voelde u zich levenslustig?
2. Voelde u zich energiek?
3. Voelde u zich uitgeblust?
4. Voelde u zich moe?

* $\alpha = 0,73$; 6 antwoordcategorieën (voortdurend <-> nooit)

LEUVENSE WELZIJN SCHAAL

Naast het bovengenoemde deel van de Rand-36 is gebruik gemaakt van de Leuvense Welzijn Schaal (LWS). Deze schaal is door Marcoen et al. ontwikkeld en gevalideerd, met het oog op het subjectieve welbevinden van ouderen boven de 60 jaar (Marcoen, et al. 2002). Hun stond een meetinstrument voor ogen dat dit subjectieve welbevinden adequaat kan meten om interventieonderzoek bij ouderen te kunnen doen.

De schaal bestaat uit 6 dimensies die allen in de toetsing van de schaal zijn teruggevonden. De door ons overgenomen dimensies betreffen:

1. *psychisch welbevinden*: zich goed voelen in de eigen psychische levensruimte, tevredenheid met betrekking tot verleden, heden en toekomst, en het gevoel van greep op de eigen omgeving;
2. *lichamelijk welbevinden*: een positieve lichaamsbeleving, het gevoel van zintuiglijke en motorische competentie, en een positieve evaluatie van het eigen uiterlijk;
3. *sociaal welbevinden*: tevredenheid over de hoeveelheid, omvang en diepgang van de sociale relaties;
4. *existentieel welbevinden*: het gevoel van eenheid en heelheid, de ervaring van zin in het algemeen en in het eigen persoonlijk leven.

De schalen voor de dimensies materieel en cultureel welbevinden zijn in ons onderzoek niet meegenomen. Het zijn dimensies die voor deze generatie ouderen van hoge leeftijd in mindere mate relevant zijn.

Ad 1: Psychisch welbevinden

Wat betreft psychisch welbevinden hebben we ons beperkt tot opname van de items die greep op het leven en tevredenheid met betrekking tot verleden indiceren. De reden daarvoor is dat in de twee gebruikte schalen van de Rand-36 ook al psychisch welbevinden op een vergelijkbare manier wordt gemeten. Met betrekking tot de greep op het leven worden twee losse items gezien (het eerste item komt uit de LWS).

Items greep op het leven

1. Ik heb mijn eigen leven in handen.
2. Ik laat mij in het leven teveel leiden door anderen.

5 antwoordcategorieën (helemaal eens <-> helemaal oneens)

Voor de tevredenheid met betrekking tot verleden is een schaal geconstrueerd. Uit de LWS-schaal zijn de eerste 2 items overgenomen, aangevuld met 1 zelf geconstrueerd item.

Schaal van tevredenheid met betrekking tot verleden

1. Ik vind dat ik, gezien de omstandigheden, de juiste keuzes heb gemaakt in het leven.
2. Wanneer ik op het leven terugkijk, ben ik tevreden over hoe de dingen verlopen zijn.
3. Als ik mijn leven over kon doen zou ik bijna niets veranderen.

* $\alpha = 0,54$; 5 antwoordcategorieën (helemaal eens <-> helemaal oneens)

Ad 2: lichamenlijk welbevinden

Wat betreft lichamenlijk welbevinden is de schaal van Marcoen et al. nagenoeg geheel overgenomen, met weglating van één, wat cryptisch geformuleerd item, namelijk 'zich een vreemde in het eigen lichaam voelen'.

Schaal van lichamenlijk welbevinden

1. Ik vind dat ik er goed uitzie.
2. Ik voel mij gezond.
3. Ik heb pijn.
4. Ik voel me lichamenlijk sterk genoeg.
5. Ik heb lichamenlijke klachten.
6. Mijn lichaam laat me in de steek.
7. Ik ben tevreden met mijn conditie.
8. Ik hou van mijn lichaam zoals het is.
9. Ik voel me lichamenlijk goed.

* $\alpha = 0,87$; 5 antwoordcategorieën (helemaal eens <-> helemaal oneens)

Ad 3: sociaal welbevinden

Wat betreft sociaal welbevinden zijn alle items uit de LWS overgenomen.

Schaal van sociaal welbevinden

1. Ik voel me aanvaard door de mensen in mijn omgeving.
2. Er zijn mensen die om mij geven.
3. Er zijn mensen op wie ik kan rekenen.
4. Ik ben tevreden met de sociale contacten die ik heb.
5. Mijn kinderen geven om mij.
6. Ik heb in mijn leven tot nu toe voor anderen iets betekend.
7. Ik ben tevreden over het bezoek dat ik krijg.
8. Ik heb de relaties die ik nodig heb.
9. Andere mensen mogen mij.

* $\alpha = 0,83$; 5 antwoordcategorieën (helemaal eens <-> helemaal oneens)

Ad 4: existentieel welbevinden

Wat de laatste dimensie van de LWS betreft, het existentiële welbevinden, is de situatie als volgt. Marcoen et al. liepen bij de test van deze dimensie op tegen het

gegeven dat de inhoudelijke tweeledigheid van de gebruikte items, namelijk wat betreft het leven als zinvol ervaren en wat betreft de angst voor sterven en dood, terug te vinden waren in de exploratieve factoranalyse. De onderzoekers verwijderden daarop de drie items uit de schaal die betrekking hadden op het levenseinde, met daarnaast nog een vierde slecht correlerend item. Wij hebben in lijn met Marcoen et al. van de 7 overgebleven items er 6 gebruikt als schaal voor existentieel welbevinden, maar daarnaast ook de drie verwijderde items rond het levenseinde gebruikt voor een schaal met betrekking tot attitude levenseinde. We hebben deze drie items aangevuld met nog twee inhoudelijk overeenkomende items (items 4 en 5).

Schaal existentieel welbevinden

1. Ik vind dat elke dag nieuw en anders is.
2. Ik put steun uit mijn geloof of levensvisie.
3. Ik heb een gevoel van richting of doel in mijn leven.
4. Ik vind dat het bestaan een reden heeft.
5. Ik vind dat alles in het leven een reden heeft.
6. Ik vind dat ik mijn levensdoelen bereikt heb.

* $\alpha = 0,56$; 5 antwoordcategorieën (helemaal eens <-> helemaal oneens)

Schaal attitude levenseinde

1. Ik heb angst om te sterven.
2. Ik kan de dood aanvaarden.
3. Ik ben bang als ik over de dood nadenk.
4. Ik kan mij verzoenen met de eindigheid van dit leven.
5. Ik ben in principe klaar om te sterven.

* $\alpha = 0,83$; 5 antwoordcategorieën (helemaal eens <-> helemaal oneens)

OVERIGE VARIABELEN

Naast vragen ontleend aan de Rand-36 en de Leuvense Welzijnsschaal zijn aan de bewoners vragen gesteld over de gesprekken, zowel wat betreft het levensboek als de extra aandacht (alleen op t1). Voorts een aantal vragen specifiek over het maken van het levensboek (alleen t1) en over wat men van het gemaakte levensboek vindt (t1 en t2).

Typering gesprekken door zorgvragers (alleen t1)

- a. Prettig
- b. Vermoeiend
- c. Te lang
- d. Te kort
- e. Te intensief
- f. Te oppervlakkig
- g. Overbodig
- h. Te privé
- i. Interessant

3 antwoordcategorieën (eens <-> oneens)

Beoordeling gesprekken door zorgvragers (alleen t1)

- a. De verzorgende luisterde goed naar mij
- b. De verzorgende bemoeide zich te veel met de inhoud van het gesprek

- c. Ik had achteraf liever niet meegedaan met de gesprekken
- d. De gesprekken of activiteiten hebben mij uitgeput
- e. Ik heb genoten van de gesprekken

(alleen groep die levensboek gemaakt heeft)

- f. Ik vond het moeilijk om met de verzorgenden over mijn leven te praten
- g. Ik vond het prettig dat ik tijdens de gesprekken uit verschillende thema's kon kiezen
- h. Ik vond het prettig dat een familielid betrokken was bij het maken van het levensboek

3 antwoordcategorieën (eens <-> oneens)

Evaluatie levensboek (t1 en t2)

1. Vindt u het een mooi levensboek?
2. Geeft het boek uw leven goed weer?
3. Mist u zaken in het boek?

3 antwoordcategorieën (ja, enigszins, nee)

Aan de zorgvragers is op t1 ook gevraagd of zij baat ervaren bij de gesprekken. Een aantal vragen zijn zowel in de experimentele als in de controlegroep gesteld. Daarnaast was er een specifieke set vragen alleen voor de bewoners die een levensboek hebben gemaakt.

Ervaren baat bij de gesprekken (t1)

Door de gesprekken

- a. voel ik mij opgewekter
- b. voel ik mij somberder
- c. ben ik alerter
- d. voel ik mij gezonder
- e. voel ik mij minder eenzaam
- f. voel ik mij verdrietiger

(alleen levensboek:)

Door het vertellen van mijn levensverhaal en het maken van mijn levensboek

- g. kan ik beter op het verleden terugkijken
- h. kan ik meer vrede hebben met hoe mijn leven gelopen is
- i. kan ik makkelijker praten over mijn leven
- j. hebben anderen meer begrip voor mij gekregen
- k. zijn moeilijke tijden uit mijn leven weer opgerakeld
- l. ben ik minder tevreden geworden met hoe mijn leven verlopen is
- m. Herinner ik mij meer over mijn leven
- n. ben ik in verwarring gebracht
- o. zijn de verzorgenden nu beter op de hoogte van wat belangrijk is geweest in mijn leven
- p. is mijn familie nu beter op de hoogte van wat belangrijk is geweest in mijn leven
- q. zijn de medebewoners beter op de hoogte van wat belangrijk is geweest in mijn leven
- r. is de relatie met de verzorgende die meehielp het levensboek te maken verbeterd.
- s. is de relatie met alle verzorgenden hier in huis verbeterd
- t. is de relatie met mijn familie verbeterd.

3 antwoordcategorieën (eens, neutraal, oneens)

Als laatste is op t2 aan de bewoners in de experimentele groep gevraagd of en hoe zij het levensboek in de afgelopen tijd hebben gebruikt.

Gebruik levensboek (alleen t2)

- a. Kijkt u nog wel eens in het levensboek?
- b. Hebt u er sinds het levensboek is gemaakt, naderhand nog wel eens dingen aan toegevoegd?

- c. Hebt u het levensboek wel eens aan iemand van de verzorging laten zien?
- d. Hebt u het levensboek wel eens aan iemand van uw familie laten zien?
- e. Hebt u het levensboek wel eens aan een medebewoner laten zien?
- f. Vraagt iemand wel eens naar het levensboek?

Evaluatie door de verzorgenden

Naast de meting van welbevinden en functioneren door zelfbeoordeling van de zorgvrager zelf, is ook aan de verzorgenden gevraagd om het welzijn en het functioneren van de bewoners te beoordelen. Daarvoor zijn de volgende variabelen gebruikt. In de eerste plaats een algemene beoordeling van het welzijn van de bewoner. Deze beoordeling is driemaal gemaakt, op t0, t1 en t2.

Welbevinden van bewoners, naar oordeel van de verzorgenden

Ik heb de indruk dat:

1. de bewoner tevreden is met het bezoek dat hij/zij krijgt.
2. de bewoner pijn heeft.
3. de bewoner zich de laatste vier weken gelukkig voelt.
4. de bewoner de relaties heeft die hij/zij nodig heeft.
5. de bewoner zich de laatste vier weken energiek voelt.
6. de bewoner tevreden is met de sociale contacten die hij/zij heeft.
7. de bewoner zich de laatste vier weken neerslachtig voelt.
8. de bewoner lichamelijke klachten heeft.
9. de bewoner zich goed voelt.

5 antwoordcategorieën (helemaal eens <-> helemaal oneens)

Daarnaast is ook expliciet gevraagd naar de ervaren baat van de gesprekken in het kader van de interventie (levensboek dan wel aandacht).

Ontwikkeling in welbevinden van de bewoners op basis van de gesprekken, naar oordeel van de verzorgenden

Ik heb de indruk dat de bewoner door de gesprekken:

1. opgewekter is
2. somberder is
3. alerter is
4. zich gezonder voelt
5. zich minder eenzaam voelt
6. zich verdrietiger voelt
7. niet veranderd is

3 antwoordcategorieën (eens <-> oneens)

Effect op verzorgenden

Een van de hypothesen die we in dit onderzoek toetsen, is dat het maken en gebruiken van een levensboek bijdraagt tot een hogere werkmotivatie en een grotere betrokkenheid bij de zorgverlener. Om dit te onderzoeken zijn door ons twee (sets van) variabelen geconstrueerd, namelijk zorgattitude en werkmotivatie. Wat betreft zorgattitude zijn de volgende items voorgelegd aan de verzorgenden:

Zorgattitude van verzorgende

Om goede zorg te kunnen verlenen is het belangrijk:

- a. dat je op de hoogte bent van wat de zorgvrager heeft meegemaakt in zijn/haar leven.
- b. dat je regelmatig tijd hebt voor wat extra aandacht.
- c. dat je jezelf verantwoordelijk voelt voor het welzijn van de zorgvrager.
- d. dat je datgene doet waarvan je denkt dat de zorgvrager het prettig vindt.
- e. dat je de zorgvrager goed kent.
- f. dat je geduldig bent.
- g. dat er wederzijds vertrouwen is tussen jou en de zorgvrager.
- h. dat je zelf plezier hebt in je werk.

5 antwoordcategorieën (helemaal eens <-> helemaal oneens)

Daarnaast is gekeken naar de werkmotivatie. Er zijn uit een lijst van 11 items zeven items geselecteerd die samen een betrouwbare schaal vormen.

Schaal werkmotivatie

- a. Ik vind voldoening in mijn werk.
- b. Ik ga met plezier naar mijn werk.
- c. Het werk levert me energie op.
- d. Ik ben tevreden over de sfeer in het huis.
- e. Ik kan mij vinden in de zorgvisie van het huis.
- f. Ik ben tevreden over de collega's met wie ik werk.
- g. Ik ben tevreden met de taken die ik heb.

* $\alpha = 0,83$; 5 antwoordcategorieën (helemaal eens <-> helemaal oneens)

Bovendien is aan de verzorgenden gevraagd wat zij van de interventie vonden, met andere woorden van de gesprekken in het kader van het maken van een levensboek dan wel in het kader van de niet-specifieke activiteiten.

Evaluatie gesprekken door verzorgende

Vond u de gesprekken

- a. Prettig
- b. Vermoeiend
- c. Te lang
- d. Te kort
- e. Te intensief
- f. Te oppervlakkig
- g. Overbodig
- h. Te privé
- i. Interessant

3 antwoordcategorieën (eens <-> oneens)

Effect op de zorgrelatie

VOLGENS ZORGVRAGERS

Aan de zorgvragers is gevraagd hoe zij het contact met hun kinderen ervaren, als indicatie voor de kwaliteit van de mantelzorgrelatie. Er zijn vijf items geconstrueerd die samen een betrouwbare schaal vormen.

Schaal tevredenheid over contact met de kinderen

1. Ik krijg voldoende aandacht van mijn kinderen.
2. Het contact met mijn kinderen is prettig.
3. Ik krijg voldoende praktische steun van mijn kinderen.
4. Ik beteken iets voor mijn kinderen.
5. Mijn kinderen weten waar ik behoefte aan heb.

* $\alpha = 0,91$; 5 antwoordcategorieën (helemaal eens <-> helemaal oneens)

Daarnaast is gevraagd naar de kwaliteit van de relatie met de verzorgende die met de bewoner het levensboek maakt dan wel extra aandacht geeft.

1. De verzorgende bemoeit zich teveel met dingen waar ik niet om gevraagd heb.
2. De verzorgende heeft respect voor wat voor mij belangrijk is.
3. Ik erger me aan de verzorgende.
4. Ze doet wel eens iets waar ik behoefte aan heb, hoewel ik er niet om gevraagd heb.
5. Als ik iets niet prettig vindt van de verzorgende durf ik dat altijd tegen haar te zeggen.
6. Ik ben bang om teveel van de verzorgende te vragen.
7. De verzorgende heeft geduld met mij.
8. De verzorgende heeft te weinig tijd voor mij.
9. Ik hoor wel eens van de verzorgende wat voor haar belangrijk is.
10. Ik heb de indruk dat ik iets voor haar beteken.

5 antwoordcategorieën: (helemaal eens <-> (helemaal oneens)

Verder is aan de zorgvragers gevraagd hoe tevreden zij zijn over de verzorging.

Schaal tevredenheid verzorging, volgens zorgvrager

1. Hoe tevreden bent u over de verzorging die u krijgt?
2. Hoe tevreden bent u over het contact met de verzorgenden?
3. Hoe goed houden de verzorgenden rekening met uw persoonlijke behoeften en voorkeuren?

* $\alpha = 0,88$; rapportcijfer 1-10

VOLGENS VERZORGENDEN

Aan de verzorgenden is allereerst gevraagd naar de ervaren baat bij de gesprekken. Hebben de gesprekken geleid tot een betere zorgrelatie met de bewoner?

Ervaren baat gesprekken voor de zorgrelatie (alleen op t1)

Door de gesprekken

- a. ken ik de bewoner beter.
- b. voel ik me meer betrokken bij de bewoner.
- c. heb ik minder geduld met deze bewoner.
- d. bestaat er meer vertrouwen tussen ons.
- e. erger ik mij meer aan deze bewoner.
- f. zie ik de bewoner zoals hij/zij werkelijk is.
- g. krijg ik meer terug van deze bewoner.
- h. heb ik een beter contact met de familie van de bewoner.
- i. heb ik meer moeite om mijn professionele afstand te houden t.a.v. deze bewoner.
- j. neem ik meer tijd voor de bewoner.
- k. sta ik opener voor de bewoner.
- l. kan ik beter mezelf zijn als ik werk met deze bewoner.
- m. heb ik meer respect voor de bewoner gekregen.
- n. zijn er minder misverstanden tussen ons.

- o. zie ik beter wat de bewoner echt nodig heeft.
- p. werk ik zorgvuldiger bij deze bewoner.
- q. heb ik meer begrip voor de bewoner.
- r. voel ik me meer verantwoordelijk voor de bewoner.
- s. heb ik meer plezier in het werken met deze bewoner.
- t. begrijp ik beter waar de bewoner behoefte aan heeft.
- u. ben ik geneigd meer tijd te nemen voor een praatje.
- v. merk ik beter of de bewoner mijn zorg waardeert.
- w. heb ik het idee dat de bewoner mij beter kent.

5 antwoordcategorieën (helemaal eens <-> helemaal oneens)

Daarnaast is gevraagd naar de gevoelens die men heeft ten aanzien van de bewoner. De items vormen samen een betrouwbare schaal.

Schaal gevoelens ten aanzien van bewoner

Als ik denk aan het contact met de bewoner

- | | |
|--|---|
| a. voel ik me blij. | i. voel ik me zeker van mezelf. |
| b. heb ik het gevoel dat ik de moeite waard ben. | j. voel ik me rustig (van binnen). |
| c. voel ik me gelukkig. | k. heb ik contact. |
| d. voel ik me sterk. | l. voel ik me veilig. |
| e. geniet ik. | m. heb ik het gevoel dat ik het aankan. |
| f. geef ik om iemand. | n. heb ik vertrouwen. |
| g. heb ik een warm gevoel. | o. voel ik me op mijn gemak. |
| h. voel ik een band. | p. voel ik me tevreden. |

* $\alpha = 0,98$; 6 categorieën (ervaar ik helemaal niet – ervaar ik heel veel)

Aan de verzorgenden is verder gevraagd naar de kwaliteit van de zorgrelatie.

Schaal kwaliteit zorgrelatie volgens verzorgende

- a. Ik voel me betrokken bij de bewoner.
- b. Ik neem voldoende tijd voor de bewoner.
- c. Ik sta open voor de bewoner.
- d. Ik kan mezelf zijn als ik werk met deze bewoner.
- e. Ik heb respect voor de bewoner.
- f. Er zijn geen misverstanden tussen ons.
- g. Ik zie wat de bewoner echt nodig heeft.
- h. Ik werk zorgvuldig bij deze bewoner.
- i. Ik heb begrip voor de bewoner.
- j. Ik voel me verantwoordelijk voor de bewoner.
- k. Ik heb plezier in het werken met deze bewoner.
- l. Ik merk of de bewoner mijn zorg waardeert.

* $\alpha = 0,92$; 5 antwoordcategorieën (helemaal eens – helemaal oneens)

Open narratief interview

Het tweede deel van de vraagstelling betreft de ontwikkeling van structuur en inhoud van de levensverhalen van zorgvragers. Deze structuur ontstaat zoals gesteld door het hanteren van narratieve clusters en triggers, zoals tijd, rollen, thematische organisatie en waarderingen. In de operationalisering is hiervoor het concept 'constructie van zin' ontwikkeld. Daaronder verstaan wij de wijze waarop in het levensverhaal betekenis wordt geconstrueerd, door middel van talige verbanden, op het niveau van de grammatica, de episodes en het plot. Bij

de bespreking van de resultaten uit dit deelproject wordt de verdere uitwerking op analyseniveau beschreven.

Om de effecten op de constructie van zin in de levensverhalen te bepalen, zijn bij zowel de deelnemers van de experimentele als de controlegroep korte narratief autobiografische interviews afgenomen op t0, t1 en t2. Het interview is een zeer open interview, duurt maximaal een half uur en wordt afgenomen na een deel van de vragenlijsten. Om te voorkomen dat de interviewster haar eigen structuur oplegt aan het verhaal, blijven de interventies van de interviewster tot een minimum beperkt. Aan de respondent wordt de gang van zaken rond het narratief autobiografisch interview goed uitgelegd. De beginvraag luidt: 'Dan wil ik u nu, zoals gezegd, vragen uw levensverhaal te vertellen.' Daarna beperkt de interviewster zich tot bemoedigend hummen en non verbale feedback. Als het vertellen vastloopt kan de interviewster de respondent met formele interventies ondersteunen, bijvoorbeeld door het herhalen van de laatste zin of door te vragen of er nog andere zaken zijn waar ze over wil vertellen. Als de respondent om wat voor reden vraagt de opname te staken of te onderbreken zal hieraan gehoor gegeven worden. Het interview is opgenomen met digitale apparatuur.

Het profiel voor de interviewers was: vrouw, liefst ouder dan 50 jaar, met ervaring met het afnemen van zowel open als gesloten interviews. In totaal hebben 17 interviewster meegedaan, waarvan 11 aan het profiel beantwoorden. De anderen waren mannelijk (3) of jonger dan 50 jaar (3). De interviewsters ontvingen een training van 1 dagdeel, die bestond uit een toelichting op de instructie (zie bijlage) en oefenen met het niet interveniëren.

Na afloop van het interview noteerden de interviewers welke thema's aan de orde waren geweest, gaven ze een inschatting van de toon van het interview en eventuele bijzonderheden die zich tijdens het afnemen hebben voorgedaan. Daarna stuurden de interviewers de opname naar de onderzoekers. De interviews werden door student-assistenten getranscribeerd volgens een aangepaste versie van het systeem van Jail Gefferson (zie bijlage). Ook de transcribenten noteerden de thema's die volgens hen aan de orde waren geweest alsmede een toonaanduiding. De opnames en de getranscribeerde interviews vormen de data voor dit deelonderzoek.

Ten aanzien van de uitvoering van de interviews is het volgende relevant. In de eerste plaats is een deel van de interviews in zowel de experimentele als de controlegroep betrekkelijk kort, omdat de deelnemers er de zin niet van inzien om het nogmaals te vertellen. Ook komt het om dezelfde reden voor dat respondenten op t2 weigeren het interview te geven. Dit doet zich met name voor in de controlegroep. In enkele gevallen was de geluidsopname van slechte kwaliteit, waardoor in de transcriptie gaten zijn gevallen. Het bleek tenslotte voor sommige interviewsters moeilijk om niet inhoudelijk in te gaan op het interview. Hier en daar ontspint zich toch een gesprek en in een één geval is de interviewster met de bewoner foto's gaan kijken. Die delen van het interview zijn buiten de analyse gehouden.

In totaal kon bij 50 deelnemers op 3 meetmomenten een interview worden afgenomen en getranscribeerd (37 experimentele en 13 controlegroep).

Tabel 2.3 Afgenomen interviews

	Experimenteel	Controle	Totaal	Aantal interviews
t0,t1,t2	37 (30V,7M)	13 (11V,2M)	50 (41V,9M)	150
t0,t1	6	4	10	20
t0,t2	2	1	3	6
Totaal	45	18	63	176

3. Effect op welbevinden en zorg

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de kwantitatieve toetsing van de effecten van de levensboekmethode. De volgende twee onderzoeksvragen met betrekking tot de levensboekmethode worden in deze rapportage beantwoord:

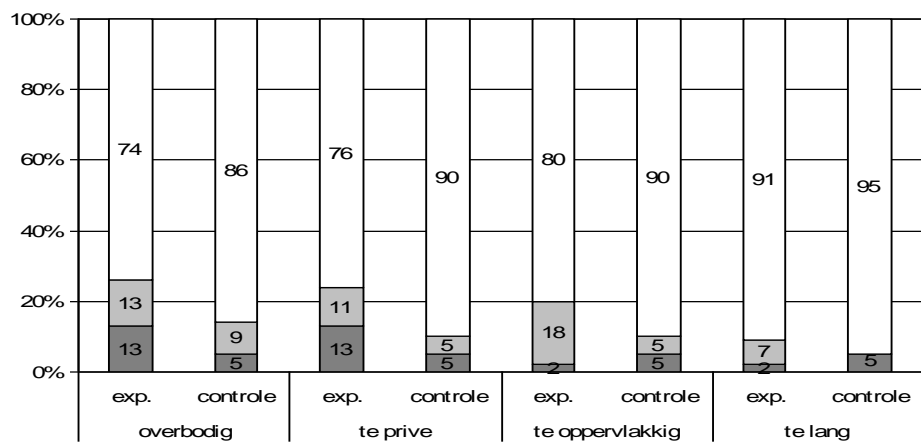
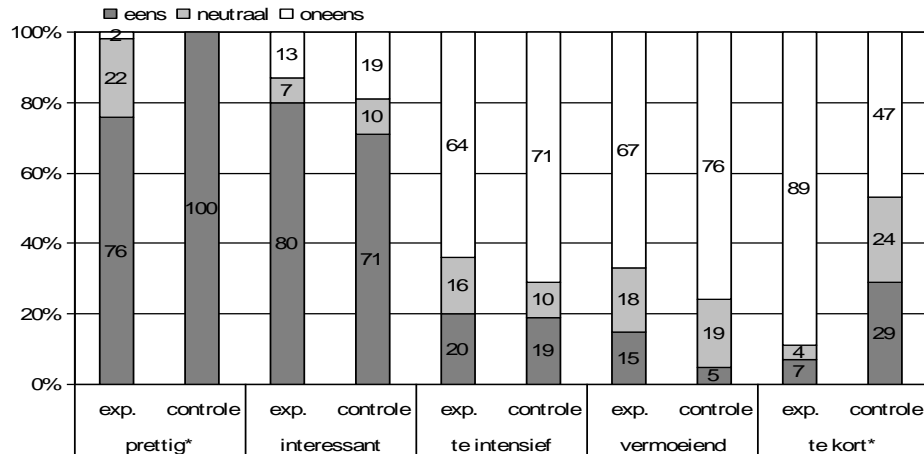
1. leidt de levensboekmethode tot meer welbevinden en beter functioneren van de zorgvrager, i.c. de hoogbejaarde bewoner van een verzorgingshuis?
2. leidt de levensboekmethode tot hogere werkmotivatie en betrokkenheid van zorgverleners en mantelzorgers bij de zorgvrager, en daardoor tot een betere kwaliteit van de zorgrelatie en versterking van het zorgsysteem, i.c. de triade zorgvrager - zorgverlener - mantelzorger?

We beschrijven de effecten van de levensboekmethode op het welbevinden en het functioneren van de zorgvragers die een levensboek hebben gemaakt. Daarbij wordt steeds een vergelijking gemaakt tussen de experimentele groep en de controlegroep. Het toetsen van effecten gebeurt door middel van de groepsgewijze t-toets voor verschillen tussen de verschilscores $t1-t0$, $t2-t0$ en $t2-t1$.

De vaststelling van het welzijn en functioneren van de bewoners is – zoals al in het vorige hoofdstuk aangegeven – gebeurt door de bewoner zelf via zelfevaluatie en door een verzorgende die met de bewoner het levensboek heeft gemaakt of hem of haar niet-specifieke aandacht heeft gegeven. We gaan allereerst in op de zelfevaluatie en daarna op de evaluatie door de verzorgende.

Uit Figuur 3.1 blijkt dat allereerst dat de typering van de gesprekken uiterst positief is. Zowel de bewoners die aan het levensboek hebben gewerkt als degenen die niet specifieke aandacht hebben gekregen, juichen deze vormen van extra aandacht toe. Interessant is dat de controlegroep zelfs nog wat positiever is: men vond de gesprekken iets prettiger en nogal eens vaker te kort (29% was het daarmee eens, tegen 7% van de bewoners die een levensboek maakten). Dat is een interessant gegeven, gezien het feit dat life review behoorlijk confronterend kan zijn. Men kan ook zeggen dat kennelijk de aandacht in de controlegroep naar meer smaakte en dat die behoefte in de experimentele groep grotendeels is verzadigd.

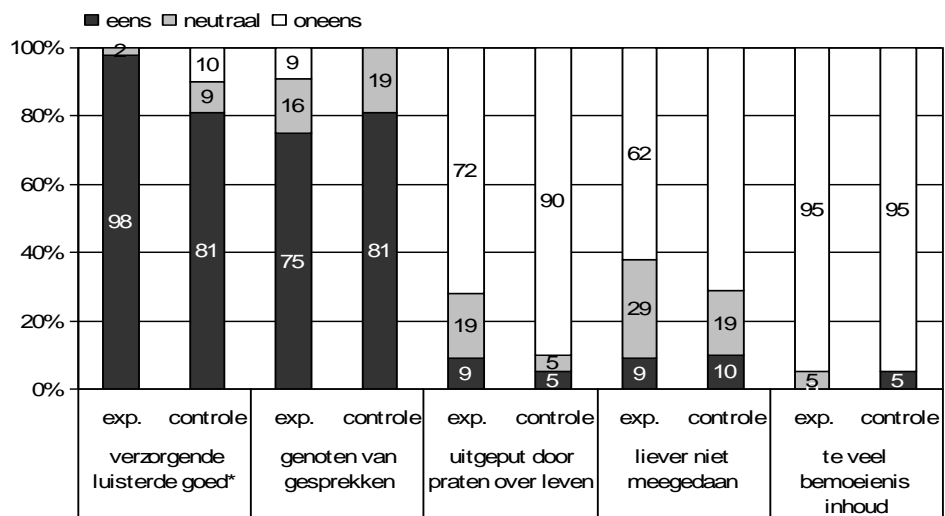
Figuur 3.1 Beoordeling gesprekken door zorgvragers (in %; n=67)



* Verschillen tussen experimenteel en controle significant ($p < .05$)

Uit Figuur 3.2 blijkt de positieve evaluatie nogmaals op een wat andere manier. De verzorgende luisterde goed (bij het levensboek zelfs nog iets beter) en bijna 80% heeft van de gesprekken genoten. We leiden daaruit af dat de training die deze verzorgenden hebben gehad bijdraagt aan hun communicatievaardigheden.

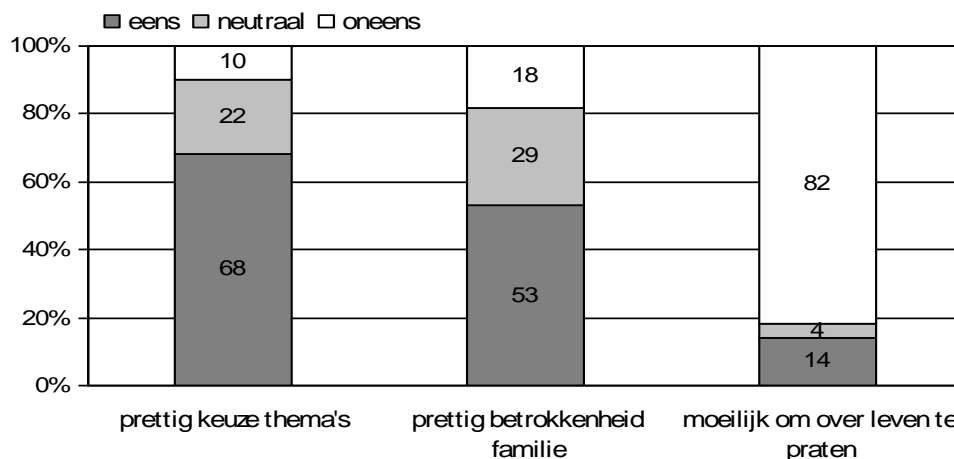
Figuur 3.2 Beoordeling maken levensboek en inzet verzorgende door zorgvragers (in %; n=65)



* = Verschillen tussen experimenteel en controle significant ($p < .05$)

In Figuur 3.3.3 staan de antwoorden weergegeven op enkele vragen die alleen aan de experimentele groep zijn gesteld. Het blijkt dat men bij het maken van het levensboek de keuze van de thema's veelal prettig vond (68%) en de betrokkenheid van de familie (voor zover overigens aanwezig) waardeerde (53%). Men vond het daarnaast niet moeilijk om over het eigen leven te praten (14% vond het moeilijk).

Figuur 3.3 Beoordeling maken levensboek en inzet verzorgende door zorgvragers (exp, in %; n=65)



Voorts blijkt uit Tabel 3.4 dat de bewoners voor het merendeel tevreden zijn over het levensboek en dit document in de loop der tijd nog beter gaan waarderen. De scores op t2 zijn in alle gevallen positiever dan op t1.

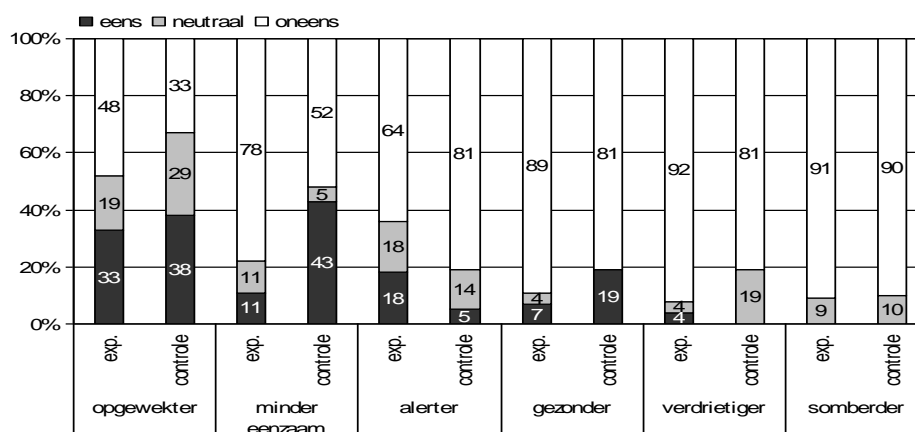
Tabel 3.4 Evaluatie levensboek* (in %, n=38)

	t1	t2
Vindt u het een mooi levensboek?		
ja	63	67
enigszins/misschien	11	19
nee	5	6
weet niet	21	8
Geeft het boek uw leven goed weer?		
ja	53	70
enigszins/misschien	34	22
nee	3	5
weet niet	10	3
Mist u zaken in het boek?		
ja	21	17
enigszins/misschien	21	17
nee	40	61
weet niet	18	5

* Alleen voor zorgvragers bij wie een levensboek is gemaakt.

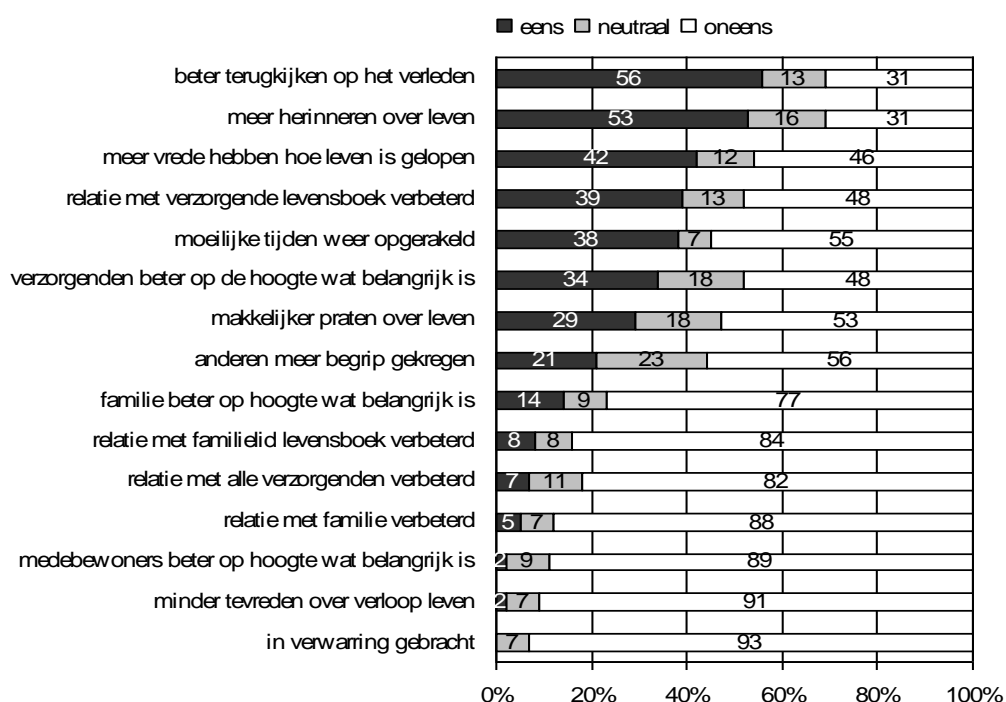
In Figuur 3.5 staat de door de bewoners ervaren baat weergegeven. Wat hebben het maken van een levensboek of de niet-specifieke vormen van aandacht bij hen losgemaakt? Het blijkt dat ruim een derde zich door de gesprekken meer opgewekt voelt. Opvallend is verder dat bij de controlegroep 43% zich minder eenzaam voelt, maar bij de experimentele groep slechts 11%. Hiervoor hebben we geen duidelijke verklaring.

Figuur 3.5 Ervaren baat van levensboek/aandacht, door zorgvragers, op t1 (in %; n=67)



In Figuur 3. staat de uitkomst van de specifiek aan de deelnemers aan het levensboek gestelde vraag wat dit proces voor hen heeft betekend. De belangrijkste functie van het levensboek is volgens meer dan de helft van de zorgvragers dat het meer grip op het eigen verleden geeft. Dit betekent overigens nog niet altijd meer vrede met het eigen leven: 42% zegt van wel, maar 46% van niet; ook geeft een aanzienlijk aandeel (38%) van de bewoners aan dat moeilijke tijden weer opgerakeld zijn. Men is met andere woorden ambivalent. Dat spoort ook met de vaststelling dat terugkijken zwaar kan zijn en evenzeer pijn naar boven kan halen als integratie bevorderen.

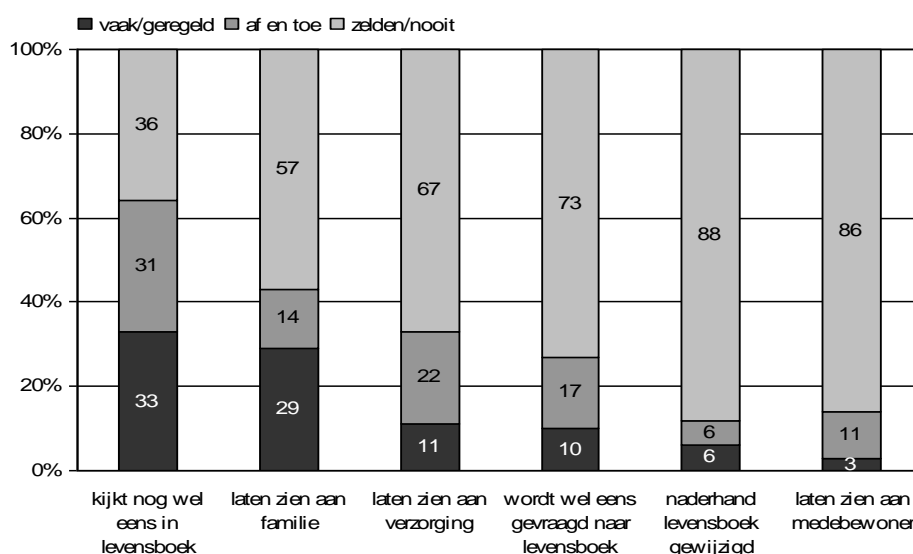
Figuur 3.6 Ervaren baat door levensboek/aandacht, door zorgvragers, op t1, alleen aan experimenteel (in %; n=25-45)



Verder zien we ook in zekere mate een positief effect op de relatie met de verzorgende die het levensboek met de bewoner gemaakt heeft: 39% zegt dat de relatie is verbeterd. De relatie met de familie is nauwelijks verbeterd, maar dit weerspiegelt uiteraard de beperkte betrokkenheid van de mantelzorgers bij het project.

Tot slot het gebruik van het levensboek. In welke mate komt het eenmaal gemaakte levensboek ter sprake of functioneert het in de zorgrelaties? Dit blijkt nogal tegen te vallen, zoals aangegeven in Figuur 3.7. Een derde van de bewoners kijkt nog vaak of geregeld in het levensboek, en eveneens een derde soms. Het laten zien van het levensboek aan de familie (29% vaak, 14% af en toe) of verzorging (11% vaak, 22% af en toe) gebeurt minder. Ook het aandeel bewoners dat wel eens gevraagd wordt naar het boek ligt niet hoog (10% vaak, 17% af en toe). Wijzigingen in het boek of het laten zien aan medebewoners gebeurt relatief zelden. Een factor voor het beperkte gebruik van het levensboek kan zijn de druk op de zorgorganisatie en het feit dat het werken met levensboeken niet structureel is ingebed.

Figuur 3.7 Gebruik levensboek door zorgvragers, alleen aan experimenteel op t2 (in %; n=41)



Welbevinden en functioneren

Evaluatie door zorgvragers

In Tabel 3.8 is een overzicht gegeven van de resultaten op de diverse schalen en items met betrekking tot welbevinden en functioneren van de zorgvragers. Voor een overzichtelijk beeld is bovendien in de bijlagen voor elk van de in de tabel genoemde schalen en items de ontwikkeling door de tijd grafisch weergegeven in de figuren 7.1 tot en met 7.9. Uit de tabel blijkt het volgende:

- Op een uitzondering na blijken op geen enkele van de schalen en items met betrekking tot welbevinden en functioneren de ouderen die een levensboek hebben gemaakt, het significant beter te doen dan hun medebewoners die slechts niet-specifieke aandacht hebben gekregen.
- Op de meeste schalen en items is bij zowel de experimentele groep als de controlegroep nauwelijks een verandering te bespeuren op de diverse tijdstippen.
- Alleen met betrekking tot de attitude tegenover het levenseinde blijkt zich een significant ($p < 0,10$) verschillende ontwikkeling tussen t0 en t2

voor te doen bij experimentele en controlegroep. Deze ontwikkeling is echter tegen de verwachting in: de controlegroep legt gedurende de onderzoeksfase een hogere aanvaarding van het levenseinde aan de dag dan de experimentele groep.

Tabel 3.8 Zelfevaluatie welbevinden en functioneren van zorgvragers*

schaal		t0	t1	t2	n
mentale gezondheid (Rand-36) (1=slecht, 6=goed)	experimenteel	4,37	4,47	4,43	40
	controle	4,50	4,50	4,27	20
vitaliteit (Rand-36) (1=slecht, 6=goed)	experimenteel	3,72	3,74	3,52	40
	controle	3,87	3,81	3,39	20
stelling 'leven in eigen handen' (LWS) (1=oneens, 5=eens)	experimenteel	3,38	3,36	3,33	39
	controle	3,30	3,30	3,35	20
stelling 'leven teveel laten leiden door anderen' (1=teveel, 5=niet teveel)	experimenteel	3,97	3,90	3,90	39
	controle	3,80	3,70	3,85	20
tevredenheid met verleden (LWS**) (1=laag, 5=hoog)	experimenteel	3,44	3,48	3,52	40
	controle	3,73	3,58	3,76	20
lichamelijk welbevinden (LWS) (1=laag, 5=hoog)	experimenteel	3,10	3,08	3,17	41
	controle	3,21	3,33	3,26	19
sociaal welbevinden (LWS) (1=laag, 5=hoog)	experimenteel	4,07	4,04	4,19	40
	controle	4,12	4,07	4,07	20
existentieel welbevinden (LWS) (1=laag, 5=hoog)	experimenteel	3,49	3,37	3,53	40
	controle	3,60	3,49	3,70	20
attitude levenseinde (LWS) *** (1=angstig, 5=aanvaardend)	experimenteel	3,98	3,79	3,94	39
	controle	3,75	3,83	4,09	18

Verschilcores niet-significant, tenzij aangegeven

* Alleen zorgvragers die zowel aan t0, t1 als t2 hebben meegedaan.

** Leuvense Welzijn Schaal

*** verschilcores op t0 tussen experimentele en controlegroep zijn significant ($p < 0,10$) afwijkend van de verschilcores op t2

Evaluatie door verzorgende

De vaststelling van het welzijn en functioneren van de bewoners is in de vorige paragraaf gebeurd door de bewoner zelf via zelfevaluatie. Een andere bron van evaluatie is de verzorgende die met de bewoner het levensboek heeft gemaakt, dan wel hem of haar niet-specifieke aandacht heeft gegeven. Deze evaluatie is weergegeven in Tabel 3.9; in de bijlagen zijn opnieuw grafische weergaven opgenomen in figuren 7.10 tot en met 7.18

Tabel 3.9 Ontwikkeling welbevinden en functioneren bewoners volgens verzorgenden*

schaal		t0	t1	t2	n
bewoner tevreden over bezoek (1=slecht, 5=goed)	experimenteel	4,00	4,21	3,96	24
	controle	4,30	4,20	4,20	10
bewoner heeft pijn ** (1=goed, 5=slecht)	experimenteel	2,25	2,17	2,50	24
	controle	2,40	2,60	2,00	10
bewoner voelt zich gelukkig (1=slecht, 5=goed)	experimenteel	3,46	3,58	3,00	24
	controle	3,40	3,40	2,70	10
bewoner heeft relaties die hij nodig heeft (1=slecht, 5=goed)	experimenteel	3,87	3,87	3,61	23
	controle	3,70	3,70	3,70	10
bewoner voelt zich energiek (1=slecht, 5=goed)	experimenteel	3,26	3,30	3,00	23
	controle	2,89	3,00	2,56	9
bewoner tevreden over sociale contacten (1=slecht, 5=goed)	experimenteel	3,83	4,09	3,91	23
	controle	3,70	3,80	3,80	10
bewoner neerslachtig (1=goed, 5=slecht)	experimenteel	2,04	1,91	2,26	23
	controle	2,30	2,10	2,00	10
bewoner lichamelijke klachten (1=goed, 5=slecht)	experimenteel	3,26	3,26	3,00	23
	controle	3,30	3,30	3,20	10
bewoner voelt zich goed (1=slecht, 5=goed)	experimenteel	3,57	3,57	3,26	23
	controle	3,20	3,50	3,30	10

Verschilcores niet-significant, tenzij aangegeven

* Alleen verzorgenden van bewoners die zowel aan t0, t1 als t2 hebben meegedaan.

** Verschillen tussen experimentele en controlegroep significant ($p < 0,05$), wat betreft t2-t1 en t2-t1

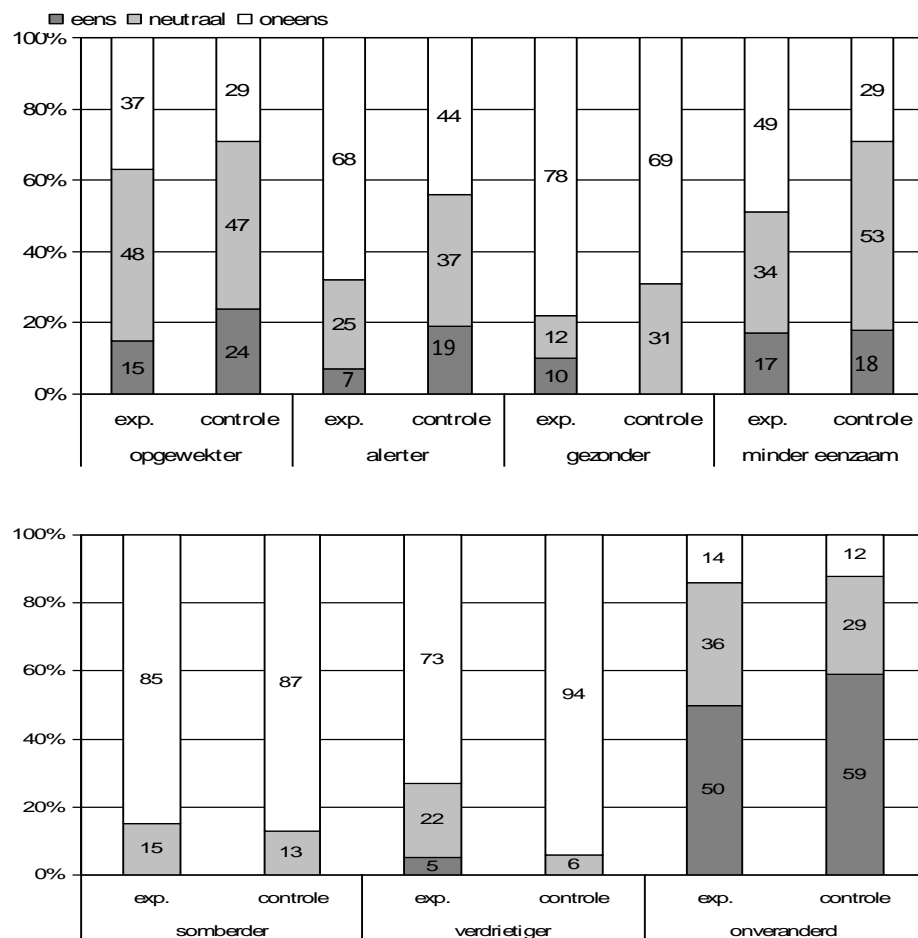
Uit de tabel blijkt het volgende:

- Net als in de zelfevaluatie worden ook door de verzorgende op een enkele uitzondering na geen significant andere ontwikkeling waargenomen bij bewoners die een levensboek hebben gemaakt in vergelijking met hun medebewoners die slechts niet-specifieke aandacht hebben gekregen.
- Op de meeste schalen en items is bij zowel de experimentele groep als bij de controlegroep nauwelijks een verandering te bespeuren op de diverse tijdstippen t0-t2. Opvallend is dat volgens de verzorgenden de mate waarin de bewoner zich gelukkig voelt, met de tijd afneemt, zowel in de controle- als de experimentele groep.
- Alleen met betrekking tot de mate waarin de bewoner volgens de verzorgende pijn heeft, blijkt zich een significant ($p < 0,05$) verschillende ontwikkeling tussen t0 en t2 alsmede tussen t1 en t2 voor te doen bij experimentele en controlegroep. Deze ontwikkeling is echter tegen de

verwachting in: bewoners in de controlegroep hebben volgens de verzorgenden lopende het onderzoek minder last van pijn dan de bewoners uit de experimentele groep.

Volgens de verzorgenden zijn er nauwelijks veranderingen bij de bewoners merkbaar op basis van het maken van het levensboek (zie figuur 3.10). Op t1, direct na de gesprekken, is de verzorgende expliciet gevraagd of zij al veranderingen bij de bewoner zien door de gesprekken. Ook dit blijkt niet of nauwelijks het geval, en in experimentele en controlegroep in gelijke mate.

Figuur 3.10 Ontwikkeling welbevinden zorgvragers volgens verzorgenden op t1 (mate van instemming met de stelling: door de gesprekken is de zorgvrager



* Verschillen tussen experimentele en controlegroep niet significant

Conclusie en discussie

Er zijn in ons onderzoek geen specifieke effecten van de levensboekmethode gevonden op het welbevinden en functioneren van doorsnee bewoners van verzorgingshuizen. Dit geldt zowel voor de zelfevaluatie door de bewoners zelf, als op basis van de evaluatie door de verzorgenden. Er worden wel enkele ontwikkelingen in de indicatoren gevonden door de tijd heen, maar deze gelden evenzeer voor de controlegroep. De meeste indicatoren veranderen overigens door de tijd heen nauwelijks van waarde. Voor het uitblijven van deze effecten

zijn mogelijk oorzaken te geven die niet te maken hebben met de levensboekmethode. We lopen ze een voor een na.

1. Het design is niet goed geweest omdat experimentele en controle conditie achteraf bezien teveel op elkaar leken.

a. Het streven was om in de controlegroep wel aandacht te geven, maar geen reminiscentieachtige activiteiten. Uit de reflectieverslagen van de verzorgenden blijkt dat dit toch af en toe het geval is geweest. Men kan zich overigens afvragen of contacten met hoogbejaarde bewoners niet bijna automatisch aspecten van reminiscentie bevatten. Voorts mikt de levensboekmethode natuurlijk op een meer gerichte en gestructureerde vorm van reminiscentie en life review.

b. Een soortgelijke mogelijke verstoring van het onderzoek door reminiscentie in de controlegroep kan zijn veroorzaakt door het meetinstrument, namelijk het narratieve interview. Ook de deelnemers in de controlegroep hebben hieraan deelgenomen. Anderzijds was het narratieve interview een uitgesproken 'open' interviewtechniek, waarbij de interviewer zelf geen verwijzingen maakt naar het verleden, uitgezonderd uiteraard de beginvraag naar het levensverhaal van de bewoner.

c. Een derde mogelijkheid waardoor experimentele en controle conditie teveel op elkaar leken, betreft de specifieke interventie via het maken van een levensboek. Mogelijk is deze niet optimaal geweest, waardoor uiteindelijk de experimentele conditie te weinig verschilt van de niet-specifieke vorm van aandacht.

Uit de terugkomdagen van de verzorgenden blijkt inderdaad dat er tussen de verzorgenden nogal verschillen bestonden in de wijze waarop en de inzet waarmee men het levensboek heeft gemaakt. Voorts is de training van twee middagen wellicht te kort geweest voor een optimale uitvoering. Daar staat tegenover dat in het parallel aan dit onderzoek uitgevoerde project met inzet van vrijwilligers de training zeker voldoende leek. Bovendien was er een uitgebreide handleiding beschikbaar.

In twee verzorgingshuizen is door omstandigheden mogelijk sprake geweest van een minder optimale begeleiding bij het maken van de levensboeken. Daarom is er ook een analyse gemaakt zonder de bewoners van deze verzorgingshuizen. Deze leverde echter nauwelijks andere resultaten op. Het enige verschil is dat er nu een significant effect op mentale gezondheid wordt gevonden. Tussen t0 en t2 verbetert de mentale gezondheid van de experimentele groep, terwijl die van de controlegroep verslechtert. In de hele groep zorgvragers is deze tendens overigens ook aanwezig, maar net niet significant.

Er is ook een vergelijking gemaakt met een ander project waarin de levensboeken onder begeleiding van vrijwilligers zijn gemaakt. Mogelijk kunnen verzorgenden gezien hun opleiding en/of werkomstandigheden niet de gewenste kwaliteit bieden die de levensboekmethode vraagt. Het genoemde 'vrijwilligersproject' kende echter maar heel weinig deelnemers op t1 en t0 (11 in totaal, respons van 45%) en er was geen controlegroep. Bovendien vulden de bewoners de vragenlijsten zelf in.

Bezien we niettemin met het nodige voorbehoud de uitkomsten uit dit kleine onderzoeksproject, dan blijkt dat veelal de scores op de diverse schalen goed overeenkomen met die in het hoofdonderzoek, dan wel dat de bewoners uit het

'vrijwilligersproject' nog iets positiever zijn over hun welzijn en functioneren, alsmede over de gesprekken en het levensboek. Voorts bleek er een vooruitgang tussen t1 en t0: er was een positief effect op existentieel en sociaal welbevinden, en op de tevredenheid met het leven.

2. Er is mogelijk sprake van selectieve uitval waardoor de uitkomsten worden beïnvloed.

Er is inderdaad in beperkte mate sprake van selectieve uitval, niet wat achtergrondkenmerken betreft, maar wel wat betreft mentale gezondheid. Onder de uitvallers zitten iets vaker lager scorenden ($p=.08$). En het blijkt dat bewoners met een lage mentale gezondheid die een levensboek hebben gemaakt, in dit opzicht wel significant beter zijn op t2 dan de controlegroep. Met andere woorden, zonder uitval was er mogelijk ook een significant effect geweest binnen de hele groep (al blijft dan de constatering overeind dat dit dan op conto is van de lager mentaal scorenden). Er is hier echter ook een andere redenering mogelijk. Namelijk dat de resultaten voor de experimentele groep nog lager zouden zijn uitgevallen als deze deelnemers hadden volgehouden. Daaruit zou men dan kunnen concluderen dat life review ook negatief kan uitpakken voor bepaalde ouderen. Het is duidelijk dat op dit punt nader onderzoek zou kunnen dienen om indicaties en contra-indicaties vast te stellen.

3. De meetinstrumenten waren te grof of niet valide.

Er is door ons gebruik gemaakt van elders gevalideerde meetinstrumenten. Een nadere discussie hierover kan nog gevoerd worden door vergelijking van de uitkomsten met die uit de kwalitatieve metingen, namelijk het narratieve interview. Hiervoor verwijzen we naar de conclusies in hoofdstuk 6.

4. Het levensboek wordt te weinig gebruikt, zodat effecten op t2 achterwege blijven.

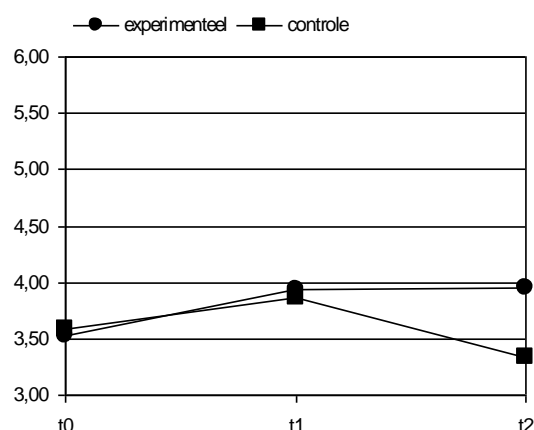
Uit Figuur 3.7 bleek dat het levensboek relatief beperkt wordt gebruikt. We hebben een nadere analyse verricht om na te gaan of gebruik samenhangt met welzijn en functioneren op t2. Dit blijkt niet het geval te zijn.

5. De effecten van het levensboek zijn beperkt tot specifieke problematieken (depressie, dementie, laag scorenden op mentale gezondheid) en groepen (bijvoorbeeld mannen, religieuze bewoners, e.d.).

a. Hoe is het verschil te verklaren met effecten die in andere onderzoeken wel gevonden worden? In de eerste plaats dient te worden opgemerkt dat de hier gebruikte levensboekmethode eigen bijzonderheden heeft in vergelijking met door psychologen gehanteerde life review of reminiscentie in groepsverband. In die zin is vergelijking niet geheel mogelijk.

b. Bovendien betreft het in de meeste onderzoeken positieve effecten bij ouderen met depressie of beginnende dementie. Onze resultaten geven aan dat verbreding van de levensboekmethode naar een 'normale' populatie geen welzijnswinst oplevert. Voor problematiek-specifieke effecten vinden we ook in onze data enige aanwijzing. Het blijkt – zoals al aangegeven bij discussiepunt 2 - dat het effect van het levensboek bij bewoners met een lage mentale gezondheid significant beter is op deze variabele in de periode t0-t2, in vergelijking met de controlegroep ($n=28$, $p<.05$). Op de andere indicatoren voor welzijn en functioneren vinden we echter ook in deze specifieke subgroep geen effect van de levensboekmethode.

Figuur 3.11 Ontwikkeling mentale gezondheid bij bewoners met een lage (<4) mentale gezondheid (1=laag, 6=hoog; n=28):



c. Zijn er dan wellicht effecten al naar gelang de achtergrondkenmerken van de bewoners? Inderdaad blijken verschillen door de tijd (dus tussen t0 en t2) af en toe samen te hangen met achtergrondkenmerken. Deze analyse wordt overigens wel bemoeilijkt door het kleine aantal bewoners per subcategorie. Belangrijker is echter dat er weliswaar enige samenhang is tussen meer welbevinden en beter functioneren door de tijd heen enerzijds, en achtergrondkenmerken anderzijds, maar dat deze samenhang zowel in de experimentele als in de controlegroep bestaat. De effecten hebben dus niet te maken met de levensboekmethode en mogelijk ook niet met aandacht, aangezien het kan gaan om tijdseffecten die zich los van elke interventie voordoen.

Voor de volledigheid hierbij de significante verschillen per achtergrondkenmerk:

- *Geslacht*: het sociale welbevinden is bij mannen vaker verbeterd (70% meldt toename) dan bij vrouwen (34%), en datzelfde geldt voor het existentiële welbevinden (man: 70%, vrouw 36%), en de attitude m.b.t. levenseinde (man: 80%, vrouw 38%).
- *Leeftijd (groepen: tot 85 jaar en vanaf 85 jaar)*: geen verschillen.
- *Aantal jaren woonachtig in het huis (groepen: tot 3 jaar en vanaf 3 jaar)*: geen verschillen.
- *Opleiding (groepen: laag en middelbaar/hoog)*: geen verschillen
- *Kinderen*: Bij zorgvragers met kinderen is het lichamelijke welbevinden vaker verbeterd (58%) dan bij zorgvragers zonder kinderen (25%).
- *Kerklidmaatschap*: Bij zorgvragers die geen kerklid zijn, is de vitaliteit vaker verbeterd (75%) dan bij kerkliden (31%).
- *Geloof*: Bij ongelovige zorgvragers is de vitaliteit vaker verbeterd (75%) dan bij gelovige zorgvragers (34%).
- *Ingrijpende gebeurtenissen*: geen verschillen.

6. Niet-gemeten effecten van de levensboekmethode

Ondanks de veelheid van variabelen die we hebben gebruikt, zijn er mogelijk toch effecten die we niet hebben gemeten. Het blijft in dit opzicht speculeren. Zeker is wel dat er waardering is voor de extra aandacht en de gesprekken, alsmede over het levensboek zelf; de waardering hiervoor neemt nog toe met de tijd.

Effecten op verzorgenden

In dit hoofdstuk beschrijven we de effecten van de levensboekmethode op de verzorgenden. Zoals eerder aangegeven hebben we helaas geen gegevens bij de mantelzorgers kunnen verzamelen, omdat hun betrokkenheid bij het levensboek achterbleef bij de verwachtingen. Onder verzorgenden worden derhalve hier alleen de zorgverleners in de huizen verstaan. De onderzoeksvraag in dit verband is of het levensboek bijdraagt aan een hogere werkmotivatie en een grotere betrokkenheid van de zorgverleners. Beide sets van variabelen zijn zowel bij verzorgers die een levensboek maakten als bij degenen die niet-specifieke aandacht gaven, gemeten, en wel op drie momenten: t0, t1 en t2. Om te beginnen presenteren we hier de evaluatie van de gesprekken en het levensboek. Allereerst blijkt dan dat de gesprekken zowel in de experimentele groep als in de controlegroep als overwegend prettig en interessant werden gevonden. Negatieve kwalificaties zoals overbodig of oppervlakkig vonden weinig instemming. Men vond de gesprekken dan ook eerder te kort dan te lang hebben geduurd. Wel vonden de verzorgenden de gesprekken rond het levensboek vermoeiender en intensiever dan de niet-specifieke aandacht.

In hun positieve oordeel sluiten de verzorgenden aan bij de eveneens positieve evaluatie van de gesprekken door de bewoners (Figuur 3.5).

Tabel 3.12 Evaluatie gesprekken door verzorgenden op t1 (in %; n=62)

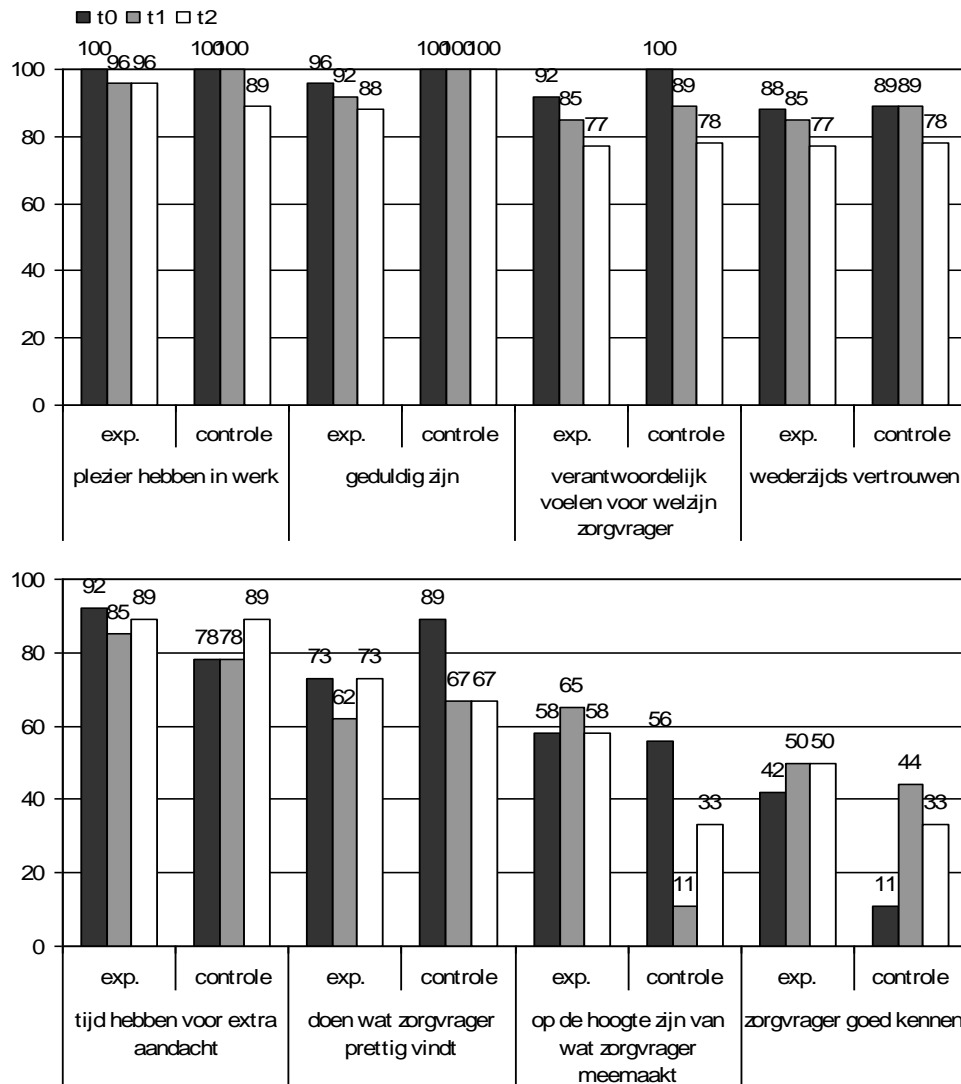
	<i>gedeeltelijk mee</i>		
	<i>mee eens</i>	<i>eens</i>	<i>mee oneens</i>
<i>Prettig</i>			
- experimenteel	80	20	0
- controle	95	5	0
<i>Vermoeiend*</i>			
- experimenteel	3	46	51
- controle	5	5	90
<i>Te lang</i>			
- experimenteel	5	23	72
- controle	0	25	75
<i>Te kort</i>			
- experimenteel	23	27	50
- controle	10	25	65
<i>Te intensief*</i>			
- experimenteel	7	45	48
- controle	0	20	80
<i>Te oppervlakkig</i>			
- experimenteel	3	29	68
- controle	0	5	95
<i>Overbodig</i>			
- experimenteel	0	13	87
- controle	0	5	95
<i>Te privé</i>			
- experimenteel	3	36	61
- controle	0	20	80
<i>Interessant</i>			
- experimenteel	88	10	2
- controle	70	25	5

* significant verschil: $p < 0,05$

Effecten op zorgattitude en werkmotivatie

In Figuur 3.13 staan de effecten weergegeven op de zorgattitude van de verzorgenden.

Figuur 3.13 Ontwikkeling zorgattitude verzorgenden t0-t2 (percentages (helemaal) mee eens; n=35)

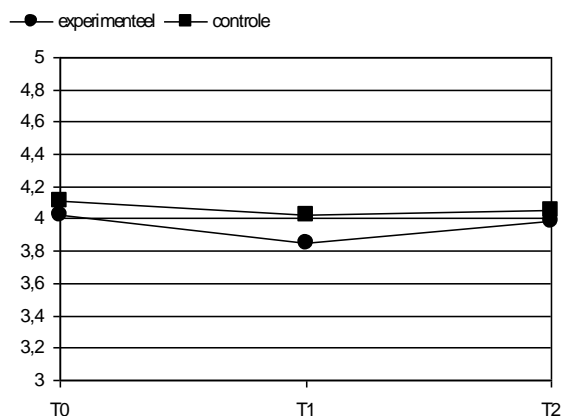


Geen significante verschillen ontwikkelingen experimentele en controle groep

Uit de figuur blijkt dat er weinig effect is van het maken van een levensboek op de zorgattitude van de verzorgenden.

In Figuur 3.44 staat het effect op de werkmotivatie beschreven. Het betreft hier zoals eerder beschreven vragen over de mate van plezier en voldoening in het werk, de energie die men aan het werk ontleent, de tevredenheid met sfeer, taken en collega's, alsmede de instemming met de zorgvisie van het huis. De figuur laat zien dat deze werkmotivatie door de tijd heen nauwelijks verandert. In het algemeen is het positief gesteld met de werkmotivatie, in de zin dat men de voorgelegde stellingen over tevredenheid en voldoening e.d. voorziet van het antwoord 'eens'.

Figuur 3.44 Werkmotivatie verzorgenden (in %; n=35; 1=laag, 5=hoog)



Conclusie

Bij deze groep verzorgenden is geen effect van de levensboekmethode te ontdekken op hun zorgattitude of werkmotivatie. Wel oordelen de verzorgenden zeer positief over de extra aandacht die zij de bewoners konden geven, of het nu het maken van het levensboek betrof of de niet-specifieke aandacht. Deze positieve evaluatie viel overigens al eerder ook bij de bewoners te beluisteren. Overigens bleek dat verzorgenden het maken van het levensboek vermoeiender en intensiever vonden dan degenen die niet-specifieke aandacht gaven.

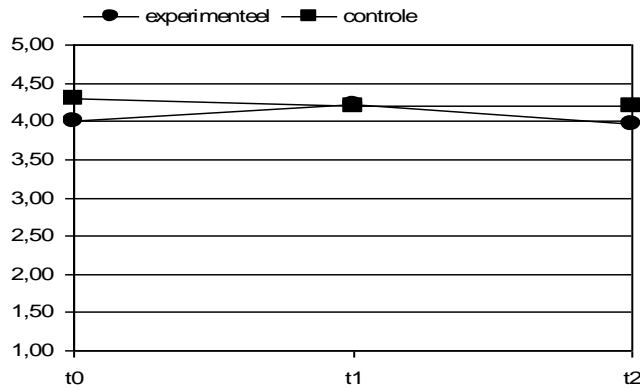
Effecten op de zorgrelatie

De laatste onderzoeksvraag betreft de mogelijke effecten van de levensboekmethode op de zorgrelaties. Door het ontbreken van voldoende mantelzorgers in het onderzoek is de kring niet helemaal gesloten. Aan bewoners wordt wel een evaluatie van het contact met hun kinderen gevraagd, maar een omgekeerde evaluatie ontbreekt dus.

Evaluatie zorgrelaties door bewoners

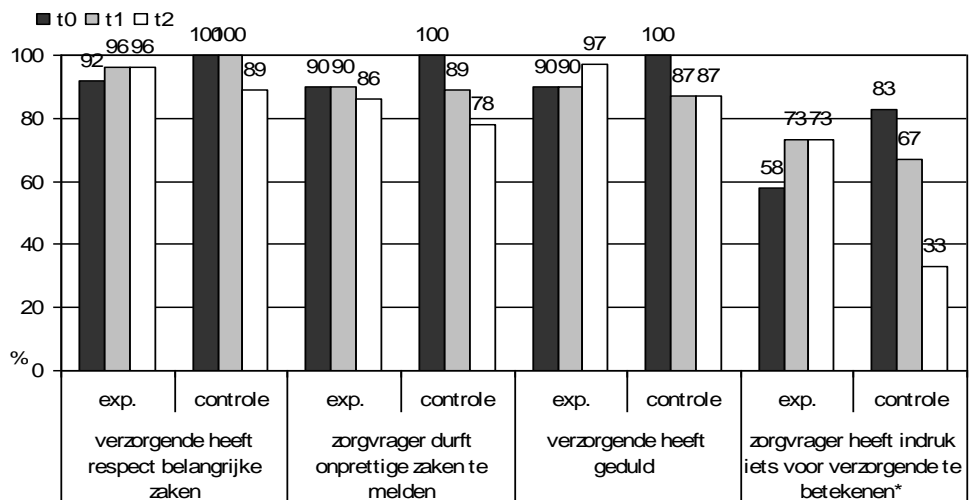
Aan de bewoners is gevraagd naar de tevredenheid over het contact met hun kinderen. Uit Figuur 3.55 blijkt dat bewoners tevreden zijn over het contact met hun kinderen, en dat deze tevredenheid niet verandert onder invloed van het maken van een levensboek.

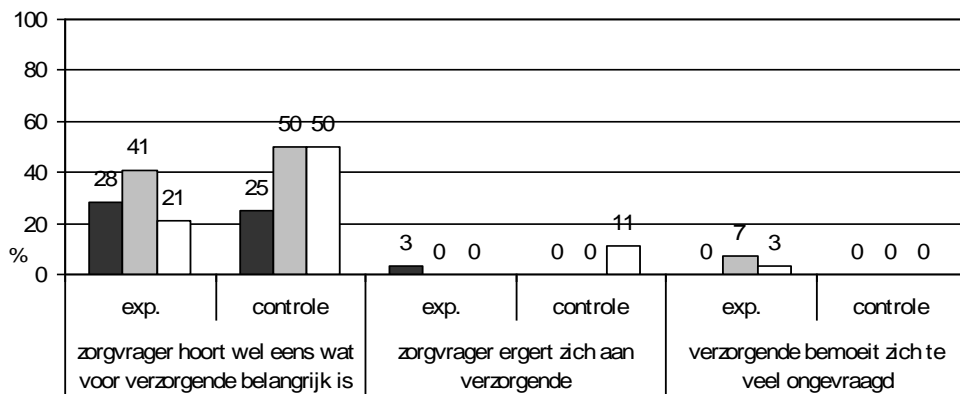
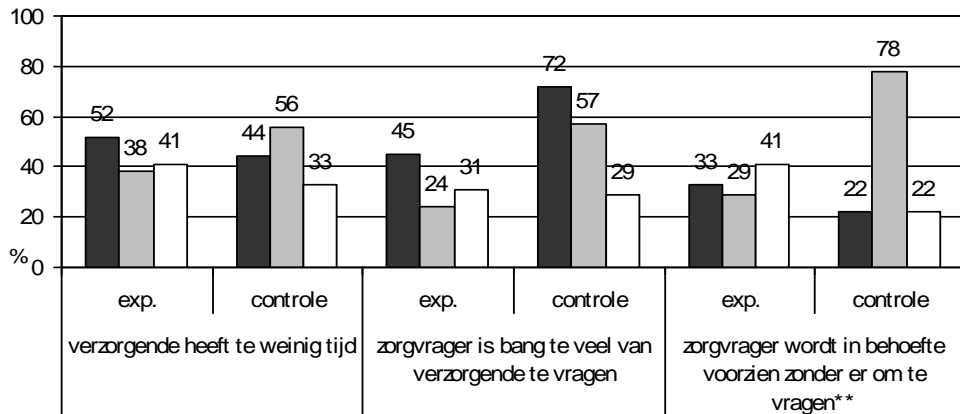
Figuur 3.55 Tevredenheid bewoner over contact met kinderen (1=laag, 5=hoog)



De tweede variabele betreft de kwaliteit van de zorgrelatie met de verzorgende. De vraag daarbij is in hoeverre het levensboek bijdraagt tot een verbetering van deze relatie. Uit Figuur 3.66 valt af te lezen dat er in de zorgrelatie niet veel verandert. Significante verschillen worden alleen gevonden in de zin dat bewoners die een levensboek hebben gemaakt, meer zijn gaan vinden dat zij iets voor de verzorgende betekenen, terwijl dit voor de controlegroep juist minder wordt. Een opvallende andere uitkomst is dat op t1 de bewoners in de controlegroep klaarblijkelijk aangenaam verrast zijn door de extra aandacht die zij blijkbaar krijgen, terwijl deze verrassing bij de levensboekmakers uitblijft omdat deze extra aandacht vermoedelijke meer taakgericht wordt opgevat.

Figuur 3.66 Ontwikkeling kwaliteit zorgrelatie volgens zorgvrager (in % (helemaal) eens; n=32-39)

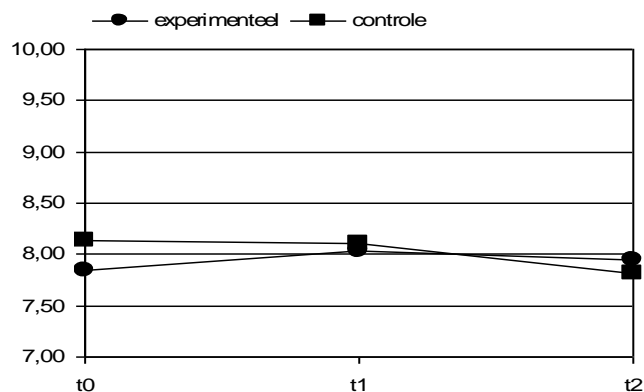




- * Verschil ontwikkeling t0-t1 en t0-t2 tussen experimenteel en controle significant ($p < .05$)
- * Verschil ontwikkeling t0-t1 tussen experimenteel en controle significant ($p < .05$)

Voorts is de tevredenheid met de zorgverleners in het huis gevraagd. Ook deze blijkt hoog. Ten aanzien van deze tevredenheid blijkt er een zwak verband te bestaan met het maken van een levensboek (Figuur 3.77). Bij bewoners die een levensboek hebben gemaakt, stijgt de tevredenheid, terwijl die bij de controlegroep iets daalt ($p < 0,10$).

Figuur 3.77 Tevredenheid over verzorging, volgens zorgvragers (1=laag, 10=hoog; sign. $P < 0,10$)

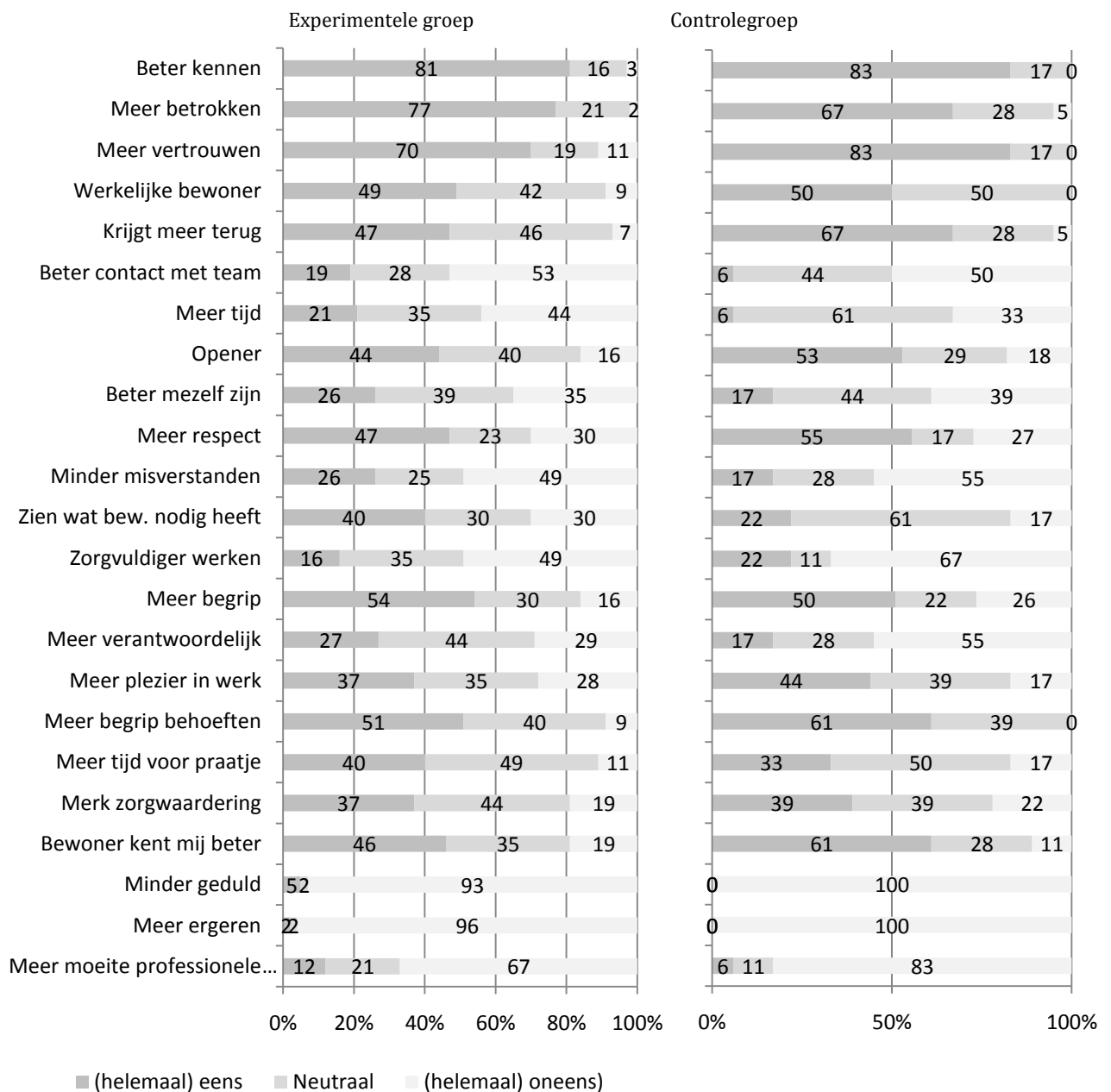


Evaluatie zorgrelatie door verzorgenden

Als eerste is aan de zorgverleners gevraagd in welke mate zij van de gesprekken baat ervaren voor de zorgrelatie. In Figuur 3.88 staan de antwoorden weergegeven voor de experimentele en de controlegroep.

Uit de antwoorden blijkt dat er geen verschillen bestaan of men nu met een bewoner een levensboek heeft gemaakt of aan hem of haar niet-specifieke aandacht heeft gegeven. Alleen op het item 'de bewoner kent mij beter' is er een significant verschil, maar niet in de verwachte richting: de uitspraak wordt vaker bevestigd door zorgverleners die betrokken waren bij de controlegroep.

Figuur 3.88 Ervaren baat van gesprekken voor de zorgrelatie, volgens verzorgenden (alleen t1; in %; n=61)

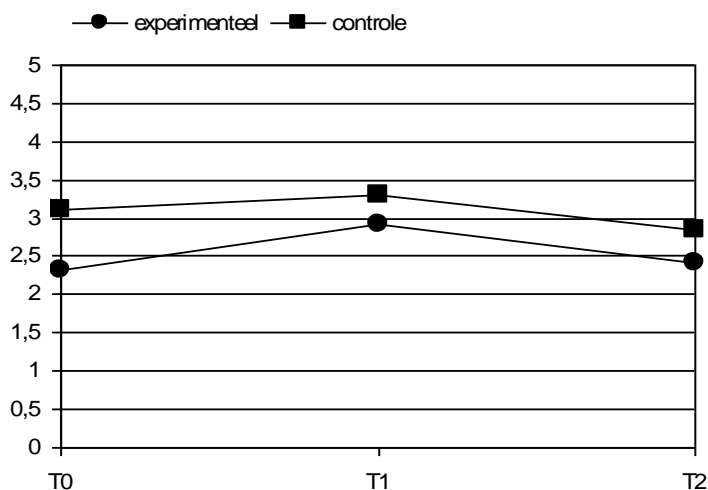


Het ontbreken van verschillen tussen experimentele en controlegroep neemt niet weg dat de zorgverleners veelal de impact van de extra aandacht positief waarderen. De belangrijkste effecten zijn dat men zegt dat men door de gesprekken:

- de bewoners beter kent (gemiddeld tussen experimentele en controlegroep is 82% die het hiermee eens is);
- er meer vertrouwen is tussen zorgverlener en bewoner (76%);
- meer betrokken is bij de bewoner (72%);
- meer terugkrijgt van de bewoners (57%);
- meer begrip heeft voor de behoeften van de bewoner (56%);
- zelf door de bewoner beter gekend wordt (53%);
- meer begrip heeft voor de bewoner (52%);
- meer respect heeft voor de bewoner (51%);
- beter ziet hoe de bewoner werkelijk is (49%);
- opener staat voor de bewoner (48%).

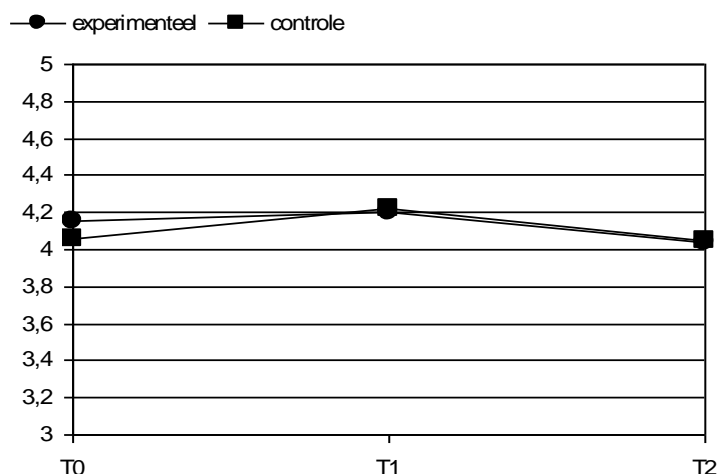
Bezien we nu de gevoelens van de verzorgenden ten aanzien van de bewoner. Het gaat hierbij – zoals al eerder uiteengezet in hoofdstuk 2 – om gevoelens van blijdschap, warmte, zichzelf voelen, betrokkenheid en dergelijke. Uit onze analyse (Figuur 3.99) blijkt dat er weliswaar een lichte stijging is op t1, maar dat op t2 het effect weer is verdwenen. Zoals ook al blijkt uit de ervaren baat van de gesprekken in Figuur 3.18 is er nauwelijks verschil tussen de experimentele en de controlegroep.

Figuur 3.99 Gevoelens verzorgenden t.a.v. de zorgvrager (in %; n=36; 0=laag, 5=hoog)



Tot slot de beoordeling van de kwaliteit van de zorgrelatie. Hierbij hetzelfde beeld als bij de gevoelens ten aanzien van de bewoner. Na een minieme stijging op t1 is het effect op t2 verdwenen. Dit geldt gelijkelijk voor zorgverleners die een levensboek hebben gemaakt als voor degenen die niet-specifieke aandacht gaven.

Figuur 3.20 Kwaliteit zorgrelatie volgens verzorgenden (in %; n=36; 1=laag, 5=hoog)



Conclusie

Ten aanzien van de zorgrelatie kan worden geconcludeerd dat er vanuit het perspectief van de zorgvragers weinig specifieke effecten zijn te constateren van de levensboekmethode. Wat betreft de tevredenheid over de verzorging is er een klein verschil: deze stijgt in de experimentele groep meer dan in de controle groep. Verder vinden bewoners dat door het maken van het levensboek zij iets meer voor de verzorgenden zijn gaan betekenen. In de controlegroep is dit juist minder het geval.

Bezien we de zorgrelatie vanuit het perspectief van de zorgverleners, dan blijken er wat betreft de gevoelens ten aanzien van de bewoner en wat betreft de beoordeling van de kwaliteit van de zorgrelatie met de bewoner geen verschillende ontwikkelingen tussen experimentele en controlegroep. In beide groepen wordt op t1 een lichte verbetering gerapporteerd, die weer verdwijnt op t2.

Kijken we naar de ervaren baat van de gesprekken, dan zijn de zorgverleners veelal positief. In meerderheid spreken zij van een toename van vertrouwen, wederzijdse bekendheid, begrip, respect, e.d. Duidelijk is dat extra aandacht, of het nu in een specifieke vorm van het levensboek gebeurt of anderszins, tot een (kortstondige) verbetering van de relatie leidt.

4. Effecten op levensverhalen

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van het kwalitatieve deelonderzoek naar de ontwikkeling van de structuur en de inhoud van de levensverhalen. Verondersteld wordt dat de structuur en de inhoud van de levensverhalen veranderen onder invloed van het maken van levensboeken en dat juist deze verandering verantwoordelijk is voor eventuele effecten op het welbevinden. Uit het voorgaande hoofdstuk is reeds duidelijk geworden dat er niet of nauwelijks significante effecten op het welbevinden bij de experimentele groep zijn aangetroffen. Daarom is besloten de correlatie met de effecten op de structuur en de inhoud van de levensverhalen niet te bepalen.

Met behulp van het concept 'constructie van zin' worden de effecten op de structuur en de inhoud van de levensverhalen geoperationaliseerd. Hieronder wordt beschreven op welke wijze de operationalisering tot stand is gekomen en tot welke inzichten dat heeft geleid.

Theoretisch kader

De metatheoretische onderzoeksperspectieven die in deze studie gehanteerd worden, zijn het sociaal constructionisme en de hermeneutische benadering. Uitgangspunt van beide theoretische perspectieven is dat de menselijke waarneming en betekenisgeving fundamenteel narratief van aard zijn. Doordat mensen leven *in de tijd* hebben ze een interpretatieschema nodig dat recht doet aan de ervaring *van de tijd*. Betekenisgeving aan het eigen leven moet dus niet los komen van de concrete tijd en plaats, maar moet gebeurtenissen die daar en toen gebeurd zijn op een begrijpelijke manier met elkaar verbinden zonder dat de heterogeniteit van die gebeurtenissen geweld wordt aangedaan. Dat gebeurt in het verhaal, waar heterogene gebeurtenissen op causale, synchrone of intentionele manieren met elkaar in verband gebracht kunnen worden, zonder de uniciteit van de gebeurtenissen uit het oog te verliezen.

Dat impliceert dat heterogene elementen als gebeurtenissen, handelingen, personages en locaties die op verschillende momenten in de tijd plaats vinden op causale, synchrone of intentionele manieren met elkaar in verband gebracht moeten worden, waarbij recht gedaan moet worden aan de contingentie van de gebeurtenissen en de relatieve vrijheid van de actoren. In een verhaal kan aan deze eisen van betekenisgeving tegemoet gekomen worden.

Het sociaal constructionisme stelt voorts dat kennis van mensen over zichzelf en hun omgeving bepaald wordt door de historisch en cultureel gesitueerde, sociale interactie tussen mensen. Elke beschrijving van fenomenen in de werkelijkheid en elke theoretische verklaring daarvan maakt deel uit van een strategisch discours waarmee mensen zich positioneren in een cultureel, sociaal en levensbeschouwelijk gekleurd betekenisstelsel. Taal en met name narratieve constructies vormen volgens het sociaal constructionisme de primaire voorwaarde voor het denken. Beschikbare narratieve structuren verschaffen

mensen betekenisaders voor het denken. Vanuit sociaal-constructionistisch perspectief wordt benadrukt dat deze vertellingen altijd contextueel bepaald zijn. Taal wordt dus niet opgevat als de directe expressie van het innerlijk van een mens, maar als de patronen waarmee mensen zich positioneren in relatie tot anderen. Sociaal constructionisten staan daarom sceptisch ten opzichte van de veronderstelling van een 'zelf' achter de acterende persoon. Men beperkt zich liever tot de talige uitingen van een personage in een bepaalde context dan zich te verliezen in speculaties over de essentie van de persoonlijke identiteit (zie o.a. Berger & Luckmann 1966, Burr 2003, Gergen 1994). Voor deze deelstudie betekent dit dat de levensverhalen niet zozeer beschouwd worden als een spiegel van de persoonlijke identiteit maar als een specifieke uitvoering van de persoonlijke identiteit in de context van het narratief autobiografisch interview.

De hermeneutische benadering deelt met de sociaal constructionistische veronderstelling dat het zelfverstaan van mensen contextueel bepaald is en ook dat de menselijke identiteit beter als een proces dan als een vaststaande entiteit kan worden opgevat. De hermeneutische benadering staat echter minder sceptisch tegenover het idee van een achterliggend 'zelf'. De filosoof Paul Ricoeur stelt dat de spontane zelfinterpretatie (*prefiguratie*) in de act van het vertellen een zekere mate van veruitwendiging ondergaat (*configuratie*), die het aanvankelijke zelfverstaan onder kritiek kan zetten (Ricoeur 1984-1988, 1992, Venema 2000). Toe-eigening van nieuwe inzichten, die in en door het vertellen ontstaan, kan leiden tot een hernieuwd zelfverstaan (*postfiguratie*). Deze theorie is voor deze deelstudie van belang omdat zo verklaard kan hoe het maken van een levensboek kan leiden tot een hernieuwd zelfverstaan. De confrontatie met het vertelde levensverhaal, bijvoorbeeld in de vorm van een levensboek, kan een proces van herinterpretatie op gang brengen.

De stelling dat het zelfverstaan van mensen een narratieve structuur kent en dat deze narratieve identiteit nauw verbonden is aan de wijze waarop mensen de zin van hun leven onder woorden proberen te brengen kent, vinden we onderbouwd bij narratief georiënteerde theoretici (zie bijv. Brockmeier & Carbaugh 2001, Bruner, J.S. 1990, 1991, Freeman & Brockmeier 2001, Ganzevoort 1998, Ganzevoort & Visser 2007, Gergen 1988, Gerkin 1984, Gräß 2000, Hermans & Hermans-Jansen 1995, Kenyon & Randall 1997, Linde 1993, Luther 1992, McAdams 1993, 2006, Polkinghorne 1988, Randall & McKim 2008, Sarbin 1986). Het merendeel van het beschikbare empirisch onderzoek concentreert zich echter niet op de verandering van de narratieve constructie van zin maar op de structuur en inhoud van die constructie in enkelvoudig autobiografisch materiaal, zoals dagboeken, autobiografieën, bekeringsverhalen en autobiografische interviews (zie o.a. Baart 2002, van Belzen 2004, Brugman 2000, Ganzevoort 2001, Hijweege 2004, Hoogenboezem 2003, Linde 1993, McAdams 1988, Ray 2000). Veel minder onderzoek is gedaan naar de ontwikkeling van de narratieve constructie van zin gedurende de tijd. Voorbeelden daarvan zijn het onderzoek naar de verwerking van de diagnose kanker (Donders 2004) en onderzoek naar de wijze waarop ouders in verhalen de zin van het krijgen van een kind met het syndroom van Down onder woorden brengen (King, et al. 2000). Voor zover bekend bestaat er nog geen experimenteel onderzoek naar de wijze waarop de constructie van zin verandert als gevolg van

een specifieke narratieve interventie als life review. In deze leemte wil deze deelstudie voorzien.

NARRATIEVE CONSTRUCTIE VAN ZIN

Onder de narratieve constructie van zin wordt verstaan de wijze waarop mensen in verhalende vorm betekenis geven aan wat ze doen in het leven en wat hen overkomt. Narratieve betekenisgeving is complex van aard. Betekenis vormt zich namelijk op allerlei niveaus in een verhaal, in verschillende onderdelen en in wisselwerking met het geheel van het verhaal. De betekenis van een letter wordt bepaald door de verbinding met andere letters, die van een woord in relatie tot andere woorden uit een zin, die van een zin in relatie tot de episode waarin die zin functioneert. Episodes krijgen hun betekenis door hun plaats in verhaallijnen, die op hun beurt betekenis ontlenen aan het plot van het verhaal. Het plot van het verhaal krijgt betekenis in relatie tot ander plots die in de cultuur een rol spelen. In de analyse van de levensverhalen zal rekening gehouden moeten worden met deze complexiteit en de verschillende niveaus van betekenisgeving.

Dit onderzoek richt zich op de narratieve constructie van zin in de vertelde levensverhalen van de hoogbejaarde bewoners uit de onderzoekssample. Deze levensverhalen zijn het product van het vertellen dat plaats vindt in een specifieke context. De ouderen vertellen hun levensverhalen vanuit een bepaald perspectief, met een bepaald doel, aan een bepaald (imaginair) publiek, op een bepaald moment en in een bepaalde sociaal en cultureel bepaalde context. Het levensverhaal is dus op te vatten als een talige handeling, waarmee de verteller zichzelf met een bepaalde interpreterende constructie positioneert ten opzichte van zichzelf en anderen. Tegelijk is de verteller tijdens het vertellen ook in onderhandeling met gesprekspartners over de houdbaarheid van die constructie. Het vertellen is, met andere woorden, iedere keer weer een zoektocht naar een versie van het levensverhaal die aanvaardbaar is voor zichzelf en voor anderen. Voor die aanvaardbaarheid is het belangrijk dat het verhaal enerzijds recht doet aan de eigen beleving en anderzijds voldoet aan criteria van sociaal geaccepteerde verhaalconventies. Vanuit sociaal constructionistisch perspectief wordt aangenomen dat de talige verwoording voorwaarde is voor een adequate verwerking van ervaringen (Burr 2003). Als er echter geen bruikbare verhaalconventies beschikbaar zijn, kan dat leiden tot spanning bij de verteller. Niet voor alle belangrijke ervaringen zijn adequate verhaalconventies beschikbaar, zoals onderzoek heeft uitgewezen. Chronisch zieke patiënten, mannelijke slachtoffers van seksueel geweld of daklozen ontberen bijvoorbeeld vaak verhaalstructuren waarin hun ervaringen zinvol vorm kunnen krijgen, wat kan leiden tot fragmentatie van die levensverhalen (zie Baart 2002, Frank 1995, Ganzevoort 2001, Hoogenboezem 2003; zie voor deze spanning ook Schütze 1984). Ten aanzien van dit punt moet daarom ook de kritische vraag gesteld worden of ouderen die een levensboek maken niet gedwongen worden hun verhaal te stileren in patronen die eigenlijk niet bij hen passen. Zo suggereren sommige feministische auteurs dat met name vrouwen in processen van life review een masculien carrièremodel krijgen opgedrongen, waardoor ze eerder vervreemd raken van hun authentieke stem dan dat ze ondersteund worden bij de narratieve constructie van hun identiteit (Walker 1999). Dit raakt aan een paradoxale spanning: niet vertellen belemmert verwerking van ervaringen, wel

vertellen kan mensen vervreemden van hun authenticiteit. In de reflectie op de resultaten komen we op deze spanning terug.

Vanwege het complexe karakter van de constructie van zin is gestreefd naar een analysemodel dat recht doet aan de verschillende niveaus van betekenisgeving in het verhaal. Omdat het om praktische redenen ondoenlijk is om de concrete vertelcontext mee te wegen bij de vergelijking tussen de levensverhalen is ernaar gestreefd de vertelcontext zoveel mogelijk constant te houden. Daartoe zijn interviewers ingezet die allen een vergelijkbaar profiel hebben en is gebruikt gemaakt van een strak interviewprotocol dat voorziet in een zeer beperkte mate van interventie door de interviewer (zie hoofdstuk 2).

CRITERIA VOOR DE KWALITEIT VAN DE CONSTRUCTIE VAN ZIN

Om effecten op de constructie van zin in de levensverhalen te meten hebben we een vijftal criteria opgesteld. Deze criteria zijn ontleend aan verhaalconventies in de westerse cultuur en kunnen bogen op een brede consensus binnen de narratieve psychologie (zie bijv. (Bruner, J.S. 2001, Herman 1996, Hermans & Hermans-Jansen 1995, McAdams 1993, McAdams 2001, Randall & McKim 2008). Het gaat om de criteria 'coherentie', 'differentiatie', 'openheid', 'sturing' 'integratie'.³

Onder 'coherentie' wordt verstaan de begrijpelijke samenhang van het verhaal. De heterogene onderdelen in het verhaal (gebeurtenissen, handelingen, actoren) moeten een op een samenhangende wijze worden gepresenteerd. Dat vraagt om een narratieve logica, die zowel op grammaticaal niveau als op het niveau van de episodes en het plot zichtbaar moet zijn. De tegenhanger van coherentie is 'fragmentatie'. Van fragmentatie is sprake als niet duidelijk wordt hoe de onderdelen van het verhaal met elkaar samenhangen.

'Differentiatie' doelt op een zekere rijkheid in de beschrijvingen. Te denken valt aan de mate van detaillering in de episodes, maar ook aan het aantal verschillende thema's, personages en lijnen in het plot. Een weinig gedifferentieerd verhaal kan als 'monolithisch' worden gekenmerkt; de verteller tamboert op een zeer beperkt aantal thema's.

Het criterium 'openheid' (ook wel flexibiliteit of vitaliteit genoemd) verwijst naar de mate waarin het verhaal ruimte biedt aan ambivalenties, tegenstrijdigheden en andere perspectieven. Het verhaal moet weliswaar coherent zijn, maar hoeft niet geheel en al consistent te zijn. Een voortgaand levensverhaal vraagt om een bepaalde onzekerheid, waardoor nieuwe ervaringen geïntegreerd kunnen worden. De tegenhanger van 'openheid' is 'starheid' of 'rigiditeit'. Typerend daarvoor zijn het ontbreken van andere perspectieven, van ambivalenties en van humor en zelfrelativering. In die zin hangt dit criterium nauw samen met 'integratie' (zie onder).

³ Soms wordt ook het criterium 'geloofwaardigheid' opgenomen. Dat doelt op de mate waarin het verhaal recht doet aan wat feitelijk gebeurd is of gebeurd zou kunnen zijn. Een te hoge mate van consistentie kan aan de geloofwaardigheid afbreuk doen. In onze onderzoek laten we dit criterium verder buiten beschouwing.

Het criterium 'sturing' is in de eerste plaats opgenomen vanwege het veronderstelde effect van life review op de stuurcompetenties van ouderen (zie ook het inleidende hoofdstuk). Een van de hypothesen van het bredere onderzoeksproject is dat life review de stuurcompetentie van ouderen vergroot. De vraag voor dit deelonderzoek is of zich dat ook vertaalt naar een versterking van het eigen perspectief in het verhaal en de mate waarin de verteller de eigen invloed op de levensloop in het verhaal accentueert. Greenwald stelt dat gezonde verhalen altijd lijden aan een zekere vertekening van de werkelijkheid (Greenwald 1980). Zo geeft een verteller zichzelf in het verhaal vaak een plaats in het middelpunt van de gebeurtenissen, terwijl dat vanaf een buitenperspectief anders zal worden waargenomen. Bovendien vertonen vertellers de neiging gebeurtenissen met een goede afloop vaker aan henzelf toe te schrijven en gebeurtenissen met een slechte afloop aan anderen, aan het toeval, aan het lot of aan God. In dit onderzoek kijken we daarom naar het ik-perspectief en naar de attributie van sturing en verantwoordelijkheid in het verhaal. Laag scoren op 'sturing' wordt zichtbaar in het perspectief van het verhaal en in de attributie van oorzakelijkheid. Het eerste doet zich voor als het verhaal vooral vanuit het perspectief van een ander (bv. de huwelijkspartner) wordt verteld. Het tweede treedt op als de oorzaak van wat er gebeurt in het verhaal relatief vaak buiten de verteller/hoofdpersoon wordt gelegd.

Het criterium 'integratie' duidt op de wijze waarop voor moeilijke thema's en ingrijpende gebeurtenissen in het levensverhaal een narratieve oplossing gevonden wordt, waardoor de integriteit van het zelf kan worden ondersteund. Het gaat hier dus om het vermogen om in de levensverhalen plaats te geven aan ambivalente, moeilijke of ingrijpende ervaringen, zonder dat het leidt tot desintegratie of fragmentatie van het verhaal. Coleman meent zelfs dat narratieve assimilatie van traumatische gebeurtenissen nodig is om te komen tot een bevredigend verhaal (Coleman 1999). Hoog scoren op het criterium 'integratie' betekent niet dat de moeilijke gebeurtenissen verdwijnen, maar dat ze binnen het verhaal ruimte krijgen zonder dat ze de coherentie van het verhaal ontwrichten. De moeilijke ervaringen moeten betekenis krijgen in de bredere context van het levensverhaal, zonder dat de ambivalentie die eigen is aan dit soort ervaringen verdwijnt. In het levensverhaal zijn twee ontsporingen denkbaar. De ene is dat de verteller krampachtig probeert weg te blijven van de ingrijpende ervaringen en daardoor een extreem kort of verward verhaal vertelt (Schütze 1984). De andere is dat de moeilijke ervaringen zozeer centraal komen te staan dat bijna iedere episode op obsessieve manier herleid wordt naar deze ervaring (Coleman 1986).

Bovenstaande criteria zijn minder neutraal dan ze misschien lijken. Hoewel ze van formele aard zijn, er wordt immers niets gezegd over de inhoud van de symbolische organisatie zoals dat het zou moeten gaan om een goede of slechte afloop om een avontuur, een zoektocht of een carrière, om zelfopoffering of om zelfontplooiing, veronderstellen de criteria wel degelijk een bepaalde visie op het goede leven. (Freeman & Brockmeier 2001). 'Goed leven' is gezien vanuit het perspectief van de gekozen criteria dat je je levensverhaal vanuit je eigen perspectief kunt vertellen op een coherente, gedifferentieerde, open en geïntegreerde manier. Vanuit verschillende kanten wordt kritiek geoefend op deze vooronderstelling. Zo zou coherentie bijvoorbeeld geen recht doen aan het fundamenteel fragmentarische karakter van het bestaan (Luther 1992, Shamai &

Levin-Megged 2006). Differentiatie zou een modernistisch consumentmodel veronderstellen: hoe breder en gevarieerder het leven, hoe beter. Het criterium openheid zou ingegeven zijn door een afkeer van zekerheden en fundamentalisme. En het criterium 'sturing' zou te sterk leunen op 'autonomie' als modernistische kernwaarde. Deze kritiek, hoe terecht misschien ook, zullen we op deze plaats niet bespreken. In de reflectie op de resultaten zal hierop teruggekomen worden.⁴ Een uitzondering maken we hier voor het criterium 'integratie', omdat we daarmee, nog duidelijker dan bij de voorgaande, het terrein van de levensbeschouwing betreden. De notie van 'integratie' kan teruggevoerd worden op de ontwikkelingspsychologische theorie van Erik H. Erikson (1963, 1982), die ook aan de basis ligt van theorievorming rond life review. In zijn epigenetisch fasemodel stelt Erikson dat de laatste fase van het leven, de ouderdom, in het teken staat van integratie en de aanvaarding van het leven zoals dat geweest is, met als doel wijsheid en hoop te vermeerderen. Het gaat hierbij nadrukkelijk om integratie in de hogere verhaalorganisatie, namelijk in het plot dat nauw verwant is met de visie op hoe het leven hoort te zijn. In het plot resoneert een fundamentele levensoptiek, bijvoorbeeld dat het leven een chaos is, of een strijd waarin je eigen inzet verschil maakt, of dat het leven wordt geleid door een hogere macht die de goede mensen in dit leven of na dit leven zal belonen, of dat het leven een drama is: vroeg of laat treft een ieder het ongeluk. Met de notie 'integratie' meten we dus de mate waarin de verteller de gebeurtenissen en handelingen uit de eigen levensloop op betekenisvolle wijze kan inbedden in het geheel van het levensverhaal, zonder de negatieve elementen weg te laten of in wanhoop te eindigen. De onderliggende veronderstelling is dat aanvaarding van het eigen leven een belangrijke indicatie is van een goed levensverhaal, hetgeen opgevat moet worden als een morele of levensbeschouwelijk gekleurde kwalificatie. Daarmee is de kwalificatie niet ondeugdelijk, maar het is goed dat beseft wordt dat hiermee het terrein van strikt formele criteria is verlaten.

De analyse

Voor de analyse van de levensverhalen zijn de criteria in meetinstrumenten geoperationaliseerd.

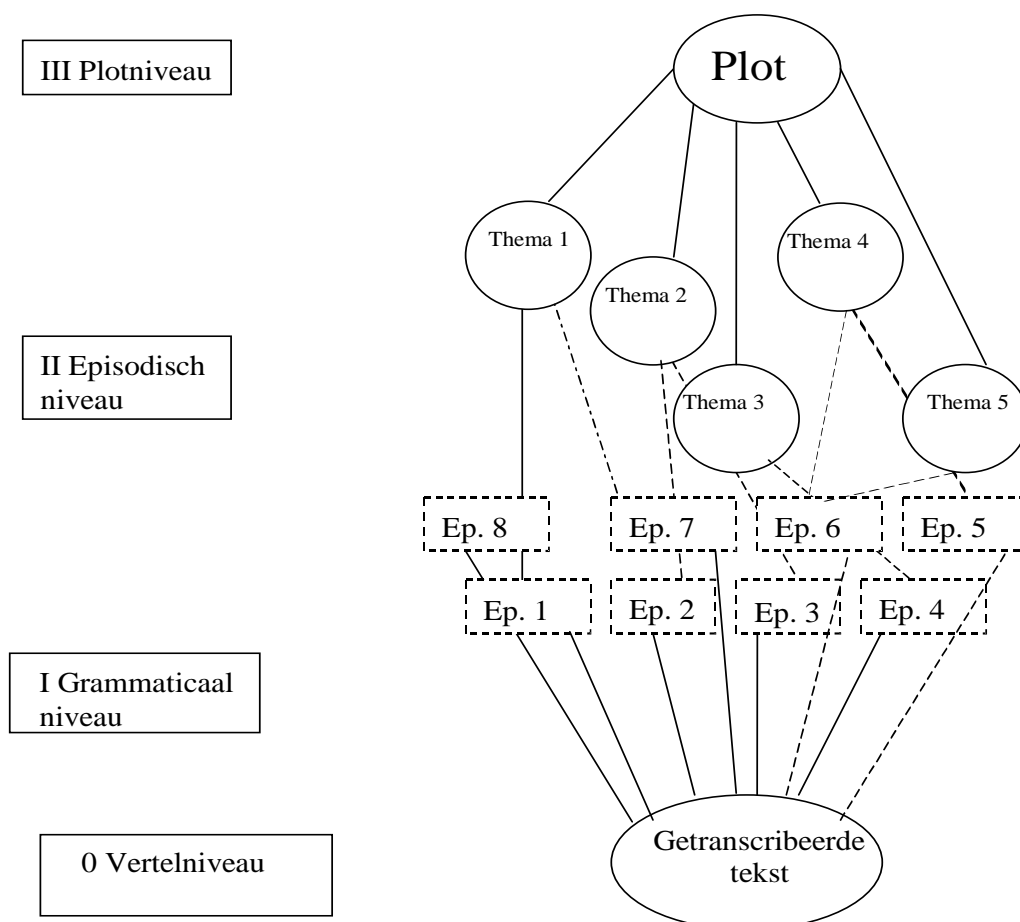
EEN MODEL VAN HET VERHAAL

Om de constructie van zin op verschillende verhaalniveaus te analyseren is gebruik gemaakt van een constructivistisch verhaalmodel, dat voortbouwt op een model van Craig R. Barclay (1996). Het model kent vier niveaus. Het eerste is het vertelniveau, waar het vooral om de toon en het ritme van het vertellen gaat. Het grammaticale niveau is het tweede, en betreft de narratieve aspecten in de syntaxis, zoals de gebruikte werkwoordsvormen en verschillende bijwoordelijke bepalingen. Op derde niveau worden de episodes geïdentificeerd en de inhoud,

⁴ In de theologische reflectie in een later te verschijnen proefschrift zal op deze kwesties nader worden ingegaan.

de structuur en de functie van de episodes geanalyseerd. Het vierde niveau raakt aan de basale, symbolische organisatie van het verhaal, zoals het plot.

Figuur 4.1 Constructivistisch model van een verhaal



Per onderdeel van het verhaalmodel is, voor zover mogelijk, vastgesteld in welke mate het verhaal beantwoordt aan de kwalitatieve criteria van het verhaal: 'coherentie', 'openheid', 'differentiatie', 'mastery / sturing' en 'integratie / verzoening'. Door de analyse uit te voeren op verschillende niveaus verwachten we tevens ons inzicht te vergroten in de onderlinge samenhang van de verschillende aspecten van een verhaal.

Het multi-dimensionele analyse-instrument

Voor de operationalisering op de verschillende niveaus is geprobeerd aan te sluiten bij bestaande meetinstrumenten. Hieronder worden de verschillende meetinstrumenten per niveau toegelicht.

FORMELE KENMERKEN VAN HET INTERVIEW

Bij de formele kenmerken gaat het over de lengte van het interview. Het goed kunnen inschatten van welke selectie er gemaakt moet worden om binnen de

beschikbare tijd van een half uur de belangrijkste gebeurtenissen als een samenhangend geheel te vertellen kan een aanwijzing zijn voor de mate waarin de verteller beschikt over een coherente visie op de eigen levensloop (Schütze 1984). Korte interviews en of interviews die niet afgerond worden in de beschikbare tijd kunnen een aanwijzing zijn voor een inadequaat overzicht van wat men wil vertellen. Dit element is ondersteunend van karakter en heeft betekenis in samenhang met de verhaalordering.

VERTELNIVEAU

Op het vertelniveau wordt de vertelvlotheid en de toon vastgesteld. De hypothese is dat de vlotheid (het ritme) en de toon waarmee een verhaal wordt verteld een aanwijzing vormt voor de coherentie, de differentiatie en mogelijk ook voor de mate van integratie.

Bij de vertelvlotheid gaat het niet om de snelheid, maar eerder om de vloeiendheid van het vertellen. De veronderstelling is dat vertellers die beschikken over een coherente visie op hun levensloop en niet geplaagd worden door allerlei heftige emoties die herinneringen (verwacht of onverwacht oproepen) en evenmin proberen om krampachtig bepaalde onderdelen te vermijden of van een geforceerde interpretatie te voorzien, vloeiender en vlotter vertellen dan zij bij wie dat wel het geval is (Schütze 1984). Met andere woorden, coherentie en een bepaalde mate van integratie en verzoening met de eigen levensloop uit zich in een hogere vertelvlotheid. De vertelvlotheid is gescoord in een door de onderzoekers opgestelde vierpuntsschaal (4. zeer moeizaam, 3. moeizaam, 2. vlot, 1. zeer vlot). Iedere opname is door minstens 3 analisten beoordeeld op vertelvlotheid.

Op vertelniveau is eveneens het aantal interventies door de interviewer gemeten, ervan uitgaande dat naarmate de moeizaamheid van het vertellen groter is, het aantal interventies toeneemt. Ook dit element onderbouwt dus zowel coherentie als integratie.

Met de toon wordt een interpretatie gegeven van 'hoe het vertellen klinkt'. De toonsoort geeft informatie over het ritme, de emotionele kleur van het verhaal en over de betrekking die de verteller aangaat met de luisteraar en met zichzelf. Alle interviews kregen meerdere toonaanduidingen mee, soms geldend voor het gehele interview, soms alleen voor delen ervan. In de analyse van de toonaanduidingen zijn vier clusters onderscheiden: een cluster 'timbre/ritme': dat typeringen als rustig, warrig, opzeggerig bevat (t-cluster); een emotiecluster worden dat typeringen als verdrietig, boos, opgewekt bevat (e-cluster); een appel-cluster dat gaat over de betrekking die de verteller tot de luisteraar heeft en typeringen als zielig, opschepperig, dwingend bevat (a-cluster); en een zelf-cluster, dat gaat over de wijze waarop de verteller zich tot zichzelf verhoudt en typeringen bevat als tevreden, opstandig, met wroeging (z-cluster). Het t-cluster wordt opgevat als een aanwijzing voor de coherentie en integratie, vergelijkbaar met de vertelvlotheid. Het e-cluster vormt een aanwijzing voor differentiatie. Hoe meer verschillende tonen worden aangeslagen, hoe gedifferentieerder het verhaal. Het z-cluster wordt gezien als aanwijzing voor de mate van integratie, hoe meer aanvaardend en tevreden hoe hoger de integratie.

GRAMMATICAAL NIVEAU

Op grammaticaal niveau worden de grammaticale kenmerken in geanalyseerd gebracht die verantwoordelijk zijn voor de temporeel-causale organisatie van het verhaal, de narratieve dichtheid en de oriënterende, referentiële en evaluatieve functie van het verhaal (Barclay 1996, Brugman 2000, De temporeel-causale organisatie betreft de wijze waarop de verbanden tussen de gebeurtenissen en handelingen in de tijd worden gelegd en wordt gemeten door het vaststellen van de frequentie van causale bepalingen (de causale index). De narratieve dichtheid verwijst naar de frequentie van proposities (subject-persoonsvorm combinaties) die beschouwd worden als de meest basale verschijningsvorm van een verhaal (propositie-index). De oriënterende functie betreft het waar en wanneer van de handelingen en gebeurtenissen en wordt gemeten door de frequentie van plaats- en tijdsbepalingen (tijds- en plaatsindex). De evaluatieve functie betreft die grammaticale aanduidingen die te maken hebben met de waardering die de verteller aan het gebeurde verleent en wordt gemeten via de frequentie van expliciete waarderingen (evaluatie-index), waarbij onderscheiden wordt tussen positieve, negatieve en ambivalente waarderingen. Zogenaamde intensifiers (heel, erg, zeer, bijzonder etc.) worden buiten beschouwing gelaten. De referentiële functie (waarover het gaat, over wie etc.) komt in ons schema op episodisch niveau aan bod. De temporeel-causale organisatie en de evaluatieve functie worden als de belangrijkste narratieve functies beschouwd (Fivush 1991, Fivush & Reese 2005, Barclay 1996; Klein 2003). De hoogte van de indices (aantal gescoorde bepalingen gedeeld door het totaal aantal woorden) is een aanwijzing voor de coherentie van het verhaal. Het percentage positieve waarderingen wordt opgevat als een indicatie voor integratie. Relatief veel positieve waarderingen staan dan voor een hogere mate van aanvaarding van de vertelde gebeurtenissen in de levensloop. Het percentage ambivalente waarderingen is een indicatie voor openheid. Bij de proposities verdient de eerste persoon enkelvoud extra aandacht. De verhouding van deze vorm is een indicatie voor het vertelperspectief. De 1ev-index⁵ is een indicatie voor sturing.

EPISODISCH NIVEAU

Op het episodisch niveau worden de inhoud, functies en samenhang van de episodes geanalyseerd. Voor de indeling in episodes hanteren we de criteria van Labov & Waletzky (1967, zie ook Labov 2001). Volgens hen bestaat een basisverhaal normaliter uit een samenvatting (*abstract*) een omschrijving van de beginsituatie (*orientation*), de van daaruit ontwikkelende gebeurtenissen (*complicating action*) en een evaluatie met een terugkeer naar de verhaallijn (*coda* en/of *evaluation*). Met behulp van deze verhaalkenmerken, gecombineerd met het criterium 'inhoudelijke eenheid' blijkt het goed mogelijk om de episodes in het verhaal helder van elkaar af te grenzen (interratersscore van 82%).

Per episode wordt bepaald aan hoeveel narratieve kenmerken een episode voldoet. Deze narratieve kwaliteit van de episode vormt een indicatie voor de coherentie (Klein 2003).

⁵ Staat voor de eerste persoon enkelvoud.

Vervolgens worden de episodes geordend in thematische verhaallijnen. Bepalend is het centrale thema van de episode (bijvoorbeeld werk, school, overlijden moeder, echtgenoot, verhuizing, gezinsleven met de kinderen *et cetera*). Het aantal verschillende verhaallijnen is een indicatie voor de differentiatie.

De dichtheid van de verhaallijnen (het gemiddeld aantal episodes per verhaallijn) is een indicatie voor integratie. Een hogere dichtheid (dus een lager gemiddelde) is een aanwijzing voor een hogere mate van integratie. Korte verhaallijnen (1 tot 2 episodes) staan voor thema's die goed geïntegreerd zijn. Lange verhaallijnen (3 episodes of meer) zijn onder te verdelen in twee categorieën: 1) verhaallijnen met een thema dat bepalend is voor de substantiële identiteit van de verteller. Het gaat daarbij om een centraal thema's in het verhaal, dat niet van ingrijpende aard is: bij vrouwen vaak 'het gezin' en bij mannen 'werk'.⁶ Het thema van deze verhaallijnen is doorgaans goed geïntegreerd. 2) verhaallijnen met een ingrijpend of zelfs traumatisch karakter dat veel van de verteller vraagt op het gebied van coping. Deze thema's zijn minder goed geïntegreerd. De laatste categorie kan verder onderverdeeld in verhaallijnen die in het teken van coping staan en verhaallijnen die geheel vastlopen. We zijn met name geïnteresseerd in de varianten 'coping' en 'vastlopers'. Relatief veel coping is een indicatie voor openheid. Relatief veel vastlopers een indicatie voor een falend vermogen tot integratie (zie ook Janoff-Bulman 1992).

Iedere episode wordt voorts gecodeerd op sequenties: *redemption sequence* voor een episode die met een negatieve ervaring begint maar positief eindigt, en *contamination sequence* voor het omgekeerde patroon. Indien van een dergelijke ontwikkeling geen sprake is scoren we geen sequentie (volgens Janoff-Bulman 1992, McAdams, et al. 2001). Uit onderzoek van McAdams blijkt een hoge score op *redemption sequence* te correleren met een hoge mate van ego-integriteit. Vandaar percentage *redemption sequence* is dus een aanwijzing voor de mate van integratie. Het percentage episodes dat überhaupt een sequentie bevat, is een aanwijzing voor de openheid van het verhaal. Het wijst op narratieve dynamiek.

Iedere episode krijgt bovendien een code toegewezen voor de functie van de reminiscentie. Wong en Watt (1991) stelden vast dat het herinneren en het vertellen daarover verschillende functies vervullen. Bijvoorbeeld om de ander te informeren over de feitelijke gang van zaken, (informatief), om uiting te geven aan negatieve herinneringen die zich met kracht opdringen (obsessief), om het heden niet onder ogen te hoeven zien (escapistisch), om te vertellen hoe problemen in het verleden zijn aangepakt (instrumenteel) of om de balans van het gebeurde op te maken (integrerend; zie voor andere functie-indelingen van reminiscentie Webster 1995, Lo Gerfo 1980). De percentages integrerende, obsessieve en escapistische reminiscentie vormen een aanwijzing voor integratie: integrerende als een positieve indicatie en obsessieve en escapistische als een contra-indicatie. Het percentage instrumentele reminiscentie vormt een indicatie voor sturing. Ten aanzien van de functie van de reminiscentie hebben Wong en Watt vastgesteld dat succesvol ouder worden correleert met een frequenter gebruik van integrerende en instrumentele reminiscentie. Toename

⁶ Deze typering betreft de vrouwen en mannen uit de *sample*, dus niet vrouwen en mannen in het algemeen.

van welbevinden zou dus moeten correleren met een toename van deze twee vormen van reminiscentie.

Voor de referentiële functie van het verhaal (de aanduiding waar het over gaat en wie erbij betrokken zijn) beperken we ons tot het aantal personages en het aantal thema's. Bij iedere episode wordt vastgesteld hoeveel en hoeveel verschillende personages er in figureren. Dit vormt een indicatie voor de differentiatie van het verhaal.

Ten slotte wordt van iedere episode, aan de hand van een themalist, vastgesteld over welke onderwerpen de episode gaat. De thema's zijn ontleend aan de levensloop (geboorte, opleiding, carrière, pensionering etc.) en aan levensdomeinen (levensbeschouwing, liefde/relaties, vrije tijd/hobby, wonen etc.). Het aantal verschillende thema's in het verhaal geeft een indicatie voor de differentiatie.

PLOTNIVEAU

Het plot is de narratieve basisorganisatie en bepaalt als zodanig het perspectief van waaruit het verhaal verteld wordt en de richting of bestemming van het verhaal: waar loopt het verhaal op uit, wat is de moraal? Het plot is een op formule gebracht verhaal, het skelet, ontdaan van de specifieke, contingente belichaming die het verhaal tot een unieke grootheid ('mijn verhaal') maakt. Met het oog op de constructie van zin in levensverhalen is het plot elementair: het plot organiseert en ondersteunt de constructie van zin. Een goed verhaal is een verhaal met een plot dat voldoende samenhang biedt, de mogelijkheid biedt tot het integreren van nieuwe of ingrijpende gebeurtenissen, ruimte laat voor discordante verhaallijnen en de mogelijkheid tot uitbreidbaarheid en herinterpretatie in zich bergt. Het plot is nauw verweven met de levensbeschouwelijke visie van de verteller op het leven. Voor het vaststellen van het plot gebruiken we de typologie van Northrop Frye (1990, zie ook Bohlmeijer 2007b, Brugman 2000, 2007, Gergen & Gergen 1986, McAdams 1993, 2006, Murray 1989). Frye onderscheidt vier prototypische verhaalstructuren: de komische, de tragische, de romantische en de ironische onder meer aan de hand van de mate van succes en falen in het verhaal (*geluk*), de mate van invloed van de verteller op dat succes en/of falen (*autonome controle*) en de mate van invloed van anderen op het succes en/of falen (*heteronome controle*).

Het komische plot is een 'en toch'-verhaal: 'Ondanks moeilijke gebeurtenissen en ondanks mijzelf komt het toch goed of blijf ik de hoop behouden dat het alsnog goed zal komen.' (Het loopt goed af, de eigen bijdrage aan die goede afloop is klein, de bijdrage van anderen daaraan hoog). Het tragische plot is een 'dat overkomt mij weer'-verhaal: 'Het loopt slecht (met je) af, wat je er ook aan zou doen.' (De afloop is slecht, de eigen bijdrage aan de loop der dingen doorgaans ook laag en de bijdrage die anderen daaraan leveren hoog). Het romantische plot is een 'veni-vidi-vici'-verhaal: 'Hoe ik de hordeloop van het leven heb genomen.' (De afloop is na heel wat tegenslagen te hebben overwonnen, goed, de eigen bijdrage daaraan hoog en de bijdrage van anderen laag). Het ironische verhaal is een 'maak je geen illusies'-verhaal: 'Wat je ook doet, het leven verloopt op onvoorspelbare wijze, je kunt je er beter maar niet teveel emotioneel mee verbinden.' (De afloop is vaak niet zozeer goed of slecht maar de waardering van

goed of slecht wordt ironisch onder kritiek gesteld. De eigen bijdrage aan de loop der dingen is laag en die van anderen ook). Het komische en het romantische plot, zo is onze veronderstelling, zijn het meest geschikt om nieuwe (ingrijpende) gebeurtenissen te integreren. Dat komt omdat het komische plot als belangrijk ingrediënt de hoop op een goede afloop bevat, hetzij gerealiseerd, hetzij nog in het verschiet. Dat maakt het mogelijk om ook nare dingen onder ogen te blijven zien. Het romantische plot heeft de potentie tot integratie omdat de goede afloop afhangt van de veronderstelde controle die de verteller erop kan uitoefenen: nare gebeurtenissen zijn vooral uitdagingen om die ten goed te keren. Het tragische en het cynische plot ondersteunen het vermogen tot integratie vermoedelijk minder. De invloed die de verteller op de gang van zaken denkt te kunnen uitoefenen is laag, evenals de hoop op een goede afloop. Er is weinig kans op verbetering wat een zekere blindheid lijkt te veroorzaken voor positieve gebeurtenissen. Alle verhalen worden gecodeerd op het plotype. Meestal is dit niet één van de vier basistypen, maar een combinatie van plotlijnen (bv. tragi-komisch, komisch met romantische trek etc.).

Op het plotniveau geven we ook een aantal globale typeringen van de constructie van zin in het gehele levensverhaal. Die typeringen betreffen de zinvolle samenhang, de mate van benevolentie en de mate van zelfwaardering. Ze zijn ontleend aan de narratieve copingstheorie van Ronnie Janoff-Bulman (1992). Volgens haar kenmerkt een gezond verhaal zich door drie basisassumpties: de overtuiging van een zinvolle en rechtvaardige ordening in wat er gebeurt in het leven (zinvolle samenhang), de overtuiging van de welwillendheid van de omgeving (anderen, de natuur, God) en een positieve zelfwaardering. Bij mensen die een traumatische gebeurtenis hebben ondergaan komt één of meer van die assumpties onder druk te staan. Het geloof in de zinvolle ordening, in de benevolentie van de omgeving of in de eigen positieve waarde brokkelt af, omdat alleen zo een bevredigende verklaring gegeven voor de traumatische gebeurtenis. Bij alle interviews is een inschatting gemaakt van deze drie basisassumpties. De kwaliteit van de basisassumpties is een indicatie voor integratie.

Ook wordt voor het verhaal een interpretatie gegeven van de impliciete levensbeschouwing. Dat is niet per definitie een religieuze duiding, maar een interpretatie van de visie die de verteller expliciet, maar meestal impliciet communiceert over het leven (je moet het goede accepteren en het kwade rustig ondergaan, het leven is zwaar maar met hulp van anderen kom je er door, je moet jezelf opofferen voor anderen etc.). Deze typeringen zijn gegeven door de onderzoekers en aan het einde van het onderzoek in categorieën onderverdeeld (berusten, aanvaarden, vechten, leren, zorgen voor anderen en trouw blijven aan principes. De categorie aanvaarden vormt een indicatie voor integratie⁷.

Ten slotte stellen we de vertelvolgorde vast door de episodes (globaal) te dateren. De verhalen krijgen op basis daarvan een typering 'thematisch', 'chronologisch' of 'fragmentarisch' of een combinatie ervan. Dit geeft een indicatie voor de coherentie.

⁷ Een uitvoeriger bespreking van de betekenis van deze levensbeschouwelijke posities en de samenhang met het plot zal worden gegeven in het later te verschijnen proefschrift over de deze deelstudie.

IN SCHEMA

De elementen uit het analyse-instrument staan in de tabel op de volgende bladzijde geordend per criterium.

Uitvoering analyse

Voor de analyse van de interviews is een codeboek gemaakt, waarin de uitvoering van de analyse per instrument beschreven is. Gezien de tijdsinvestering die gemoeid zou zijn met het analyseren van 150 (complete en incomplete) beschikbare setjes is besloten tot het werven van vrijwilligers voor de analyse. Geworven werd onder gepensioneerde, taalvaardige vrijwilligers met een academische opleiding en met affiniteit met sociaal-wetenschappelijk onderzoek. 11 vrijwilligers hebben uiteindelijk een instructie gekregen en hebben 1 of meerdere interviews geanalyseerd. Ook 4 studentassistenten hebben een groot aantal interviews geanalyseerd. De aanvankelijke intentie om alle interviews blind te coderen (zowel qua groep, als qua meetmoment) is niet gehandhaafd. De analisten kregen 1 setje van een respondent toebedeeld. Wel is het meetmoment geblindeerd alsmede de aanduiding van de groep. De door de analisten ingestuurde analyses zijn door de onderzoeker nauwkeurig gecontroleerd en waar nodig, in overleg met de analist, aangepast. De door de onderzoeker geanalyseerde interviews zijn door de studentassistenten gecontroleerd. Ieder interview is dus door minstens twee personen geanalyseerd. Noemenswaardige bijzonderheden bij de uitvoering van de analyse zijn er niet.

Tabel 4.2 Analyse-instrumenten geordend op niveau en criterium

<i>CRITERIA</i>	FORMELE KENMERKEN	VERTELNIVEAU	GRAMMATICAAAL NIVEAU	EPISODISCH NIVEAU	PLOTNIVEAU
Coherentie	Aantal woorden	Vertelvlotheid Toon: t-cluster Interventies	Tijdsindex Causale index Waarderings-index Propositie-index Plaatsindex	Narratieve kwaliteit episodes Aantal episodes per verhaallijn	Verhaalordening Zinvolle samenhang
Differentiatie		Toon: e-cluster		Aantal personen Aantal verhaallijnen Thema's Aantal personen per episode	
Openheid			Waarderingen: ambivalent	Sequenties: episodes met sequenties Aard lange verhaallijnen: coping	
Verzoening / Integratie		Vertelvlotheid Toon: z-cluster Aantal interventies	Waarderingen: positief	Aard van de lange verhaallijnen: coping Functie van de reminiscentie: verhouding instr./integr. vs. obs./esc. Reminiscentie Functie reminiscentie: integr. reminiscentie Episodes per verhaallijn	Aspect van het plot: ko-romantisch Zinvolle samenhang Zelfwaardering Benevolentie Impl. levensbeschouwing aanvaarding
Mastery / sturing			Propositie-index 1ev	Functie reminiscentie: instr.	Aspect van het plot: romantisch

De resultaten

In totaal zijn 45 complete setjes geanalyseerd. Eén setje uit de controlegroep bleek bij nader inzien niet geschikt om mee te nemen in de resultaten. Het betrof een mevrouw die haar levensverhaal op schrift had gesteld en dit heeft voorgelezen tijdens het interview. Eén setje uit de experimentele groep moest buiten beschouwing gelaten worden vanwege de onverstaanbaarheid van het interview.

Tabel 4.3 Geanalyseerde setjes

	Vrouw	Man	N
Experimenteel	26 (84%)	5 (16%)	31
Controle	10 (83%)	2 (17%)	12
			43 ⁸

De sekseverdeling (83% vrouw en 17% man) wijkt licht af van die in de populatie in verzorgingshuizen (78% vrouw en 22% man).

GENEREREN VAN DE RESULTATEN

Voor elke groep (experimenteel en controle) zijn de resultaten per onderdeel en per meetmoment geaggregeerd. De verschillen tussen de geaggregeerde resultaten zijn in percentages weergegeven. Alleen verschillen groter dan 5% worden als effect beschouwd.

Uit de resultaten vallen twee basispatronen te destilleren. Eerst worden de resultaten van de beide basispatronen gepresenteerd. Daarna de items die afwijken van het basispatroon.

Tenslotte worden per kwaliteitscriterium de resultaten gegroepeerd, waarbij de indeling basispatroon, ondersteunend en afwijkend patroon wordt aangehouden.

Het eerste basispatroon: toename op t1 in de experimentele groep

Het eerste basispatroon heeft de volgende structuur: de kwaliteit van het item stijgt in de experimentele groep op t1 en stijgt, stabiliseert of daalt vervolgens op t2, maar meestal niet tot onder het beginniveau. De kwaliteit van het item in de controlegroep neemt gestaag af of blijft stabiel.

VERTELVLOTHEID (NIVEAU I, COHERENTIE, INTEGRATIE)

De vertelvlotheid neemt aanzienlijk toe in de experimentele groep, met name na het maken van het levensboek, maar zet zich daarna licht door. In de controlegroep is er sprake van geleidelijke afname. Dit is een indicatie voor een toename van de coherentie en integratie in de experimentele groep.

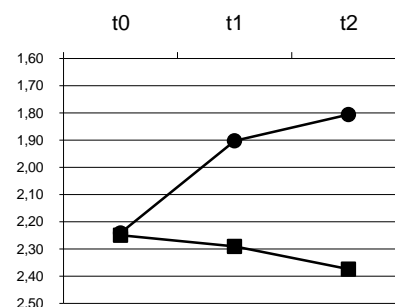
⁸ In beide groepen was één interview niet geschikt.

Tabel 4.4 Vertelvlotheid (min.4. max. 1)

	t0	t1	t2
Experimenteel	2,24	1,90**	1,81**
Controle	2,25	2,29	2,38*

* verschil met t0>5%; ** verschil met t0>10%

Figuur 4.5 Vertelvlotheid



1 = vlot, 2 = normaal,
3 = moeizaam, 4 = zeer moeizaam

TOON: Z-CLUSTER (NIVEAU 1, INTEGRATIE)

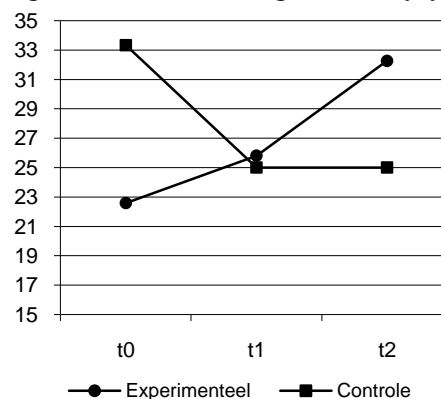
Bij het z-cluster doet zich alleen een effect voor ten aanzien van het semantische categorie 'tevreden' (met daarin typeringen als 'tevreden', 'aanvaardend', 'accepterend', 'er trots op zijn'). Hier doet zich een stijging op t2 in de experimentele groep voor en een daling op t1 in de controlegroep. Het beginniveau in de controlegroep is fors hoger dan in de experimentele groep. Het eindniveau altijd nog hoger dan het beginniveau in de controlegroep. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het instrument te grofmazig is. Voorzichtigheid is geboden om hieruit af te leiden dat het een indicatie is voor toename van integratie op t2 in de experimentele groep.

Tabel 4.6 Toonaanduiding 'tevreden'

	t0	t1	t2
Experimenteel	22,6%	25,8%	32,3%*
Controle	33,3%	25,0%*	25,%

* verschil met t0>5%

Figuur 4.7 Toonaanduiding 'tevreden' (%)



TOON: T-CLUSTER (NIVEAU 1, COHERENTIE)

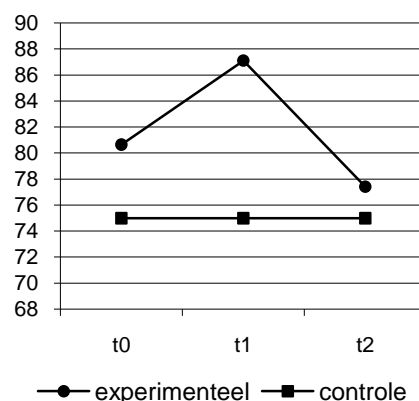
Opvallend bij het t-cluster is alleen de stijging van tonen in de categorie 'rustig' (met daarin aanduidingen als 'rustig', 'bezonnen', 'overwogen' en 'beheerst') op t1 in de experimentele groep. In de controlegroep blijft deze categorie stabiel. Dit is een indicatie voor een toename van coherentie in de experimentele groep op t1.

Tabel 4.8 Toonaanduiding 'rustig'

	t0	t1	t2
Experimenteel	80,7%	87,1%*	77,4%+
Controle	75,0%	75,0%	75,0%

* verschil met t0>5%; + verschil met t1>5%

Figuur 4.9 Toonaanduiding 'rustig' (%)



TIJDSBEPALINGEN (NIVEAU II, COHERENTIE)

In de experimentele groep stijgt de tijdsindex op t1 en daalt op t2 naar het beginniveau. In de controlegroep is er sprake van geleidelijke afname. Dit vormt een indicatie voor de toename van de coherentie op t1 in de experimentele groep en een afname van de coherentie in de controlegroep.

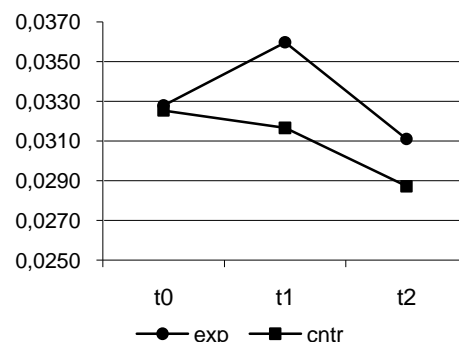
Tabel 4.10 Tijdsindex (tijdsbepalingen/aantal woorden)

	t0	t1	t2
Experimenteel	0,0328	0,0360*	0,0311**
Controle	0,0325	0,0317	0,0287**

* verschil met t0>5%; ** verschil met t0>10%;

**verschil met t1>10%

Figuur 4.11 Tijdsindex



CAUSALE BEPALINGEN (NIVEAU II, COHERENTIE)

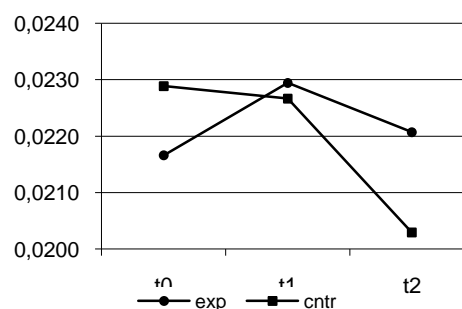
De causale index stijgt in de experimentele groep op t1 en neemt vervolgens licht af. In de controlegroep is er sprake van een grote afname op t2. Dit vormt een indicatie voor toename van coherentie in de experimentele groep en afname in de controlegroep. Voor het verschil in beginniveau tussen beide groepen (5%) is geen verklaring.

Tabel 4.12 Causale index (causale bepalingen/aantal woorden)

	t0	t1	t2
Experimenteel	0,0217	0,0229*	0,0221
Controle	0,0229	0,0227	0,0203**

* verschil met t0>5%; ** verschil met t0>10%

Figuur 4.13 Causale index



WAARDERINGEN (NIVEAU II, COHERENTIE, INTEGRATIE)

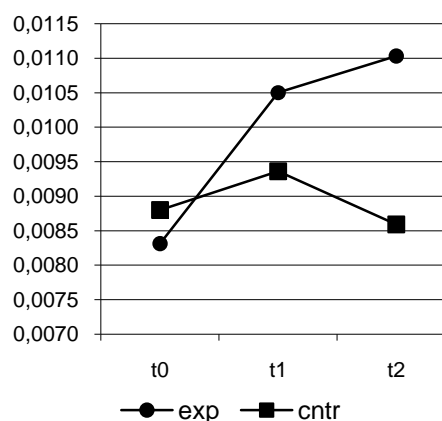
De waarderingsindex in de experimentele groep neemt fors toe op t1 en stabiliseert dan. In de controlegroep stijgt de index op t1 en keert daarna terug naar beginniveau. Vanwege de forse stijging op t1 in de experimentele groep is dit item toch opgenomen in het eerste basispatroon. Dit is een indicatie voor een toename van de coherentie in de experimentele groep en een versterking van de evaluatieve functie. De toename van de waarderingsindex in de experimentele groep is voornamelijk toe te schrijven aan de toename van het aantal positieve waarderungen, wat geldt als een indicatie voor een toenemende mate van integratie.

Tabel 4.14 Waarderingsindex (aantal waarderungen/ aantal woorden)

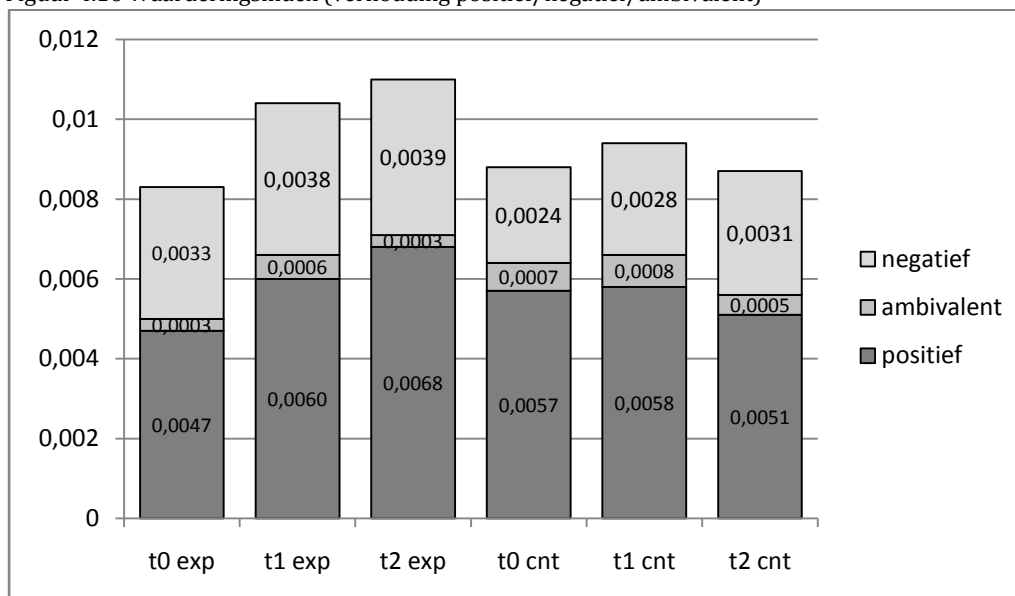
	t0	t1	t2
Experimenteel	0,0083	0,0105**	0,0110+
Controle	0,0088	0,0094*	0,0086+

* verschil met t0>5%; ** verschil met t0>10%;
+ verschil met t1>5%

Figuur 4.15 Waarderingsindex



Figuur 4.16 Waarderingsindex (verhouding positief/negatief/ambivalent)



KWALITEIT VAN DE EPISODES (NIVEAU III, COHERENTIE)

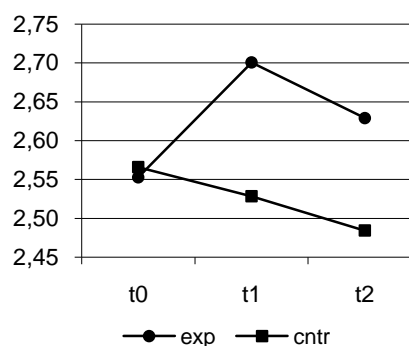
De kwaliteit van de episodes neemt toe in de experimentele groep en stabiliseert op t2. In de controlegroep is er sprake van geleidelijke afname naar t2. Dit is een indicatie voor de toename van de coherentie in de experimentele groep op t1.

Tabel 4.17 Kwaliteit van de episodes (min. 1, max. 4)

	t0	t1	t2
Experimenteel	2,55	2,70*	2,63
Controle	2,57	2,53	2,48*

* verschil met t0 > 5%

Figuur 4.18 Kwaliteit van de episodes



FUNCTIE VAN DE REMINISCENTIE (NIVEAU 3, INTEGRATIE)

Bij de analyse van de functie van de reminiscentie gaat het om de verhouding van instrumentele + integrerende reminiscentie vs. obsessieve + escapistische reminiscentie. In de experimentele groep is er sprake van een toename van integrerende en instrumentele reminiscentie en een afname van obsessieve en escapistische reminiscentie op t2. In de controlegroep nemen integrerende en instrumentele reminiscentie naar t2 geleidelijk af en blijven obsessieve en escapistische reminiscentie stabiel. Dit is een indicatie voor een toename van de integratie in de experimentele groep op t2.

Tabel 4.19 Percentages aard van de reminiscentie (instr./integr. vs. obs./escap.)

	t0 exp	t1 exp	t2 exp	t0 cntr	t1 cntr	t2 cntr
<i>Instr. + integr.</i>	35,2	41,8*	44,2*	31,7	27,4	26,1*
<i>Obs + escap.</i>	16,5	12,0	7,4*	12,0	10,8	12,2
<i>Totaal</i>	51,7	53,8	51,6	43,7	38,2	38,3

* verschil met t0 > 5%

FUNCTIE VAN REMINISCENTIE: INSTRUMENTEEL (NIVEAU III, STURING)

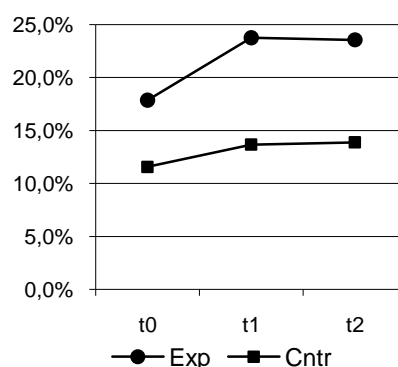
Het percentage episodes met instrumentele reminiscentie neemt toe op t1 in de experimentele groep en blijft vervolgens stabiel op t2. De controlegroep blijft stabiel. Dit is een indicatie voor een toename van sturing.

Tabel 4.20 Instrumentele reminiscentie (%)

	t0	t1	t2
Experimenteel	17,9%	23,9%*	23,7%
Controle	11,6%	13,7%	13,9%

* verschil met t0 >5% en <10%

Figuur 4.21 Instrumentele reminiscentie (%)



VERHAALORDENING (NIVEAU IV, COHERENTIE)

In de wijze waarop het verhaal geordend wordt valt op dat het percentage verhalen waarin sprake is van fragmentatie in de experimentele groep afneemt op t1 en weer toeneemt op t2 en dat dat percentage op t1 en t2 toeneemt in de controlegroep. Dit is een indicatie voor een toename van de coherentie op t1 in de experimentele groep.

Tabel 4.22 Percentages ordening met en zonder fragmentarische delen

	t0 exp	t1 exp	t2 exp	t0cntr	t1 cntr	t2 cntr
Fragmentarische delen	41,9%	19,4%**	29,0%++	25,0%	33,3%*	50,0%**
Chronologisch/thematisch	58,1%	80,6%**	71,0%+	75,0%	66,7%*	50,0%**

* verschil met t0>5%; **verschil met t0>5%

ZINVOLLE SAMENHANG (NIVEAU IV, COHERENTIE, INTEGRATIE)

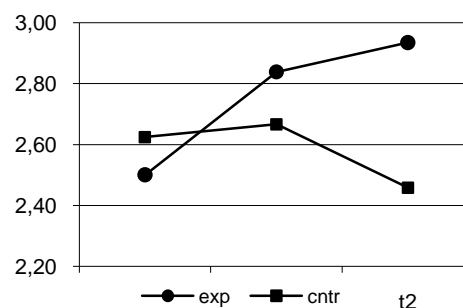
De zinvolle samenhang neemt toe in de experimentele groep op t1 en stabiliseert op t2. In de controlegroep is sprake van stabilisering op t1 en daling op t2. Dit wijst op een toename van de coherentie en integratie in de experimentele groep op t1.

Tabel 4.23 Gemiddelde zinvolle samenhang (min. 1, max. 4)

	t0	t1	t2
Experimenteel	2,50	2,84**	2,94**
Controle	2,63	2,67	2,46*

* verschil met t0>5%; ** verschil met t0>10%

Figuur 4.24 Gemiddelde zinvolle samenhang



Het tweede basispatroon: stabilisering op t1 in de experimentele groep

Het tweede basispatroon heeft de volgende structuur: de kwaliteit van de items in de experimentele groep blijft stabiel tussen t0 en t1 en daalt, stabiliseert of

stijgt naar t2. De kwaliteit van de items in de controlegroep neemt gestaag af van t0, via t1 naar t2.

AANTAL WOORDEN (NIVEAU 0, COHERENTIE)

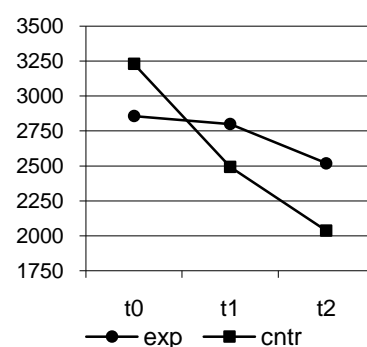
Het aantal woorden blijft in de experimentele groep op t1 stabiel en neemt af op t2. In de controlegroep is sprake van een geleidelijke afname. Dit kan uitgelegd worden als een uitgestelde daling van de coherentie in de experimentele groep, maar het kan ook het gevolg zijn van het feit dat men, met name in de controlegroep de zin van het opnieuw vertellen niet inziet.

Tabel 4.25 Totaal aantal woorden

	t0	t1	t2
Experimenteel	2857	2799	2518**
Controle	3230	2493**	2037**

** verschil met t0>10%; ** verschil met t1>10%

Figuur 4.26 Totaal aantal woorden



PROPOSITIES 1 EV. (NIVEAU II, STURING)

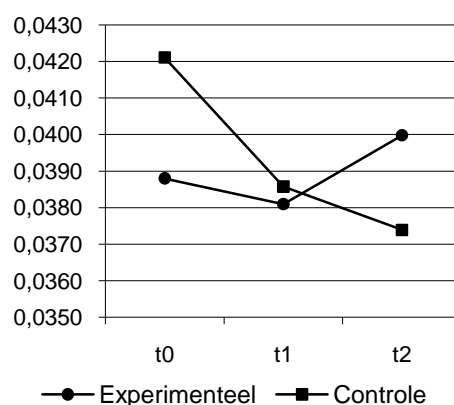
In de experimentele groep blijft de propositie-index 1ev stabiel op t1 en neemt toe op t2. In de controlegroep is er sprake van een geleidelijke afname. Opmerkelijk is het relatief grote verschil tussen experimenteel en controle op t0, waarvoor geen verklaring is gevonden. De indicatie dat sturing in de experimentele groep op t2 toeneemt, moet daarom terughoudend gehanteerd worden.

Tabel 4.27 Propositie-index

	t0	t1	t2
Experimenteel	0,0388	0,0381	0,0400
Controle	0,0421	0,0386*	0,0374**

* verschil met t0>5%; ** verschil met t0>10%

Figuur 4.28 Propositie-index



VERSCHILLENDE PERSONEN (NIVEAU III, DIFFERENTIATIE)

In de experimentele groep blijft het gemiddelde aantal personages stabiel terwijl die in de controlegroep afneemt. De indicatie is dat de differentiatie in de experimentele groep stabiliseert. Opmerkelijk is ook hier het relatief grote

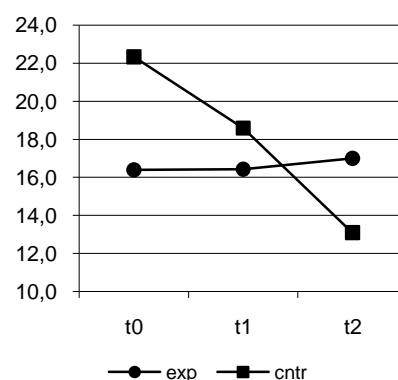
verschil tussen experimenteel en controle op t0, waarvoor geen verklaring is gevonden.

Tabel 4.29 Aantal personen per interview

	t0	t1	t2
Experimenteel	16,4	16,4	17,0
Controle	22,3	18,6**	13,1**

**verschil met t0>10%; +-verschil met t1>10%

Figuur 4.30 Aantal personen per interview



VERHAALLIJNEN (NIVEAU III, DIFFERENTIATIE)

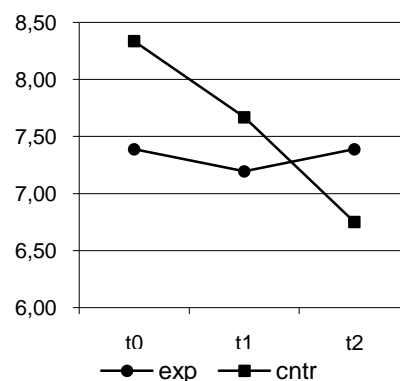
Het aantal verschillende verhaallijnen is stabiel in de experimentele groep en neemt in de controlegroep geleidelijk af, wat als een indicatie voor een stabiel blijvende thematische differentiatie kan worden gezien, aangezien de verhaallijnen geordend zijn op basis van thematiek. Het verschil tussen experimenteel en controle op t0 (11%) en op t2 (8%) is opvallend. Ook hier geldt dat voorzichtigheid betracht moet worden bij de interpretaties van de resultaten.

Tabel 4.31 Aantal verhaallijnen per interview

	t0	t1	t2
Experimenteel	7,4	7,2	7,4
Controle	8,3	7,7*	6,8**

* verschil met t0>5%; ** verschil met t1>10%

Figuur 4.32 Aantal verhaallijnen per interview



AARD VAN DE LANGE VERHAALLIJNEN: COPING (NIVEAU III, OPENHEID)

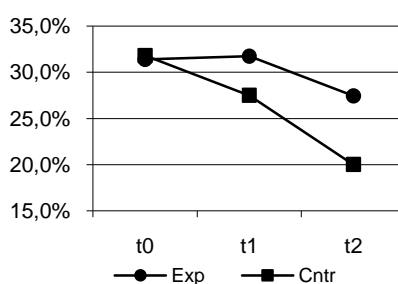
In de experimentele groep is sprake van stabilisering op t1 en een afname op t2. In de controlegroep is sprake van een geleidelijke afname. We gaan er vanuit dat lange verhaallijnen met coping een indicatie zijn voor veel verwerkingsarbeid. Dat wil zeggen dat het proces van integratie in volle gang is. Kennelijk neemt deze activiteit af in de controlegroep en blijft die stabiel op t1 in de experimentele groep. Dat wijst erop dat het maken van een levensboek veel los maakt bij de bewoners. Het wijst er ook op dat de vertellers uit de experimentele groep in hogere mate bezig zijn met het zoeken naar bevredigende interpretaties voor ervaringen, hetgeen geldt als een indicatie voor openheid.

Tabel 4.33 Lange verhaallijnen met coping (%)

	t0	t1	t2
Experimenteel	31,4%	31,7%	27,5%
Controle	31,8%	27,5%	20,0%**

** verschil met t0>10%

Figuur 4.34 Lange verhaallijnen met coping



SEQUENTIES: EPISODES MET SEQUENTIE (NIVEAU III, OPENHEID)

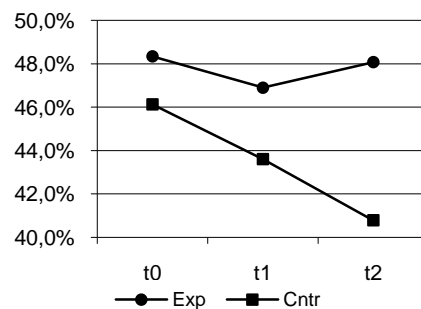
Het percentage episodes met een sequentie (hetzij redemption, hetzij contamination) blijft stabiel in de experimentele groep en neemt naar t2 gestaag af in de controlegroep. Dit is een indicatie voor stabiel blijvende openheid in de experimentele groep.

Tabel 4.35 Eisodes met een sequentie (%)

	t0	t1	t2
Experimenteel	48,3%	45,3%	48,1%
Controle	46,1%	43,6%	40,8%*

* verschil met t0>5%

Figuur 4.36 Episoes met een sequentie (%)



FUNCTIE REMINISCENTIE: INTEGREREND (NIVEAU III, INTEGRATIE)

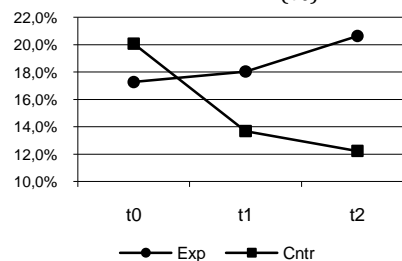
Het percentage episodes met integrerende reminiscentie blijft stabiel in de experimentele groep (met een zeer lichte toename op t2) en neemt af in de controlegroep, wat een indicatie vormt voor stabilisering van de integratie in de experimentele groep (mogelijk lichte toename op t2).

Tabel 4.37 Episoes integrerende reminiscentie (%)

	t0	t1	t2
Experimenteel	17,3%	18,0%	20,6%
Controle	20,1%	13,7%*	12,2%

* verschil met t0>5%

Figuur 4.38 Episoes integrerende reminiscentie (%)



PLOT: KOMISCH & ROMANTISCH ASPECT (NIVEAU IV, INTEGRATIE)

Ten aanzien van het plot doet zich een opmerkelijke ontwikkeling voor in de experimentele groep. Het percentage interviews dat een komisch en/of romantisch aspect bevat, neemt af op t1 en neemt fors toe op t2, terwijl dit in de controlegroep na een afname op t1 stabiliseert op t2. Aangezien verondersteld wordt dat plots met een komisch of romantisch aspect beter in staat zijn om

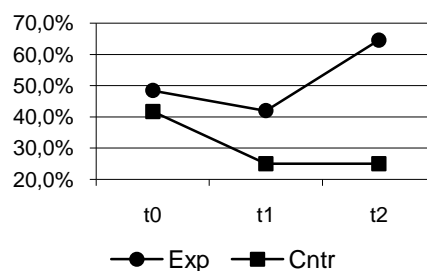
nieuwe of moeilijke gebeurtenissen te integreren, vormt dit een indicatie voor een toename van integratie op t2 in de experimentele groep.

Tabel 4.39 Komisch/romantisch aspect plot (%)

	t0	t1	t2
Experimenteel	48,4%	41,9%*	64,5%**
Controle	41,7%	25,0%**	25,0%

* verschil met t0>5%; ** verschil met t0>10%

Figuur 4.40 Komisch en/of romantisch



PLOT: ROMANTISCH ASPECT (NIVEAU IV, STURING)

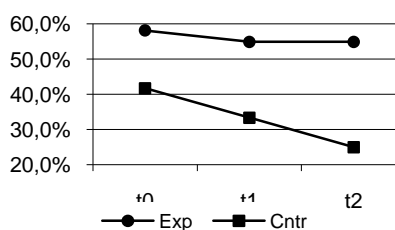
Het percentage interviews met een plot dat een romantisch aspect bevat is een indicatie voor sturing. Op dit item doet zich een stabilisering voor in de experimentele groep en een afname in de controlegroep. Dat is een indicatie voor een stabilisering van sturing in de experimentele groep.

Tabel 4.41 Romantisch aspect in plot (%)

	t0	t1	t2
Experimenteel	58,1%	54,8%	54,8%
Controle	41,7%	33,3%*	25,0%**

* verschil met t0>5%; ** verschil met t0>10%

Figuur 4.42 Romantisch aspect



Afwijkende patronen

Het gaat hier om items die afwijken van zowel het eerste als het tweede basispatroon.

INTERVENTIES (NIVEAU I, COHERENTIE)

In beide groepen neemt het gemiddeld aantal interventies af. De afname loopt parallel.

Tabel 4.43 Gemiddeld aantal interventies per interview

	t0	t1	t2
Experimenteel	4,03	3,26**	2,55++
Controle	3,83	3,50*	2,75++

* verschil met t0>5%; ** verschil met t0>10%; ++ verschil met t1>10%

TOON E-CLUSTER (NIVEAU I, DIFFERENTIATIE, OPENHEID)

In deze resultaten is geen patroon te herkennen.

Tabel 4.44 Percentage interviews naar toon e-cluster, experimentele groep

	t0		t1		t2	
	A	D	A	D	A	D
Cynisch	0,0%	9,7%	0,0%	16,1%*	0,0%	0,0%+
Boos	0,0%	16,1%	0,0%	16,1%	6,5%*	12,9%
Verdrietig	6,5%	35,5%	0,0%*	25,8%*	6,5%+	19,4%+
Vrolijk	22,6%	25,8%	25,8%	35,5%*	32,3%*	35,5%

A: algehele typering van het interview, D: typering deel van het interview

* verschil met t0>5%; + verschil met t1>5%

Tabel 4.45 Percentage interviews naar toon e-cluster, controlegroep

	t0		t1		t2	
	A	D	A	D	A	D
Cynisch	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Boos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%++
Verdrietig	8,3%	8,3%	8,3%	16,7%	8,3%	8,3%+
Vrolijk	16,7%	25,0%	25,0%*	75,0%**	16,7%+	25,0%++

A: algehele typering van het interview, D: typering deel van het interview

* verschil met t0>5%; ** verschil met t0>10%; + verschil met t1>5%; ++ verschil met t1>10%

PLAATSBEPALINGEN (NIVEAU II, COHERENTIE)

De uitgestelde daling in de experimentele groep is conform het eerste basispatroon. De stijging op t1 en daling op t2 in de controlegroep is afwijkend.

Tabel 4.46 Plaatsindex (aantal plaatsbepalingen/aantal woorden)

	t0	t1	t2
Experimenteel	0,0254	0,0255	0,0237*
Controle	0,0255	0,0284**	0,0269+

* verschil met t0>5%; ** verschil met t0>10%; + verschil met t1>5%

PROPOSITIES (NIVEAU II, COHERENTIE)

De experimentele groep is stabiel, conform het tweede basispatroon, de stijging op t2 in de controlegroep is afwijkend.

Tabel 4.47 Propositie-index (aantal proposities/aantal woorden)

	t0	t1	t2
Experimenteel	0,125	0,127	0,123
Controle	0,131	0,123*	0,129

* verschil met t0>5%

WAARDERINGEN: AMBIVALENT (NIVEAU II, OPENHEID)

Dit lijkt het basispatroon te weerspiegelen, dat wil zeggen een stijging in de experimentele groep op t1 en daling naar beginniveau op t2, terwijl de controlegroep stabiel blijft op t1 en daalt op t2. De scores zijn zo klein, de verschillen zo gering en het beginniveau zo uiteenlopend dat dit resultaat verder buiten beschouwing blijft.

Tabel 4.48 Ambivalente waarderingsindex (aantal ambivalente waarderungen/aantal woorden)

	t0	t1	t2
Experimenteel	0,0003	0,0006**	0,0003++
Controle	0,0007	0,0008**	0,0005++

** verschil met t0>10%; ++ verschil met t1>10%

EPISODES PER VERHAALLIJN (NIVEAU III, COHERENTIE, INTEGRATIE)

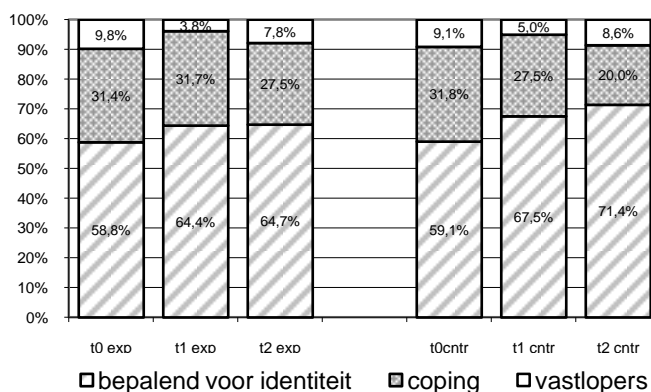
De ontwikkeling in het aantal episodes per verhaallijn heeft nog het meest weg van het tweede basispatroon. Maar door de daling op t1 en de scherpe daling op t2 in de experimentele groep is het als afwijkend getypeerd.

Tabel 4.49 Gemiddeld aantal episodes per verhaallijn

	t0	t1	t2
Experimenteel	2,89	2,74*	2,37 ⁺⁺
Controle	2,57	2,29 ^{**}	2,22

* verschil met t0>5%; ** verschil met t0>10%; ⁺⁺ verschil met t1>10%

Het percentage lange verhaallijnen in de categorie vastlopers daalt in beide groepen op t1 en neemt weer toe op t2. Een verklaring daarvoor ontbreekt.



PERSONEN PER EPISODE (NIVEAU III, DIFFERENTIATIE)

Het aantal personen per episode daalt in beide groepen.

Tabel 4.50 Gemiddeld aantal personen per episode

	t0	t1	t2
Experimenteel	2,0	1,6 ^{**}	1,7 ^{**}
Controle	2,0	1,9	1,7 ⁺

^{**} verschil met t0>10%; ⁺ verschil met t1>5%

THEMA'S (NIVEAU III, DIFFERENTIATIE)

De experimentele groep weerspiegelt het tweede basispatroon (stabilisering op t1), maar de stabilisering op t1 van de controlegroep wijkt daarvan af.

Tabel 4.51 Gemiddeld aantal thema's per interview

	t0	t1	t2
Experimenteel	19,0	18,3	17,8*
Controle	22,7	21,8	18,5 ^{**}

* verschil met t0 >5% en <10%; ^{**} verschil met t0 >10%

BENEVOLENTIE (NIVEAU IV, INTEGRATIE)

De experimentele groep weerspiegelt het eerste basispatroon (stijging op t1) maar de stijging op t2 bij controlegroep is afwijkend.

Tabel 4.52 Benevolentie (min. 1, max. 4)

	t0	t1	t2
Experimenteel	2,85	3,05*	2,82+
Controle	2,96	2,71*	3,00+

* verschil met t0>5%; + verschil met t1>5%

ZELFWAARDERING (NIVEAU IV, INTEGRATIE)

De experimentele groep daalt op t1 en herstelt zich op t2. De controlegroep is stabiel. Het betreft een afwijkend patroon.

Tabel 4.53 Zelfwaardering (min. 1, max. 4)

	t0	t1	t2
Experimenteel	2,75	2,61*	2,77+
Controle	2,75	2,79	2,88

* verschil met t0>5%; + verschil met t1>5%.

IMPLICIETE LEVENSBESCHOUWING (NIVEAU IV, INTEGRATIE)

Het percentage interviews met een impliciete levensbeschouwing die in de categorie 'aanvaarding' vallen neemt in de experimentele groep toe op t1 en stijgt op t2 nog verder. Dit is in lijn met het eerste basispatroon. Het resultaat in de controlegroep is echter afwijkend: afname op t1 en toename op t2. Dat wordt verklaard door het relatief grote aantal verschillende labels dat over een relatief klein aantal interviews in de controlegroep verdeeld wordt. Dit item zou dus kunnen gelden als een indicatie voor een toename op integratie maar wordt, als gevolg van de afwijkende resultaten in de controlegroep, terzijde gelaten.

Tabel 4.54 Percentage interviews met categorie aanvaarding

	t0	t1	t2
Experimenteel	29,0%	35,5%**	45,2%++
Controle	41,7%	25,0%**	41,7%++

** verschil met t0>10%; ++ verschil met t1>10%.

Resultaten per criterium voor de constructie van zin

Wanneer we de resultaten per criterium groeperen op patroon ontstaat het beeld dat in de tabel op de volgende bladzijde is weergegeven.

Tabel 4.55 Indicatoren per patroon met resultaten voor de experimentele groep, percentages tov t0

<i>CRITERIA</i>	PATROON	FORMELE KENMERKEN	VERTELNIVEAU	GRAMMATICAAAL NIVEAU	EPISODISCH NIVEAU	PLOTNIVEAU
Coherentie	[1]		Vertelvlotheid (t1:+34%, t2:+43%) Toon: t-cluster (t1 :+6,4%)	Tijdsindex (t1: +8,9%) Causale index (t1 : +5,5%) Waarderingsindex (t1: +21%, t2: +25%)	Narratieve kwaliteit t1: +5,6%,	Verhaalordening (t1: +22%, t2: +12%) Zinvolle samenhang (t1: +12%, t2: +15%)
	[2]	Aantal woorden (t2: -12%)				
Differentiatie	[2]				Aantal personen (t2: +3,6%) Verhaallijnen (t2: 0,0%)	
Openheid	[2]				Lange verhaallijnen: coping (t2: -3,9%) Episodes met sequenties (t2: -0,2%)	
Verzoening/ Integratie	[1]		Vertelvlotheid (t1:+34%, t2:+43%) Toon: z-cluster T2: +9,7%	Waarderingsindex: positief (t0: +22%, t1: +31%)	Functie reminiscentie: instr./integr. (t1: +6,6%, t2 :9,0%) vs. obs./esc. (t1 : -4,5%, t2 :-9,1%)	Zinvolle samenhang (t1: +12%, t2: +15%)
	[2]				Functie reminiscentie: integr. (t2: 3,3%)	Aspect van het plot: komisch/romantisch (t2:
Mastery/ Sturing	[1]				Functie van de reminiscentie: instr. (t1: +6,0%)	
	[2]			Propositie-index: 1ev (t2: +3%)		Aspect van het plot: roma (t2: -3,3%)

Patronen in de resultaten

Het algemene beeld dat in de eerste twee basispatronen ontstaat is het volgende: In de experimentele groep is er sprake van een (gematigd) positief effect of een stabilisering op t1 en een toename, stabilisering of afname op t2. In de controlegroep is er doorgaans sprake van een geleidelijke daling. Meer specifiek gaat dit beeld vooral op voor de criteria ‘coherentie’ en ‘integratie’.

Tabel 4.56 Aantal items per criterium

	Basispatroon 1	Basispatroon 2	Afwijkend
Coherentie	8	1	4
Differentiatie	-	2	3
Openheid	-	2	1
Verzoening/integratie	5 (6) ⁹	2	5 (4) ⁹
Mastery/sturing	1	2	-

Nadere analyse van de resultaten per criterium levert een verrassend inzicht op. Op het criterium ‘coherentie’ wordt in de experimentele groep een positief effect zichtbaar op t1, zowel in het eerste als in het tweede basispatroon (items: aantal woorden, vertelvlotheid, toon: t-cluster, tijdsindex, causale index, waarderingsindex, narratieve kwaliteit van de episodes, verhaalordering en zinvolle samenhang). Alleen voor de items die ook een indicatie vormen voor ‘integratie’ zet het positief effect zich voort op t2 (items: vertelvlotheid, waarderingsindex en zinvolle samenhang). Bij de andere items wordt het effect minder of verdwijnt het geheel. Met andere woorden waar in de controlegroep de kwaliteit van coherentie geleidelijk aan daalt, is er in experimentele groep sprake van een uitgestelde daling op t1.

Op het criterium ‘integratie’ wordt in de experimentele groep het effect zichtbaar op t2 (items: vertelvlotheid, toon: z-cluster, waarderingsindex, functie van de reminiscentie: integrerend, zinvolle samenhang, aspect van het plot: komisch-romantisch). Alleen bij die items die ook een indicatie vormen voor ‘coherentie’ is reeds een effect op t1 zichtbaar (items: vertelvlotheid, waarderingsindex en zinvolle samenhang). Met andere woorden, waar in de controlegroep de kwaliteit van integratie geleidelijk afneemt, is er in de experimentele groep sprake van een uitgesteld effect op t2.

Bij de criteria ‘differentiatie’, ‘openheid’ en ‘sturing’ is het beeld in de experimentele groep wisselend: soms een stabilisering over t0-t1-t2 zien (items: aantal verschillende personen en verhaallijnen, sequenties: episodes met sequenties en aspect van plot: romantisch) en soms een effect op t1 (items: aard van de lange verhaallijnen: coping en functie van de reminiscentie: instrumenteel) en soms een effect op t2 (item: propositie-index: 1ev).

⁹ Betreft het item ‘impliciete levensbeschouwing: aanvaarding, zie § Impliciete levensbeschouwing (niveau IV, integratie).

Onderlinge samenhang van de items

De vraag in welke mate de items onderling samenhangen is hier met name benaderd langs de weg van het identificeren van patronen die we bij de experimentele groep waarnemen in de ontwikkeling van de kwaliteit van het verhaal kunnen worden onderscheiden: verslechtering, stabilisering en verbetering. De veronderstelling is dat de respectievelijke ontwikkelingen samenhangen met de aard van het plot. Respondenten met een tragisch plot op t0 hebben grotere kans op verslechtering, respondenten met een tragisch aspect op t0, aangevuld met een romantisch en/of komisch aspect hebben kans op verbetering en respondenten met een romantisch-komisch plot op t0 blijven doorgaans stabiel.

Conclusie

‘Wat zijn de effecten van het maken van levensboeken op de structuur en inhoud van de levensverhalen van ouderen in verzorgingshuizen?’, zo luidt vraagstelling van voorliggend deelonderzoek. Hieronder staan de belangrijkste effecten, gevolgd door een discussie.

Belangrijkste effecten

De effecten op structuur en inhoud zijn gemeten aan de hand van vijf criteria voor een goed verhaal: coherentie, openheid, differentiatie, integratie / verzoening en mastery / sturing. Met behulp van het concept constructie van zin zijn deze criteria geoperationaliseerd.

In de experimentele groep is ten aanzien van coherentie sprake van een positief effect op t1 en een uitgestelde daling op t2 bij die items die alleen voor coherentie gelden. Bij items die tevens indicierend zijn voor integratie is ook een positief effect op t2 zichtbaar. In de controlegroep is er sprake van een geleidelijke afname.

Ten aanzien van integratie wordt in de experimentele groep een positief effect zichtbaar op t2. Bij items die ook indicierend zijn voor coherentie geldt een positief effect op t1 en t2. In de controlegroep is er sprake van een geleidelijke afname.

De criteria differentiatie, openheid en sturing geven in de experimentele groep een wisselend beeld: soms stabiliserend, soms een positief effect op t1 en soms een positief effect op t2. In de controlegroep is er ook hier sprake van een geleidelijke daling van de kwaliteit.

Overwegingen bij de effecten

De resultaten bevestigen de hypothese dat de kwaliteit van de constructie van in de levensverhalen toeneemt als gevolg van het maken van levensboeken. Met name de coherentie en de mate van integratie neemt toe. Een aantal aspecten vraagt echter wel om een verklaring.

In de eerste plaats is onduidelijk waarom de kwaliteit van de constructie van zin in de controlegroep afneemt. Verondersteld was dat de kwaliteit in de controlegroep stabiel zou blijven of licht zou verbeteren, als gevolg van het feit dat zowel het meetinstrument als de interventie processen van (ongerichte) reminiscentie op gang gebracht hebben. De afnemende gezondheidstoestand van ouderen in verzorgingshuizen kan verklaren waarom de narratieve competentie gestaag afneemt in de controlegroep. Deze veronderstelling wordt ondersteund door het feit dat ouderen in verzorgingshuizen doorgaans een zwakke gezondheid hebben en dat 24% van de bewoners symptomen van depressie vertoont (Stuurgroep kwaliteitskader 2008). Het maken van een levensboek zou deze teruggang afremmen en zelfs positief beïnvloeden. Een tweede verklaring, meer in lijn met de sociaal constructionistische theorie, is dat de ouderen in de controlegroep gedurende het verloop van het onderzoek er steeds minder zin in kregen om hun levensverhaal te vertellen. Er wordt voor hun gevoel niets met hun levensverhaal gedaan, dus waarom zouden ze zich er dan voor inspannen om het nog een keer te vertellen? Deze verklaring wordt ondersteund door het feit dat relatief veel respondenten uit de controlegroep hun medewerking aan het onderzoek tussen t1 en t2 hebben beëindigd met de mededeling dat ze er de zin niet meer van inzagen. Als deze verklaring hout snijdt, betekent dat dat de positieve effecten in de experimentele groep wel het gevolg zijn van de levensboekinterventie, maar dat het verschil met de resultaten uit de controlegroep vertekend is, omdat die lager zijn uitgevallen als gevolg van het gebrek aan interesse. Dat impliceert ook dat de interesse van de verzorgenden voor de levensverhalen van hun bewoners en de aandacht die de verzorgenden hebben besteed aan het maken van het levensboek een belangrijke oorzaak is voor de toename van de kwaliteit van het levensverhaal.

In de tweede plaats is het onduidelijk waarom er bij een aantal items sprake is van een hoger beginniveau van de controlegroep. Hiervoor hebben we geen andere verklaring kunnen vinden dan dat het toeval is, mede ontstaan door de kleine aantal respondenten in de controlegroep. Dit vormt, naast de invloed die het gebrek aan zin om te vertellen op de kwaliteit kan hebben gehad, een tweede reden om voorzichtig om te gaan met de resultaten uit de controlegroep.

In de derde plaats is er een opvallend verschil tussen het effect op coherentie en het effect op integratie. Bij coherentie is er een positief effect waarneembaar op t1, waarna de afname inzet, op vergelijkbare wijze als in de controlegroep. Bij integratie is een positief effect waarneembaar op t2. Alleen bij de items die zowel voor coherentie als voor integratie gelden is zowel op t1 als t2 sprake van een effect. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de effecten op coherentie vooral gezien moeten worden als een cognitief leereffect. Doordat de bewoners in maar liefst 7 bijeenkomsten delen van hun levensverhaal vertellen, neemt de samenhang in het verhaal toe. Als na afronding van het levensboek het vertellen stopt neemt ook de kwaliteit van de coherentie af. Bij integratie wordt mogelijk een beroep gedaan op andere mentale functies. Het gaat hier niet alleen om de semantische ordening maar vooral ook om de moed om ingrijpende en negatieve gebeurtenissen onder ogen te zien en om het vermogen om die gebeurtenissen te aanvaarden als *het eigen* leven, zonder daardoor emotioneel overspoeld te worden. Het proces van aanvaarding is complexer van aard en vraagt om meer tijd. Het maken van een levensboek, zo zou je kunnen veronderstellen, rakelt het

verleden op (wat goed te zien is aan het item lange verhaallijnen: coping) en het kost tijd en copingsarbeid om met het opgerakelde verleden in het reine te komen, wat leidt tot het uitgestelde positieve effect op t2 (Janoff-Bulman 1992). Dat dit als zwaar ervaren kan worden correspondeert met het feit dat de respondenten uit de experimentele groep de gesprekken met de verzorgenden minder aangenaam vonden dan de respondenten uit de controlegroep, waar waarschijnlijk enkel positieve zaken aan de orde zijn geweest.

In de vierde plaats is het de vraag waarom we wel effecten constateren ten aanzien van de constructie van zin en niet of nauwelijks ten aanzien van het welbevinden van de respondenten. In het project was een dergelijk verband toch verondersteld en de inzichten uit het kwalitatieve deel zouden de verklaring moeten bieden voor effecten op het kwantitatieve deel. De volgende verklaringen dienen zich aan: 1) Er bestaat überhaupt geen verband tussen de kwaliteit van de constructie van zin in levensverhalen en het welbevinden van ouderen in verzorgingshuizen. 2) Er is mogelijk wel een verband, maar de gebruikte meetinstrumenten zijn niet in staat geweest om het te meten. 3) De gezondheidstoestand van ouderen (80+) in verzorgingshuizen is relatief zo laag en staat zozeer onder invloed van snel opeenvolgende verlieservaringen dat eventuele positieve effecten op het welbevinden gemakkelijk worden uitgedoofd, terwijl deze omstandigheden minder invloed lijken te hebben op de kwaliteit van het levensverhaal. Wij opteren voor de laatste optie. In de slotbeschouwing zal hierop worden teruggekomen.

Ten slotte vragen twee mogelijk bezwaren tegen de opzet van dit onderzoek nog om aandacht. Allereerst de vraag of ouderen door het maken van een levensboek niet gedwongen worden hun verhaal te stileren in patronen die eigenlijk niet bij hen passen. Uit de resultaten blijkt voor de experimentele groep een toename op t2 van het komische aspect en een afname van het tragische aspect en dat het romantische aspect stabiel blijft. Kennelijk stimuleert het maken van het levensboek de ouderen ertoe om op termijn de verhalen meer hoopvol en minder tragisch te vertellen. Dat effect doet zich niet voor bij de controlegroep. Daar valt op dat juist het romantische aspect afneemt en de tragische en cynische aspecten toenemen.

Tabel 4.57 Aspecten van het plot, in percentages

	t0 exp	t1 exp	t2 exp	t0 cntr	t1 cntr	t2 cntr
<i>Romantisch</i>	58,1	54,8	54,8	41,7	33,3	25,0
<i>Komisch</i>	54,8	54,8	67,7	50,0	58,3	58,3
<i>Tragisch</i>	51,6	58,1	35,5	58,3	75,0	66,7
<i>Cynisch</i>	0,0	3,2	0,0	8,3	0,0	16,7

Dit bevestigt inderdaad het vermoeden dat de respons van de verzorgenden op de vertelde verhalen wel degelijk de constructie van die verhalen beïnvloed. Ze worden in een positievere toonsoort verteld. Zonder de levensboekinterventie, dus zonder de feedback van verzorgenden op het levensverhaal, krijgen de negatieve tonen de overhand en neemt ook het romantische aspect af, dat wil zeggen wordt er minder verteld over wat men in het leven gepresteerd heeft en

hoe men moeilijkheden heeft overwonnen. Het is de vraag of dit als een positief effect moet worden beschouwd of als een onwelkome beïnvloeding van de ouderen. Voor de beantwoording van die vraag is het belangrijk om te beseffen dat zowel ouderen als verzorgenden in het proces niet worden aangemoedigd om vooral de positieve tonen te benadrukken. Integendeel, de vragen uit de methode *Open Kaart* gaan de negatieve gebeurtenissen niet uit de weg. De verandering in toon is dus niet het gevolg van een doelgerichte beïnvloeding. Beter is het om te stellen dat deze verandering in het proces ontstaat en precies in die tijd dat het maken van het levensboek is afgesloten. De suggestie dat de ouderen in een narratief keurslijf worden gedwongen kan daarom beter vervangen worden door de conclusie dat intensieve aandacht voor hun levensverhalen ouderen stimuleert om in dialoog actief te zoeken naar een adequaat levensverhaal. Een verhaal dat ruimte biedt aan de eigen kracht (romantisch) en aan hoop. In de tweede plaats is er de vraag of de gekozen criteria niet een normatief beeld weerspiegelen waaraan ouderen eigenlijk niet kunnen voldoen, nl. dat coherentie, openheid, differentiatie, integratie en sturing idealen zijn die beter passen bij flexibele, volwassen en gezonde mannen met een voorkeur voor consumptie en carrière dan bij hoogbejaarde bewoners van een verzorgingshuis. Het feit dat de resultaten voor 'openheid', 'differentiatie' en 'sturing' geen duidelijk beeld laten zien, bevestigt het vermoeden dat deze criteria niet de meest aangewezen zijn om de kwaliteit van levensverhalen in de vierde leeftijd te meten. Voor coherentie en met name integratie geldt dat wel, wat in lijn is met de eerder beschreven theorie rond life review.

5. Implementatie

In onderstaande bijdrage wordt toegelicht hoe tot op dit moment binnen het project is gewerkt en wat tot stand is gebracht. Het was in eerste instantie vooral werk achter de schermen. Daar is bewust voor gekozen om de methodiek *Open kaart* te laten rijpen, effecten gaandeweg in beeld te krijgen, een analyse instrument te ontwikkelen én te kunnen werken aan de opbouw van een netwerk.

In de laatste twee jaar van het project (2007 – 2008) zijn daadwerkelijk stappen gezet om te werken aan implementatie. Verschillende elementen, stappen en activiteiten worden beknopt aangeduid. Vervolgens wordt aangegeven welke toekomstmogelijkheden worden gezien om ook ná beëindiging van dit project voort te gaan met het werk maken van implementatie in de ouderenzorg.

Basis voor het werken met levensboeken is de visie op zorg, die werkenderwijs is ontwikkeld en die getypeerd kan worden met: inzet voor betekenisgerichte zorg, waarin relaties centraal staan (zorgethiek). Het komt aan op participatie, trouw, aandacht, erkenning van de ander en oog voor continuïteit in het levensverhaal van mensen. De overtuiging is gegroeid dat een narratieve benadering deze zienswijze kan ondersteunen en relevant is voor ontwikkelingen binnen de ouderenzorg.

Implementatie: effectief werken met levensboeken

Implementeren is een werkwoord: je moet het doen en tegelijkertijd leren van je werkwijze en ervaringen. Zo is ook de route geweest bij dit onderzoeksproject, waarbij het werken met levensboeken vooraf ging aan, parallel liep met en versterkt werd door het onderzoek.

Voorafgaand aan de start van het project (2004 – 2008) was reeds enige ervaring opgedaan door Reliëf – en haar voorlopers PVO, CVZ, CVZKVZ. Reeds vanaf 1998 wijst Reliëf op het belang van aandacht voor levensverhalen in de ouderenzorg. In 2000 verscheen de brochure *'In balans, aandacht voor levensverhalen en het opmaken van de levensbalans in de ouderenzorg'*. Deze brochure werd herschreven in samenwerking met Arcares tot de uitgave *'In balans, aandacht voor levensverhalen en levensbalans in de ouderenzorg'* (Arcares Utrecht december 2001). Hierop kwam veel reactie uit het werkveld. Een aantal cursussen 'In balans' werd gegeven, verspreid door het hele land en in Antwerpen (in totaal werden rond de 100 medewerkers in woon- en zorgcentra getraind).

Op 6 januari 2004 nam Wout Huizing deel aan de expertmeeting van ZonMw, waarin werd aangegeven dat er binnen het programma Gezond Leven ruimte gemaakt wordt voor een vierjarig onderzoeksproject naar de aandacht voor levensverhalen in de ouderenzorg. Welke effecten zijn daarvan te verwachten? De opdracht om te komen tot implementatie van een te ontwikkelen methodiek was van groot belang. Het huidige onderzoek is hier uit voortgekomen.

In de eerste maanden werd gewerkt aan de ontwikkeling van de methodiek (zie hierboven bij de beschrijving van de interventie), de werving van mogelijke zorginstellingen om mee te doen aan dit project, consultaties en gesprekken met deskundigen t.a.v. levensverhalen en ouderen, de opzet van een training voor verzorgenden, en het schrijven van een beknopte handleiding voor voeren van gesprekken met ouderen en het maken van levensboeken.

Implementatie-indicatoren

In dit slotrapport sluiten we aan bij de implementatie-indicatoren die uit een overzicht van vele ZonMw-projecten is ontstaan (Ravensbergen & Zandvliet 2006). Voor ZonMw werd in de afgelopen 10 – 15 jaar duidelijk dat alleen onderzoeken en het ontwikkelen van programma's onvoldoende is om vernieuwing in de zorg te realiseren. Voor blijvende verbeteringen zijn inspanningen op het vlak van kennistoepassing en implementatie onontbeerlijk. Als basis voor 'kennistransfer en implementatie' worden in deze uitgave o.a. genoemd:

- Elk resultaat verdient een eigen vervolg
- Effect(iviteit) van het project
- Kennistransfer en implementatie vergt een actieve aanpak
- Het belang van een goed netwerk
- Een resultaat uit één project is nooit de eenheid van implementatie
- Landelijke uitrol van innovaties en kwaliteit
- Leren implementeren

Elk resultaat verdient een eigen vervolg

Een aantal 'resultaten' op een rij:

- Er is een eigen methodiek ontwikkeld (gestart als *Open Kaart*).
- Er is een uitgave verschenen bij Bohn Stafleu van Loghum, met handleiding én methodiek *Mijn leven in kaart* (Huizing & Tromp 2007). (in overleg met de uitgever is besloten *Open Kaart* te wijzigen in *Mijn leven in kaart*). Van deze uitgave zijn per 1 nov. 2008 ruim 1000 exemplaren verkocht.
- Er is een scholingsmodule voor verzorgenden en vrijwilligers.
- Er is ervaring opgedaan in het trainen van verzorgenden en vrijwilligers om te werken met deze methodiek.
- Er zijn interviews met ouderen beschikbaar die hebben deelgenomen aan het onderzoek en die data leveren voor onderzoek.
- Er is een overzicht van de effectmetingen.
- Een analyse instrument is ontwikkeld voor het systematisch analyseren van de levensverhalen van ouderen.
- Een succesvol project 'zorgvrijwilligers' – opgezet door HOF – in Den Haag loopt 2 ½ jaar: per november 2008 zijn 140 vrijwilligers zijn getraind, 75 levensboeken gemaakt; prijzen werden behaald, waaruit de maatschappelijke relevantie van het project blijkt: De Samen Sociaal Prijs van de Provincie Zuid-Holland (3^e prijs, 2006), de Piet Vinkenprijs van de

gemeente Den Haag (2007) en de nominatie voor de Appeltjes van Oranje (laatste 10 genomineerden 2009 Oranjefonds).

- Trainingen van vrijwilligers op verschillende plaatsen in Nederland.¹⁰
- Breed netwerk ontwikkeld van organisaties en personen die de aandacht voor levensverhalen in de ouderenzorg stimuleren.
- De website www.zorgvoorhetverhaal.nl is operationeel in april 2009.

Er is een aantal wetenschappelijke publicaties verschenen over het project:

- R.R. Ganzevoort & J. Bouwer, 'Life story methods and care for the elderly. An empirical research project in practical theology'. In: Ziebertz, H.-G. & Schweitzer, F. (eds.) *Dreaming the land. Theologies of Resistance and Hope*. Münster: LIT, 2007, 140-152.
- Thijs Tromp & R. Ruard Ganzevoort, 'Narrative competence and the meaning of life. Measuring the quality of life stories in a project on care for the elderly.' In: Francis, Leslie J., Robbins, Mandy & Astley, Jeff (eds.) *Empirical Theology in Texts and Tables. Qualitative, Quantitative and Comparative Perspectives*. Leiden: Brill, 2009, 197-216.
- Thijs Tromp en Johan Bouwer, Narrativiteit, levensboeken en constructie van zin. Naar een instrument voor het meten van de effecten van het maken van levensboeken op de constructie van zin in het levensverhaal. In: *Psyche en Geloof* 18(3), 2007, 136-152.

Er zijn verschillende populaire en beroepsgerichte publicaties over het project verschenen. We noemen hier:

- Wout Huizing, 'Oud maar niet af, overwegingen bij zorgvisie en zorgaanbod', in: Paul Mulders, *Oud maar niet af*, Tilburg 2005.
- T.Tromp, 'Werken met levensboeken: oefening in respect', *De Wijnpers*, 36/4, 2005.
- W. Huizing, 'Verhalenderwijs, over het belang en betekenis van levensverhalen', in: *Verhaal halen, verhalen van mensen rond de Oosterkerk*, 2005, 3-12.
- Wout Huizing, 'Ik zou er wel een boek over kunnen schrijven' in: *Open Vensters, oecumenisch maandblad voor ouderen*, februari 2005, 4-6.
- Thijs Tromp, 'Een wereld van verhalen. Methodiekverkenning in kort bestek', *Geron, Tijdschrift over worden & maatschappij* 7(4), 2005, 8-11.
- Ruard Ganzevoort, 'Finale of epiloog. De functie van levensverhalen bij het ouder worden', *Geron, Tijdschrift over worden & maatschappij*, 7(4), 2005, 4-7.
- M.E. v.d. Brandt, E.v.d.Helm, W. Huizing, T. Tromp en S.Vink, *Levensboeken, ouderen in gesprek met vrijwilligers over hun levensverhaal*. (De handleiding *Open Kaart* herschreven voor vrijwilligers), Den Haag 2006.
- W. Huizing en T. Tromp, 'Werken met levensboeken in de praktijk van de ouderenzorg', in: E. Bohlmeijer, L. Mies, G. Westerhof (red), *De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*, Houten, 2007, 401-414.

¹⁰ Bijv. Centrum Ouderen Levensvragen in Nijmegen, Stichting Welzijn Ouderen in Montfoort

- Wout Huizing en Thijs Tromp, *Mijn leven in kaart. In gesprek met ouderen over hun levensverhaal*, Houten 2007.
- Han Koolhof, *Mijn leven in kaart*, Ieder mens ís zijn eigen verhaal. Interview met Wout Huizing en Thijs Tromp in *GGZ nieuwsbrief* 10, 2007, 1-2.
- Ernst Bohlmeijer, Thijs Tromp & Bill Randall, *Leerprogramma narratief werken. Toepassing in het hoger beroepsonderwijs*. Utrecht: Trimbosinstituut 2007 (www.trimbos.nl)
- Suzanne Verbaan, 'Levensboek greep op je verleden. Interview met Wout Huizing en Thijs Tromp', *Algemeen Dagblad, bijlage Diagnose* 21 januari 2008.
- Marjolein Wolf, 'Levensverhalen: de sleutel tot welbevinden', in: *Actieveiten Sector*, 5, mei 2008 (verslag workshop Wout Huizing op congres Cerein, verhalen verbinden).
- Marcelle Mulder, 'Aandacht voor levensverhalen', *Cliënt & Raad*, juli 2008.
- Wout Huizing, 'Mijn leven in kaart, met ouderen in gesprek over hun levensverhaal', *Bulletin Werk en Dagbesteding*, 2, 2008, 17-21.
- Artikelen van Wout Huizing, Thijs Tromp en Esmé v.d. Helm in het kwartaalblad *Zin in Zorg* van Reliëf, christelijke vereniging van zorgaanbieders, gedurende de periode 2004-2008.

Als *vervolg* op deze resultaten:

- De methodiek is beschikbaar gekomen middels de uitgave *Mijn Leven in Kaart*. De uitgever én Reliëf spannen zich in deze uitgave wijd en zijd bekend te maken.
- Aanvullend op de uitgave *Mijn leven in kaart* verschijnt april 2009 een nieuwe uitgave voor het maken van levensboeken en gesprekken voeren over het levensverhaal met dementerende ouderen. Auteurs zijn Marie-Elise v.d. Brandt – van Heek en Wout Huizing. De titel van deze methode is *Mijn leven in fragmenten*.
- Trainingen aan verzorgenden en vrijwilligers gaan dóór. Voor het trainen van vrijwilligers wordt o.a. aansluiting gezocht bij vrijwilligersorganisaties, stichtingen Welzijn ouderen, kerken en ouderenbonden.
- Samen met ActiZ wordt gewerkt aan een uitgave waarin deze aandacht voor levensverhalen direct verbonden wordt aan het door ActiZ ontwikkelde zorg/leefplan, waarin de 'normen van verantwoorde zorg' nader worden uitgewerkt. Eén van deze domeinen is het 'mentaal welbevinden'. Daarbinnen is de aandacht voor het levensverhaal van de oudere verder te verankeren.
- De levensboeken, verslagen en interviews zijn geanalyseerd en de resultaten van de effectmetingen worden gepubliceerd en breed onder de aandacht gebracht.
- In 2009 is een dissertatie voorzien van Thijs Tromp waarin analyse-instrument en verantwoording van het onderzoek is te lezen.
- Het vrijwilligersproject van HOF in Den Haag krijgt verschillende varianten: levensboeken maken met thuiswonende ouderen, met

migranten, met mensen die te maken hebben met niet-aangeboren hersenletsel, met dementerende ouderen.

- Het 'model' waarmee HOF werkt, zal breed onder de aandacht worden gebracht (o.a. door de nominatie voor de Appeltjes van Oranje zal dit verder uit te bouwen zijn).
- Een nieuwe inzet is een pilot om gesprekken over het levensverhaal te voeren met ouderen die binnen afzienbare tijd gaan verhuizen naar een verzorgingshuis. Dit zal worden uitgevoerd door vrijwilligers, met gebruikmaking van 'mijn leven in kaart'. Deze pilot is opgezet in samenwerking met Stichting Mara in Den Haag.
- Het netwerk wordt onderhouden, uitgebreid en zo mogelijk ondersteund. Belangrijk hulpmiddel hierbij is de website (www.zorgvoorhetverhaal.nl) met gelegenheid voor nieuws- en informatie-uitwisseling.

Er liggen plannen klaar voor nieuwe publicaties.

Effect(iviteit) van het project

De analyses die in dit slotrapport verwerkt zijn, brengen de effectiviteit in kaart. Die wordt met name gevonden in de ervaren baat en de constructie van zin.

Implementatie vergt een actieve aanpak

Een actieve aanpak is er in vele opzichten geweest. In de periode 2006 – 2008 zijn ruim 40 workshops en presentaties gegeven, onder meer voor de Universiteit Tilburg, Vrije Universiteit, CH Ede en CH Windesheim, Centrum Ouderen en Levensvragen Nijmegen, Cerein, GGZ-Groningen en ActiZ. Daarnaast zijn zo'n 20 groepen van vrijwilligers getraind (totaal ca. 170), onder meer in Nijmegen, Den Haag en Montfoort.

Een bijzonder moment was het jaarcongres van Reliëf op 7 maart 2008. Tijdens dit congres met als thema 'zorg voor het verhaal' werd breed aandacht gegeven aan de thematiek en aan de methode. Zo was er een workshop over de ontwikkelde levensboekmethode, een hoofdlezing van de projectleider over narratieve benaderingen, en een 'verhalenmarkt' waar twintig narratieve benaderingen zich presenteerden aan de honderden congresgangers. Dit congres was ook van belang voor het uitbouwen van het netwerk, en als teken dat Reliëf zich structureel op de thematiek van narratieve benaderingen in de zorg (waaronder levensboeken) profileert.

Netwerkontwikkeling

Er is gewerkt aan het netwerk om de aandacht voor levensverhalen in de ouderenzorg te stimuleren. Zonder volledig te zijn, noemen we:

- **ActiZ** (koepelorganisatie Ouderenzorg en Thuiszorg),
- **STING** en **bureau Kwiek**
- **Vilans** (met name samenwerkingsverband in het kader van het expertisecentrum ouderen & levensvragen)
- **Protestantse Kerk Nederland**
- **Trimbos** (o.a. via het project 'verhalen in beeld': in gesprek met ouderen rondom een verhalentafel)

- **PCOB en Unie KBO.**
- Vrijwilligersorganisaties als **HOF** Den Haag
- **Protestantse Theologische Universiteit Kampen:** niet alleen in dit onderzoeksproject, maar ook in het aanbieden van de ‘masterclass ouder worden in perspectief’.
- **VU- Amsterdam:** via hoogleraar Ruard Ganzevoort, projectleider van dit ZonMw project: mogelijkheden voor (inter)nationale aandacht voor dit project om te werken met levensboeken.

Met een uitgebreid netwerk van ‘experts’ die hun sporen op het terrein van reminiscentie / levensverhalen in de ouderenzorg hebben verdiend, zijn in de loop van het project contacten geweest, onder meer door een expertmeeting aan het begin en een kleinschalige conferentie bij de afronding van het project. We noemen o.a. Pollo Hamburger (www.reminiscentie.nl), José Franssen, Ineke Regina Uytendenboogaardt (PKN), Ernst Bohlmeijer (Trimbos instituut/ Universiteit Twente), Gerben Westerhof (Radbouduniversiteit Nijmegen), Lausanne Mies, Anne van Delft (Primo), Monique Rooijmans, Angélika Koot-Fokkink, Gerdienke Ubels (ActiZ), Marie-Elise v.d. Brandt (Mea-Vita), Carolien Smits (Trimbos, Christelijke Hogeschool Windesheim), Patricia van de Brink (Sting/ Bureau Kwiek), Merel van Uden (Sting), Hilde Ham (Uniek& anders, Cerein), en de leden van de begeleidingscommissie.

Eén resultaat uit één project is nooit de eenheid van implementatie

Dit gegeven heeft er mede toe geleid dat nadrukkelijk gezocht is naar verbinding en aanknopng met andere projecten en methodieken die zijn ontwikkeld. De visie is dat de inzet en activiteiten van vele betrokkenen de aandacht voor levensverhalen in de zorg ten goede zal komen. Er wordt niet gedacht vanuit ‘concurrentie’, maar gepoogd krachten te bundelen en de vele ingangen en mogelijkheden onder de aandacht te brengen. Als voorbeeld enkele verbindingen die zijn gemaakt:

- In Den Haag is jarenlange ervaring opgedaan met de methodiek ‘wonen en werken met een verhaal’ binnen Mea Vita Den Haag. Deze aanpak werd in najaar 2006 erkend als ‘innovatief’ in het werken met dementerenden en ontving de Kwaliteit van Leven Prijs 2006 van de Leo Cahn Stichting. De afstemming van deze methodiek met ‘Mijn Leven in kaart’ leidt tot aanvullende uitgave om gesprekken over het levensverhaal met dementerenden aan te gaan en levensboeken/ themaboeken samen te stellen. Marie Elise-v.d.Brandt werkt reeds jaren als psychologe binnen Mea Vita met ‘wonen en werken met een verhaal’, is mede trainster binnen het vrijwilligersproject van HOF en heeft met Wout Huizing een vervolg op *Mijn leven in kaart* geschreven: *Mijn leven in fragmenten*, in gesprek met dementerenden over hun leven.
- Een eerste experiment is gehouden om *Mijn leven in kaart* in te zetten binnen hospices bij het opmaken van de levensbalans. De implementatie kan wellicht worden verbreed naar gebruik binnen de palliatieve zorg. Freelancer Gonnie Janssen heeft dit ontwikkeld voor het Johannes Hospitium te Vleuten. Op basis van de opgedane ervaringen wordt gekeken worden naar verdere verbreding.

- Vanuit het Trimbos Instituut (Carolien Smits) is gewerkt aan 'verhalen in beeld': een zelfde initiatief om binnen de zorg aandacht voor het levensverhaal van ouderen te hebben. Wout Huizing had zitting in de klankbordgroep bij de ontwikkeling van dit project.
- ActiZ werkte in de afgelopen jaren aan 'normen verantwoorde zorg' en stelde een model zorg/leefplan op. Verbinding wordt gezocht naar verankering van de aandacht voor levensverhalen met dit zorg/ leefplan (met name binnen het domein 'mentaal' welbevinden').
- De ontwikkelde methodiek 'mijn leven in kaart' bleek een goede methode om binnen de bij HOF, Haags Vrijwilligerswerk levende visie om een nieuwe vorm van vrijwilligerswerk op te zetten, te integreren. Zo versterkten de inhoud van de methodiek én de visie op vrijwilligerswerk elkaar (vrijwilligerswerk tijdens afgebakende periode van 3 maanden, contacten met ouderen, schrijven, interesse voor geschiedenis)
- De publicatie 'de betekenis van levensverhalen' (Bohlmeijer, et al. 2006), waarin ook een bijdrage over (toen nog) *Open Kaart* is van groot belang om het onderzoeksterrein én praktijkervaringen inzichtelijk te maken voor een breed publiek.
- Sting/ bureau Kwiek ontwikkelde een 'praktisch en inspirerend hulpmiddel bij het werken met het Zorgleefplan: De Kunst van het ouder worden. Er werd meegedacht over de interpretatie van de uitkomsten van een pilot in Den Haag en er zal samen worden gewerkt bij de verdere uitwerking van de implementatie hiervan. Een eerste stap hierin is een gezamenlijk georganiseerd 'ronde tafel gesprek' met bestuurders/ managers over de implementatie van levensverhalen in het primaire zorgproces en in aansluiting op het Zorgleefplan, voorjaar 2009.
- Studente Marije Zeldenrijk (VU) heeft in zorgcentrum Magnushof in Schagen een verkennend onderzoek gedaan naar de mogelijkheden en voorwaarden van het inzetten van levensboekmethoden en de aansluiting bij de zorgvisie van de instelling.

Landelijke uitrol voor innovatie en kwaliteit

Zowel vanuit Reliëf, PThU Kampen als Kaski zijn en worden de resultaten landelijk onder de aandacht gebracht: publicaties, congressen, workshops, trainingen. Ook is een start gemaakt met de begeleiding van een implementatietraject binnen een woon- en zorgcentrum.

De organisatie van en de ervaringen die zijn opgedaan binnen het vrijwilligersproject van HOF (Den Haag), geven alle aanleiding om te denken aan mogelijkheden voor een landelijke uitrol. Een vaste structuur van werving vrijwilligers, introductie-moment, training (en selectie) van vrijwilligers, koppeling vrijwilligers - ouderen in verzorgingshuizen, begeleiding, 'levensboekencafé's en nieuwsbrieven blijkt een prima werkwijze.

Leren van ervaringen

We nemen ter harte wat bekend is over de succesfactoren bij implementatie. Het succes van een implementatietraject wordt voor een groot deel bepaald door personen: gemotiveerde kartrekkers zijn van groot belang voor het verkrijgen

van draagvlak en medewerking op alle niveau's. Een aantal 'kartrekkers' hebben we in beeld. Met hen zal worden samengewerkt om een narratieve benadering in de zorg ingang te laten vinden. Eén van de ervaringen is dat een gericht aanbod van de interventie van groot belang is.

Nadrukkelijk komt naar voren dat niet voor elke oudere het maken van een levensboek 'goed' is. Niet elke oudere in een verzorgingshuis 'moet' een levensboek maken. Afstemming op vragen en behoeften is uitgangspunt. Nader onderzoek lijkt gewenst om heldere criteria te formuleren voor wie het maken van een levensboek wél en niet geschikt is.

Een andere ervaring is dat het aanbieden van een structuur om aandacht te hebben voor het levensverhaal van ouderen niet eenvoudig is: tijdsdruk speelt een rol in de beleving van verzorgenden en de goede organisatievoorwaarden zijn er lang niet altijd. Daarnaast ontbreekt soms de visie dat deze aandacht 'werk' is. Bovendien is er sprake van een vrij groot verloop van personeel én de kwetsbare situatie van ouderen (13% overleed gedurende de interventies van verzorgenden binnen het project), waardoor de continuïteit van deze interventie onder druk wordt gezet. Implementatie zal zich dus nadrukkelijk moeten richten op de visie op zorg én visie op ouderen en de randvoorwaarden voor de organisatiestructuur in beeld moeten brengen. Daarbij is motivatie van werkers én ouderen van groot belang.

Het project heeft nieuwe visies opgeroepen t.a.v. ouderen en de wijze waarop zij hun levensverhaal vertellen. Deze visies worden meegenomen in de 10-daagse masterclass *Ouder worden in perspectief* (studieleiders Frits de Lange en Wout Huizing) en het netwerk 'existentiële gerontologie' dat is geïnitieerd door prof. dr.F.de Lange (Protestants Theologische Universiteit), dr. Ernst Bohlmeijer (Universiteit Twente) en drs. Thijs Tromp (Reliëf).

Vermeldenswaard zijn ten slotte de bijeenkomsten met deskundigen en zorgverantwoordelijken waarin over het onderzoek en de uitkomsten ervan is gesproken en waarin hun reacties zijn verzameld met het oog op verdere ontwikkeling en deze rapportage.

6. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk vatten we de belangrijkste uitkomsten samen met het oog op vervolgonderzoek en verdere implementatie. Daarbij tekenen we allereerst aan dat het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksdeel in een andere verhouding tot elkaar zijn komen te staan dan beoogd was. Waar in de opzet het kwalitatieve onderzoek ingezet zou worden voor de effectverklaring van wat in de kwantitatieve analyse zou worden gevonden, is bij de uitvoering gebleken dat het kwalitatieve onderzoek meer effecten heeft laten zien dan het kwantitatieve. Op de oorzaken daarvoor gaan we hierna nog in, maar het is in elk geval een opmerkelijk gegeven dat een (naar wij weten zeldzaam) hermeneutisch effectonderzoek zoveel uitkomst genereert. Eerst beschrijven we de belangrijkste inhoudelijke uitkomsten.

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.

Het is niet echt reëel om bij ouderen met een gemiddelde leeftijd van 85 jaar, die wonen in een verzorgingshuis, op middellange termijn een verbetering van het welbevinden te verwachten. Afname van het cognitief functioneren en mogelijk ook van welbevinden ligt meer voor de hand, wat door meerdere experts bevestigd wordt. Bovendien zijn er veel factoren die het welbevinden beïnvloeden, naast de relatief korte interventie. Dat er in de experimentele groep (en deels ook in de controlegroep) toch nog bij veel items sprake is van een stabilisering van het welbevinden, is al een opvallende waarneming.

Uit het deelrapport naar de effecten op de constructie van zin in de vertelde levensverhalen van de deelnemende bewoners blijkt dat er met name ten aanzien van coherentie en integratie opmerkelijke verschillen ten opzichte van de controlegroep zijn vast te stellen. In beide basispatronen is sprake van een geleidelijke afname in de controlegroep, zoals men mag verwachten bij participanten in deze levensfase en omstandigheden. Des te opmerkelijker is het dat in de experimentele groep over een behoorlijke linie sprake is van stabilisering of zelfs verbetering.

Bij deze uitkomst moet wel direct opgemerkt worden dat veel van het effect met name optreedt op t1, dat wil zeggen als uitkomst van het proces van het maken van het levensboek.¹¹ Daarna zien we in de experimentele groep ongeveer hetzelfde verloop (achteruitgang) als in de controlegroep. Dat klopt met het gegeven dat het levensboek als het eenmaal gemaakt is nauwelijks een rol speelt. De bewoners zijn tevreden over het maken van het levensboek, maar het gebruik ervan blijft beperkt. Kennelijk was het de deelnemers daar ook niet om te doen.

¹¹ Dit geldt niet voor integratie, want dat kan in de experimentele groep juist bij t1 onder druk staan van de verwerkingsarbeid en pas op wat langere termijn gestalte krijgen.

2. De bewoners zijn tevreden over het levensboek, dat voor hen heel verschillende functies vervult.

Het maken van het levensboek was volgens de bewoners goed te doen. De keuze van de thema's werd veelal prettig gevonden evenals de eventuele betrokkenheid van de familie (ook al lukte het vaak niet om mantelzorgers in te schakelen). Men vond het ook niet moeilijk om over het eigen leven te praten. Over het eenmaal vervaardigde levensboek waren de bewoners merendeels tevreden, een waardering die met de tijd nog toenam. We moeten wel opmerken dat er grote verschillen zijn tussen de gemaakte levensboeken: van prachtige boekwerken tot aan elkaar geniete A4-tjes met slordig ingeplakte foto's. Dit lijkt niet zozeer af te hangen van tijd(gebrek) maar ook van opleidingsniveau en van betrokkenheid.

Het maken van een levensboek vervult in de praktijk allerlei functies. Dat blijkt alleen al uit wat de bewoners met hun levensboek doen. Sommigen verzegelen het, anderen kijken er liever niet meer in. Voor nog weer anderen vormt het het begin van een heuse autobiografische carrière. Er zijn er ook enkelen die het prominent op tafel leggen om er met bezoekers over te spreken. De belangrijkste functie van het maken van het levensboek was volgens meer dan de helft van de zorgvragers dat het meer grip op het eigen verleden geeft. Dit betekent overigens nog niet altijd meer vrede met het eigen leven. In dit opzicht is er wel sprake van een ambivalente situatie. Verder verbeterde ook de relatie met de verzorgende die het levensboek met de bewoner gemaakt heeft. Dit geldt niet voor de relatie met de familie, hetgeen vermoedelijk toe te schrijven is aan de beperkte betrokkenheid van de mantelzorgers bij het project. Buiten een onderzoekssetting als die van dit project is het aan te raden te overwegen of vooraf meer duidelijkheid kan worden gegeven over het doel en de mogelijke functies (communicatief, integratief, zorgtechnisch). Voor de betrokkenheid en beleving van de bewoners is dat aan te bevelen, maar de vraag blijft wel of het doel vooraf altijd duidelijk kan worden, of dat het ook tijdens het proces nog weer verschuift. Een van de functies is in elk geval dat het maken van een levensboek met *Open Kaart* kennelijk op een natuurlijke manier leidt tot life review. Blijkbaar bestaat er ten minste bij sommigen de behoefte aan een innerlijk verwerkingsproces. Alleen dat al is een belangrijke uitkomst.

Eenmaal gemaakt functioneert het levensboek zoals gezegd slechts in beperkte mate in de zorgrelaties. Een derde van de bewoners kijkt nog vaak of geregeld in het levensboek, en eveneens een derde soms. Het laten zien van het levensboek aan de familie of verzorging gebeurt minder. Men wordt ook weinig gevraagd naar het levensboek, en wijzigingen in het boek of het laten zien aan medebewoners gebeuren relatief zelden. Er zijn geen gevallen bekend waarin het ook daadwerkelijk een rol heeft gespeeld in de afstemming van de zorg. Daarvoor zijn verschillende redenen te overwegen. Wellicht is de levensboekinterventie te zwaar geworden. Het heeft de deelnemers behoorlijk aangegrepen. Zij zijn wel tevreden met het resultaat en zijn ook blij dat ze het hebben gedaan, maar geven ook regelmatig aan dat het ingrijpend is geweest. Het resultaat leent zich daarom niet voor een verder gebruik. Daarvoor is het te persoonlijk (privacy) en mogelijk ook te confronterend. Ervaringen in andere levensboekprojecten leren echter dat verzorgenden sowieso nauwelijks iets doen met een gemaakt levensboek. Dat ligt vermoedelijk deels aan het opleidingsniveau van de verzorgenden en deels aan

het management dat er niet op aandringt hier werk van te maken. Wel lijken levensboeken in familiekring en herinneringsbijeenkomsten gebruikt te worden. Ook in andere kring, zoals kerkelijk ouderenwerk in Den Haag, worden vervolgesprekken georganiseerd waar ouderen in groepen aan elkaar vertellen wat ze door het maken van het levensboek ontdekt hebben. Dat blijkt succesvol.

Het beperkte gebruik van het levensboek kan er aan hebben bijgedragen dat er wel een effect wordt waargenomen op t1 (als men gedurende een aantal weken actief bezig is geweest met het levensboekproces), maar dat de experimentele groep tussen t1 en t2 (als er zoals gezegd weinig meer met het levensboek gedaan wordt) globaal hetzelfde patroon vertoont als de controlegroep.

3. Aandacht, al dan niet in de vorm van een levensboekmethode, wordt ook blijkens dit onderzoek positief gewaardeerd.

Het effect van aandacht laat zich niet rechtstreeks bepalen, omdat een derde onderzoeksgroep die geen extra aandacht heeft gekregen, niet in het onderzoek was opgenomen. Wel zijn er gegevens over de zelfgerapporteerde baat van de gesprekken, zowel in het kader van het levensboek als van niet-specifieke vormen van aandacht.

Allereerst bleken bewoners en zorgverleners positief over de contacten te zijn, die als prettig en interessant werden ervaren. De bewoners hebben veelal genoten van de gesprekken en voelen zich voor een deel opgewekter en minder eenzaam. Ook de zorgverleners zijn positief en spreken in meerderheid van een toename van vertrouwen, wederzijdse bekendheid, begrip, respect, e.d. Duidelijk is dat extra aandacht, of het nu in de specifieke vorm van het levensboek gebeurt of anderszins, tot een (kortstondige) verbetering van de relatie leidt.

4. Het specifieke effect van een levensboekmethode op welbevinden en kwaliteit van de zorgrelatie boven niet-specifieke aandacht blijkt gering.

In het hier gerapporteerde onderzoek zijn twee vragen beantwoord:

1. leidt de levensboekmethode tot meer welbevinden en beter functioneren van de zorgvrager, i.c. de hoogbejaarde bewoner van een verzorgingshuis?
2. leidt de levensboekmethode tot hogere werkmotivatie en betrokkenheid van zorgverleners en mantelzorgers bij de zorgvrager, en daardoor tot een betere kwaliteit van de zorgrelatie en versterking van het zorgsysteem, i.c. de triade zorgvrager - zorgverlener - mantelzorger?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is een controlegroep gebruikt waarbij de deelnemers een vorm van niet-specifieke aandacht ontvingen. Aldus is gecorrigeerd voor het aandachtseffect. Uit de analyse blijkt dat er nauwelijks statistisch significante verschillen zijn in welbevinden en kwaliteit van de zorgrelatie tussen niet-specifieke aandacht en de gebruikte levensboekmethode. De incidentele verschillen die wel gevonden worden, zijn bovendien niet altijd in het voordeel van de experimentele groep en moeten vermoedelijk worden beschouwd als vallend binnen de normale variatie.

Het uitblijven van sterkere specifieke effecten van de levensboekmethode is niet te verklaren uit het gehanteerde onderzoeksdesign. Een designfout in de zin dat experimentele en controle conditie teveel op elkaar leken, is niet plausibel. In de controlegroep bleken af en toe wel reminiscentie-achtige activiteiten te hebben plaatsgevonden (waarbij men de vraag kan stellen of dit in contacten met hoogbejaarden te vermijden is), maar ons inziens mikt de levensboekmethode op een meer gerichte en gestructureerde vorm van reminiscentie en life review die hun effect zouden moeten hebben. Ook een verstoring van het onderzoek door het reminiscentie-effect van het narratieve interview lijkt niet aan de orde. Het gaat hierbij immers om een uitgesproken 'open' interviewtechniek, waarbij de interviewer zelf geen verwijzingen maakt naar het verleden, uitgezonderd uiteraard de beginvraag naar het levensverhaal van de bewoner. Ook vinden we geen verschillen als we kijken naar de verschillende manieren waarop in de diverse huizen het levensboek is gemaakt.

Wat betreft de validiteit van de meetinstrumenten kunnen bezwaren gepareerd worden doordat het gaat om bekende en elders gevalideerde meetinstrumenten. Wel blijkt ook bij ander onderzoek een kloof tussen wat deelnemers aan reminiscentie zelf over het proces vertellen en wat observanten rapporteren, namelijk hoe activerend en enthousiasmerend het werkt, en wat uiteindelijk via vragenlijsten naar de kwaliteit van leven kan worden vastgesteld (Van Puyenbroeck 2006). Dat vraagt om een verdere ontwikkeling van adequate meetinstrumenten, die bijvoorbeeld ego-integriteit meten. Als de vragen beter aansluiten op het proces van ego-integriteit is de kans groter om effecten te vinden.

Tot slot kunnen effecten op welbevinden op de langere termijn zijn uitgebleven door het magere gebruik van het levensboek. Uit een nadere analyse blijkt echter dat gebruik van het levensboek niet samenhangt met welzijn en functioneren van de zorgvrager.

De volgende overwegingen voor de gevonden effecten in het kwalitatieve deel en het tegelijk uitblijven van effecten in het kwantitatieve deel kunnen van belang zijn bij het overwegen van vervolgonderzoek:

- De constructie van zin is verbeterd, maar door het magere gebruik van het levensboek (of meer nog door een over het algemeen te weinig 'narratieve' zorg) wordt deze potentiële welzijnsfactor wellicht te weinig geactiveerd. Dat betekent dat er wel sprake zou zijn van een waarneembaar effect wanneer het levensboek niet als geïsoleerde methode zou worden ingezet, maar als deel van een integraal narratieve en/of zorgethische benadering. Dit sluit aan bij de ervaringen gedurende het project, waar bleek dat verzorgingshuizen met een dergelijke integrale benadering eenvoudiger het project konden inpassen binnen de organisatie dan verzorgingshuizen zonder zo'n geëxpliciteerde integrale benadering.
- Een tweede mogelijkheid is dat men de situatie van deze oudere zorgvragers zou overvragen als men feitelijke welzijnswinst zou verwachten. Het verbeteren van de constructie van zin is wellicht minder sterk gerelateerd aan welbevinden en meer een factor in zichzelf.

- Een derde onderzoeksvervolg ligt in de mogelijkheid dat verbeteringen in het levensverhaal weer teniet worden gedaan, bijvoorbeeld doordat er geen verzoening of integratie optreedt. Daar achter ligt de vraag welk onderdeel van de levensverhaalverbetering cruciaal is voor welzijn. Wellicht zijn er pas welzijnseffecten als er op een serie van variabelen verbetering is. Dan is het van belang om deze variabelen nader in kaart te brengen. Daarbij zal ook onderscheid moeten worden gemaakt tussen noodzakelijke en voldoende voorwaarden.

5. Het maken van een levensboek heeft wel positieve effecten bij bewoners met een lage mentale gezondheid.

Er is ook gekeken of selectieve uitval de uitkomsten heeft beïnvloed. Hiervan was nauwelijks sprake, alleen wat betreft bewoners met een lage mentale gezondheid. Zij blijken als deelgroep wel baat te hebben van het levensboek, maar alleen zover het juist deze variabele betreft. Dat is een belangrijk gegeven, omdat met name deze groep baat zou kunnen hebben bij interventies en ondersteuning. Dat ons onderzoek ook statistisch significante effecten vindt voor deze specifieke groep bewoners is dan ook van belang voor de implementatie. Voor de weging van de onderzoeksresultaten roept het de vraag op of de effecten onzichtbaar zijn geworden doordat de onderzoeksgroep te heterogeen was, waardoor wellicht tegengestelde effecten elkaar uitmiddelen. Zo kan er binnen de sample sprake zijn van twee verschillende populaties, die in de gerontologie aangeduid worden als *young old* en *old old*. Mogelijk dat effecten per categorie verschillen en dat er een disproportionele verhouding tussen beide categorieën zit in de sample. We hebben geen gegevens verzameld waardoor we op deze onderscheidingen nadere analyses kunnen loslaten.

Voor implementatie betekent het dat levensboekmethoden selectiever ingezet moeten worden bij die ouderen die er in het bijzonder baat bij hebben. Dat vraagt ook vervolgonderzoek om preciezer indicaties en contra-indicaties vast te stellen. We moeten er van uit gaan, mede op basis van de gegevens die we hebben, dat voor een deel juist die ouderen afhaakten of niet mee wilden doen voor wie de methode te belastend zou zijn of die er in andere opzichten tegen op zagen. Voor een ander deel echter hebben ouderen deelgenomen ook wanneer er wellicht redenen waren om dat niet te doen. In het onderzoek zijn immers ouderen benaderd die van tevoren niet wisten aan wat voor onderzoek ze precies zouden meedoen. Dat betekent dat ook ouderen die mogelijk geen behoefte hadden aan het maken van een levensboek hieraan mee hebben gedaan. Daarin verschilt dit onderzoek van effectonderzoeken bij samples die zijn samengesteld op basis van risicofactoren (dreigende depressie of sociaal isolement) of op basis van behoefte. Dat verklaart mogelijk ook de bescheiden effecten. In elk geval hebben we nog geen precies genoeg inzicht in de factoren die positieve dan wel negatieve effecten veroorzaken.

6. Bij de implementatie van het werken met levensboeken zijn integratie in een integrale zorgvisie en differentiatie naar doelgroep en doelstelling essentieel.

Het maken van levensboeken heeft in het project verschillende doelen gehad: ondersteunen bij het opmaken van een levensbalans, verbeteren van de zorgrelatie, het verhogen van welbevinden en tenslotte ook het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Dit laatste doel zou beter kunnen worden bereikt als het levensboek ook nadat het gereed gekomen was, systematisch zou worden gebruikt door verzorgenden om de zorg daarmee op de identiteit en specifieke wensen van de zorgvrager te laten aansluiten. Aangezien het levensboek, eenmaal gereed, nauwelijks gebruikt is, is van enige toepassing in de zorg geen sprake geweest. Wel is met enkele verzorgingshuizen gezocht naar mogelijkheden voor bredere implementatie en is met deskundigen overlegd over aspecten van die implementatie.

Een van die aspecten is de privacy van bewoners. Aangezien het levensboek behoorlijk persoonlijke details over de bewoner bevat, is het niet vreemd en zelfs wel goed dat de ouderen het boek voor zich houden en niet willen delen met anderen. Ook in de relatie met verzorgenden kunnen bewoners behoefte hebben aan het beschermen van hun autobiografie. Dat geldt te meer in een setting waar veel van de oude barrières al zijn weggefallen en de privacy beperkt is. Bovendien zit er een zeker gevaar in wanneer men de autobiografie instrumentaliseert voor het zorgproces. Life review elementen vragen immers om een meer beschermende relatie waarin de maker van het levensboek vrij is om het eigen leven te bezien inclusief elementen die men liever niet met anderen deelt. Zorgvuldigheid in de omgang met autobiografisch materiaal luistert nauw. Anderzijds is de kwaliteit van de zorg zeer gebaat bij een goede integratie van autobiografische elementen zoals het werken met levensboeken in het zorgproces. Alleen op die manier kan de kwaliteit van zorg voorzien worden van de persoonlijke betekenisdimensie die het zo hard nodig heeft. Dit veronderstelt wel een goede aansluiting bij het zorg-leefplan, bijvoorbeeld door een aparte sectie in het levensboek op te nemen, met korte biografische do's en don't's van de persoon in kwestie, vooral ten aanzien van ADL (opstaan en naar bed gaan, wassen, kleden, verzorging, eten, ontspanning, rustmomenten, aanspreekvormen, culturele achtergrond, religieuze gebruiken etc.). Daarvoor kan een invulformulier worden gebruikt, terwijl voor life review een invulboek ongeschikt is. Dit blijkt in de praktijk soms ook al te gebeuren.

Een ander aspect betreft de noodzakelijke differentiatie tussen narratieve therapie, life review, en meer algemene vormen van reminiscentie. Narratieve therapie zou beschikbaar moeten zijn voor bepaalde ouderen met een specifieke indicatie, life review voor ouderen die er behoefte aan hebben de balans op te maken, en het maken van meer algemeen reminiscerende methoden als een vorm van expressie (zoals autobiografische posters die op de gang naast de kamerdeur de bewoner 'een gezicht geven'). Op dat meest algemene niveau valt misschien niet veel te verwachten van een effect op de kwaliteit van de constructie van zin, maar het kan wel helpen bewoners een gezicht te geven en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Op het niveau van life review en narratieve therapie zijn meer specifieke effecten van het werken met levensboeken te verwachten. Weliswaar

kan er tussen de verschillende niveaus geen volledige scheiding gemaakt worden, een dergelijk onderscheid kan wel helpen om beter aan te sluiten bij de verschillende behoeften van de bewoners. Zo lijkt het erop dat de positieve effecten zich vooral voordoen bij ouderen met een levensverhaal waarin sprake is van ingrijpende maar niet van traumatische gebeurtenissen. Bij traumatische gebeurtenissen is er sprake van een tragisch plot en een gefragmenteerd verhaal met het risico dat dat alleen maar versterkt wordt. Op dit punt is nader onderzoek nodig. Onderstaande matrix brengt dit in kaart op basis van de ervaringen tijdens het onderzoek.

Functie	Doelgroep	Vorm
Aangename bezigheid	Ouderen, die niet getraumatiseerd zijn en plezier beleven aan terugkijken en vertellen.	Reminiscentiegroepen of een vrijwilligersvariant van <i>Mijn leven in Kaart</i> .
Zorg afstemmen op de biografie van de bewoner	Ouderen die zorg ontvangen	Een sterk versimpelde vorm van <i>Mijn leven in Kaart</i> , die leidt tot een eenvoudig biografisch overzicht dat aan het zorgdossier kan worden toegevoegd. Of door middel van een vertaalmodule voor <i>Mijn leven in kaart</i> .
Versterking van de relatie	Ouderen die zorg ontvangen	Een eenvoudiger versie van <i>Mijn leven in Kaart</i> . Kan ook eenvoudige reminiscentie voor worden gebruikt. Werkt alleen als evv-systeem is ingevoerd. Mogelijk is ook implementatie van belevingsgerichte zorg een voorwaarde.
Levensbalans opmaken (life review)	Ouderen die daar behoefte aan hebben. Die veel spreken over het verleden, of last hebben van wroeging. Niet traumatisch!	<i>Mijn leven in Kaart</i>
Identiteitsondersteuning	Ouderen met latente of beginnende dementie.	Een eenvoudige versie van <i>Mijn leven in Kaart</i> , die ook door de familie kan worden ingevuld.

Het onderscheid tussen verschillende manieren om met levensverhalen te werken, hangt ook samen met de vraag welke professionals en vrijwilligers het best kunnen worden ingezet. In het onderzoek is met opzet gekozen voor een niet te hoog opgeleide groep verzorgenden (niveau 3), om op die manier een brede implementatie binnen bereik te houden. Het blijkt in het onderzoek dat sommigen van hen inderdaad bijzonder ervaren en kundig zijn in het omgaan met de levensverhalen van ouderen, tot op het niveau van life review. Anderen zijn wel in staat bewoners te begeleiden bij eenvoudiger reminiscentie, maar niet bij life review. In het algemeen lijkt het verstandig om narratieve therapie over te laten aan de psychologen en psychotherapeuten, life review te zien als een taak voor geestelijk verzorgers en goed geschoolde vrijwilligers, reminiscentiegroepen aan activiteitenbegeleiders en geestelijk verzorgers, en het invullen van autobiografische aantekening in het zorg- leefplan aan de verzorgende. De inzet en training van vrijwilligers en verzorgenden vraagt extra

aandacht en deskundigheid en daarbij kunnen met name geestelijk verzorgers en activiteitenbegeleiders een rol spelen.

Algemeen wordt geconcludeerd dat een narratieve houding, dat wil zeggen een gericht zijn op betekenis van het leven voor de oudere, van verzorgenden belangrijker is dan het product levensboek. Dat verzorgenden oog hebben voor foto's, voorwerpen in de kamer, een sieraad of belangrijke data is een kwestie van narratieve gevoeligheid, meer dan van een protocol of een methode. Een levensboekmethode past in een cultuur waar die houding is geïncarneerd, maar kan zo'n cultuur niet creëren. De zorgaanbieder zal een dergelijke narratieve visie op zorg expliciet in de zorgvisie moeten verwoorden. Ook in de organisatiestructuur zal het ingebed moeten worden. In functioneringsgesprekken, in jaarthema's, in teamgesprekken en in de opleiding en de keuze voor een bepaalde manier van werken.

7. Bijlagen

Participerende verzorgingshuizen

Zorgcentrum	Plaats
Houthaghe	Den Haag
Op de Laan	Den Haag
Maria Dommer	Maarssen
Bartholomeus Gasthuis	Utrecht
De Honinghoeve	Nijmegen
Alde Steeg	Beuningen
De Bolder	Huizen
De Esdoorn	Zwolle
De Kievitsbloem	Zwolle
Hof van Blom	Hattem

Informatie ten behoeve van de werving van ouderen

In de brief die u als contactpersoon – eind februari hebt gekregen, samen met de informatieset u toegezonden – is meegedeeld dat u nog nadere instructie zou krijgen ten aanzien van de werving van de ouderen. Hierbij treft u die informatie aan.

Allereerst: belangrijk uitgangspunt voor het onderzoek is dat de ouderen in twee groepen zullen worden gedeeld. **Maar dat mogen ze van tevoren niet weten.** Twee groepen van ouderen worden onderscheiden: Het gaat om:

1. Een groep die het levensboek maakt. Ouderen binnen deze groep voeren gesprekken met verzorgenden en stellen samen met een verzorgende – en ondersteund door een mantelzorger – een levensboek samen. Deze groep bestaat in totaal uit 8 of 9 cliënten per instelling; drie gaan vóór de zomer reeds gesprekken voeren en een levensboek maken, 5 (of 6) doen dit ná de zomer (zie het tijdpad dat bij de informatieset is meegezonden);
2. Een groep die geen levensboek maakt, maar die wel gedurende 6 weken, extra aandacht krijgt van een verzorgende. Deze groep bestaat uit drie ouderen per instelling vóór de zomer en één ná de zomer.

NB! U hoeft de ouderen niet zelf in te delen in een van de twee groepen. Dat doet onderzoeksbureau Kaski.

Ten tweede vraag ik nogmaals uw aandacht voor de lijst waarin de criteria voor de ouderen staan opgesomd. Dat is de richtlijn voor de werving. We willen u vragen op basis van deze criteria een lijst op te stellen van ouderen, waarvan u denkt dat die bereid en in staat zijn om mee te werken aan het onderzoek. We willen in totaal graag 24 namen per instelling. Het gaat om 12 namen voor de zomer en om 12 namen na de zomer. Dus op korte termijn volstaat een lijst van 12 potentiële deelnemers.

U benadert de ouderen nog niet. Dat gebeurt later.

Bij die namen geeft u een paar dingen aan:

- Leeftijd

- Sekse

- Mate van sociale inbedding. Wilt u op een schaal van 1 – 3 (1 = minder dan gemiddeld, 2 = gemiddeld 3= meer dan gemiddeld) aangeven hoeveel bezoek de oudere ongeveer ontvangt per week en welke mate van betrokkenheid er is bij deelname aan activiteiten in uw instelling. Het gaat om een globale inschatting.

Deze lijst kunt u naar mij terugzenden. Vervolgens worden de ouderen door ons ingedeeld in een groep die wel en een groep die niet het levensboek maakt.

Daarna worden de ouderen per brief uitgenodigd mee te werken. We willen u vragen die brief bij de oudere te introduceren en eventueel summier toe te lichten.

In die brief staat neutraal aangekondigd: ‘wilt u meedoen aan een onderzoek naar levensverhalen van ouderen in verzorgingshuizen’ en ‘bent u bereid daarover een aantal gesprekken te voeren’? **Aan u de dringende vraag om niet verder in detail te treden over wat het onderzoek precies inhoudt.**

Voor de ouderen in de levensboek-groep wordt dan nader toegelicht dat een aantal gesprekken gevoerd wordt met een verzorgende van het huis en dat daarnaast drie keer een interview zal worden gehouden op een nader met de oudere af te spreken moment.

De mensen uit de andere groep krijgen tijdens drie interviews de kans hun levensverhaal te vertellen én krijgen gedurende zes weken extra aandacht van een verzorgende.

We hopen dat de respons zodanig zal zijn dat er in totaal 8 ouderen beschikbaar zijn voor de levensboek-groep en 4 voor de andere groep.

Daarom de volgende vragen

Concreet:

1. Wilt u een lijst opstellen van ouderen die volgens u in staat zijn mee te werken aan dit onderzoek (zie lijst criteria);
2. Wilt u deze lijst zendt u sturen toe aan de contactpersoon van Reliëf (Wout Huizing). Zo mogelijk **vóór 1 april**;
3. Wij kiezen uit deze uw lijst aselekt het vereiste aantal personen en een paar 'reserves' (voor geval van uitval) voor zowel wie voor de levensboek- groep en wie voor als de andere groep wordt uitgenodigd. Wij sturen u deze lijst toe mét een setje de brieven voor de ouderen.
4. Wilt u de geadresseerde brieven bij de ouderen bezorgen en toelichten?
5. Wilt u **vóór 15 april** vaststellen welke ouderen daadwerkelijk mee willen doen? Mochten er ouderen zijn die nu afhaken, dan staan op de lijst een paar reservenamen. Voor deze ouderen is ook een brief meegestuurd. Aan u de vraag om die brieven dan alsnog te bezorgen om zo tot het vereiste aantal deelnemers te komen.
6. Wilt u vervolgens aan KASKI doorgeven welke ouderen meedoen? (Voor de zomer zullen drie ouderen per instelling een levensboek gaan maken en drie meedoen in de andere groep; bij eventuele uitval bij de overige in de aanloop naar de '2e ronde' na de zomer, kunnen eventueel nieuwe cliënten worden benaderd)
7. Zo spoedig mogelijk zal Kaski met de ouderen afspraken maken voor het eerste interviews;
8. Daarna zullen de verzorgenden worden gekoppeld aan de geselecteerde ouderen en starten volgens het tijdpad met de gesprekken.

Hopelijk is dit voor u goed mogelijk. Bij vragen kunt u altijd bellen/ mailen met Wout Huizing (volgen contactgegevens)

Selectiecriteria

Criteria experimentele groep ouderen die gaan werken met de levensboekmethode: 8 à 9 per instelling; 3 in 'eerste ronde', 5 of 6 in 'tweede ronde':

- De ouderen **wonen** in een verzorgingshuis
- Gemiddelde leeftijd 86 jaar. We stellen geen leeftijds criterium
- Sociale achtergrond: geen criterium
- Levensgeschiedenis: geen bepalingen vooraf t.a.v. ernstige verlieservaringen e.d.
- Mannen – vrouwen: zo mogelijk afspiegeling van totale populatie: betekent per instelling zo mogelijk 1 man.

Negatief geformuleerd:

- geen ouderen van wie redelijkerwijs kan worden verwacht dat zij binnen afzienbare tijd gescreend zullen worden, waarbij de ziekte van Alzheimer wordt vastgesteld.
- geen ouderen die te maken hebben met acute of verstoorde rouw;
- geen ouderen met ziekte van Parkinson of (ouderdoms)doofheid;
- geen ouderen bij wie ernstige psychiatrische stoornissen aan de orde zijn, zoals dementie, depressie, persoonlijkheidsstoornissen, gedragsproblemen n.a.v. traumatische ervaringen;

Positief geformuleerd:

- ouderen die in staat zijn over hun leven te vertellen;
- ouderen die een mantelzorger hebben die bereid is (op de achtergrond) mee te doen aan dit traject;
- ouderen met een redelijke gezondheid;

Verdere voorwaarden:

Aan de ouderen die deelnemen aan het onderzoek wordt *vooraf* meegedeeld dat zij deel zullen nemen aan een onderzoek naar het levensverhaal van ouderen die wonen in een verzorgingshuis. Zij krijgen bij instemming een informatiesetje wat zij globaal kunnen verwachten (interviews, bijeenkomsten met verzorgende, overleg en uitwisseling met mantelzorger, uiteindelijk een 'levensboek').

Controlegroep

De ouderen uit de controlegroep wordt activiteitenbegeleiding aangeboden. Indien een oudere uit de controlegroep hier al aan deelneemt, kan men deze extra aandacht geven tijdens of na de activiteit. Indien dit niet mogelijk is, wordt aan de ouderen in de controlegroep via vrijwilligers aandacht gegeven in de vorm van een aantal weken gezamenlijke activiteiten: een wandeling, koffiedrinken, een spelletje.

Criteria controle groep:

- vergelijkbare criteria en voorwaarden als bovenstaand;

- de voorkeur gaat uit naar bewoners die pas onlangs in verzorgingshuis zijn komen wonen en bereid zijn deel te nemen aan activiteiten (begeleiding)
- oudere bij wie een vrijwilliger gedurende zes-zeven weken extra aandacht kan geven

Criteria zorgverleners (verzorgenden en eventueel activiteitenbegeleiders)

Verzorgenden en activiteitenbegeleiders kunnen meedoen aan dit project. Dit is in elke instelling afzonderlijk te bepalen. Het accent ligt op de deelname van verzorgenden.

- verzorgende / AB-er heeft in het dagelijks werk te maken met de ouderen met wie de gesprekken over het levensverhaal worden gevoerd;
- het is de zorgverlener mogelijk deel te nemen aan de training van twee dagdelen;
- het is voor de zorgverlener mogelijk in de geplande zeven weken (zie tijdpad-tabel) wekelijks één à anderhalf uur beschikbaar te zijn om met de oudere in gesprek te zijn over diens levensverhaal en in de tussenliggende tijd hieraan aandacht te geven.
- het is voor de zorgverlener mogelijk na afloop van het gesprek een procesverslag in te vullen (tijdens de training geleerd!)
- minimaal verzorgende niveau 3;
- ervaring in de zorg: minimaal 2 jaar werkzaam;
- interesse in de thematiek en plezier om met oudere in gesprek te gaan;
- communicatief vaardig;
- aanvaardbare gesprekspartner voor de oudere;
- redelijke uitdrukkingsvaardigheid (schriftelijk);
- omvang van het dienstverband zodanig, dat haalbaar is om wekelijks anderhalf uur gesprek te voeren met oudere en wekelijks procesverslag te maken;
- totale tijdsbesteding: 16 uur in 7 weken;
- bereidheid van het afdelingsteam mee te werken;

Uitnodigingsbrief voor deelname experimenteel

Graag willen wij u uitnodigen om deel te nemen aan een onderzoek naar 'HET LEVENSVERHAAL VAN OUDEREN IN ZORGINSTELLINGEN'.

De onderzoekers willen graag weten hoe ouderen die in een zorginstelling wonen hun levensverhaal vertellen. Zij voeren hiertoe gesprekken met ouderen.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door de Theologische universiteit van Kampen, een onderzoeksbureau uit Nijmegen (Kaski) en een vereniging van christelijke zorgaanbieders (Reliëf).

De instelling waar u woont, doet mee aan dit onderzoek. [De heer/ mevrouw *naam contactpersoon*] heeft uw naam genoemd als mogelijk geïnteresseerde om aan dit onderzoek mee te doen. We willen graag weten of u aan dit onderzoek wilt meewerken.

Het onderzoek houdt het volgende in. Een verzorgende uit uw huis zal een aantal gesprekken met u voeren over uw leven. U bepaalt natuurlijk zélf wat u wel vertelt en wat u niet vertelt. Samen met die verzorgende werkt u ook aan een 'levensboek'. In uw levensboek worden de gebeurtenissen die voor u belangrijk zijn opgeschreven. Er kunnen ook foto's in komen die u zelf uitkiest. Het levensboek maakt u samen met de verzorgende én met iemand van uw familie of vrienden, die u zélf vraagt om hierbij behulpzaam te zijn. Dat levensboek mag u natuurlijk na afloop houden.

Voorafgaand aan deze gesprekken wordt een interview met u gehouden, dat anderhalf uur zal duren. Na de gesprekken met de verzorgende vindt een tweede interview plaats. Over ruim een half jaar wordt dan voor de derde keer een interview gehouden. De interviews worden gehouden door iemand die u niet kent, maar waar u hopelijk wel vertrouwen in kunt stellen.

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Wél wordt u gevraagd om een kopie van het levensboek af te staan aan de onderzoeker.

We hopen van harte dat u hieraan wilt meedoen en danken u bij voorbaat voor uw medewerking. Binnen enkele dagen zal [de heer / mevrouw *naam contactpersoon*] bij u informeren of u bereid bent mee te werken aan het onderzoek.

Als u hierover vragen heeft, kunt u terecht bij [de heer / mevrouw *naam contactpersoon*].

Als u meedoet zult u in de loop van september worden benaderd voor een eerste interview

Hartelijke groet,

Namens de 'onderzoekers',

Wout Huizing (stafmedewerker Reliëf)

Uitnodigingsbrief voor deelname controlegroep

Geachte meneer / mevrouw *naam van bewoner*],

Graag willen wij u uitnodigen om deel te nemen aan een onderzoek naar 'HET LEVENSVERHAAL VAN OUDEREN IN ZORGINSTELLINGEN'.

De onderzoekers willen graag weten hoe ouderen die in een zorginstelling wonen hun levensverhaal vertellen. Zij voeren hiertoe gesprekken met ouderen.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door de Theologische universiteit van Kampen, een onderzoeksbureau uit Nijmegen (Kaski) en een vereniging van christelijke zorgaanbieders (Reliëf).

De instelling waar u woont, doet mee aan dit onderzoek. [De heer/ mevrouw *naam contactpersoon*] heeft uw naam genoemd als mogelijk geïnteresseerde om aan dit onderzoek mee te doen. We willen graag weten of u aan dit onderzoek wilt meewerken.

Het onderzoek houdt het volgende in.

Er zullen drie interviews met u worden gehouden. Het eerste interview is eind april, het tweede interview is eind juni en het derde interview is eind oktober. Elk interview duurt ongeveer anderhalf uur.

In dit interview wordt u gevraagd om op een aantal concrete vragen te antwoorden én krijgt u gelegenheid over uw leven te vertellen. De interviews worden gehouden door iemand die u niet kent, maar waar u hopelijk wel vertrouwen in kunt stellen.

Tussen het eerste en het tweede interview in zal een verzorgende uit uw huis een aantal keren bij u langs komen om met u te praten of iets gezelligs te doen.

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. We hopen van harte dat u hieraan wilt meedoen en danken u bij voorbaat voor uw medewerking. Binnen enkele dagen zal [de heer / mevrouw *naam contactpersoon*] bij u informeren of u bereid bent mee te werken aan het onderzoek.

Als u hierover vragen heeft, kunt u terecht bij [de heer / mevrouw *naam contactpersoon*].

Als u meedoet zult u in de loop van september worden benaderd voor een eerste interview.

Hartelijke groet,

Namens de 'onderzoekers',

Wout Huizing (stafmedewerker Reliëf)

Instructie aan verzorgenden

Open kaart. Met ouderen in gesprek over hun levensverhaal

De methode kent zes á zeven gesprekken. Een kennismakingsgesprek, vier á vijf thematische bijeenkomsten en een afsluitende bijeenkomst

1. KENNISMAKINGSGESPREEK: plannen voor vijf ontmoetingen

- Noteren van een paar hoofdlijnen (demografische gegevens):
 - geboren in (tijd), en plaats
 - burgerlijke staat gaandeweg het leven en nu
 - bescheiden stamboom (opa / oma, vader / moeder; broers / zussen, huwelijk, kinderen/ kleinkinderen/ achterkleinkinderen);
 - geloof?
 - beroep
 - hoe lang nu in verzorgingshuis?
- De verzorgende vertelt iets over zichzelf en over wat ze samen gaan doen
- Kennismaking aan de hand van associaties rondom de naam
- Aan de hand van een levenslijn kort in gesprek over mijlpalen/ keerpunten en het leven indelen in periodes
- Open vraag: waarover zou u in deze bijeenkomsten graag willen vertellen?
- Welke verwachtingen heeft u t.a.v. deze ontmoetingen?
- Concrete afspraken maken over (zo mogelijk) vast tijdstip;
- Uitleggen van de werkwijze: aan de hand van kaartjes keuze maken voor onderwerp voor de volgende keer; kaartjes met themavragen blijven achter bij de oudere om er over na te denken en zo mogelijk iets voor te bereiden; (suggesties worden gegeven aan de verzorgende in instructieboekje) Verzorgende stimuleert de oudere om actief te zoeken / verzamelen/ denken, daarbij bijgestaan door een zelf gekozen mantelzorgers.

2. STRUCTUUR VAN DE THEMATISCHE ONTMOETINGEN

Na het kennismakingsgesprek volgen vijf ontmoetingen. De volgorde van de te bespreken thema's in de ontmoetingen kiest de oudere aan de hand van de kaartjes, aan het eind van iedere bijeenkomst. Hierbij is ruimte voor aanvulling van de kant van de oudere, door middel van de witte kaart met het vraagteken. De ruimte bestaat ook om te beslissen om over een bepaald thema niet in gesprek te gaan.

De globale structuur van de bijeenkomsten (anderhalf uur maximaal):

- Stilstaan bij actualiteit: hoe is het vandaag? Wat is er vandaag gebeurd/ wat heeft de oudere vandaag gedaan?
- Terugkijken op de vorige keer: is er nog iets dat de oudere zou willen zeggen n.a.v. de vorige keer? De verzorgende kijkt met de oudere wat de vorige keer is genoteerd of is vastgelegd.
- Vervolgens: aan de hand van de gekozen kaartjes in gesprek; de oudere heeft aan de hand van de vragen op de kaartjes zaken voorbereid (foto's, voorwerpen gekozen) of overdacht en wordt uitgenodigd om te vertellen; het thema ligt letterlijk op tafel: "vertelt u maar....wat komt bij u boven als u hieraan denkt?" Eventueel wordt een volgorde aangebracht van de kaartjes: beginnen te vertellen over en misschien later nog iets zeggen over....op het moment dat het lijkt dat over een bepaalde vraag voldoende is gezegd, kan een volgend kaartje worden gepakt als uitnodiging voor verder gesprek.
- De verzorgende heeft per thema aantal voorbeeldvragen achter de hand om door te kunnen vragen; in gesprek niet alleen blijven stilstaan bij feitelijkheden, maar de oudere uitnodigen ook te zeggen wat hij/zij vindt/ denkt/ voelt bij datgene wat wordt verteld; Ook evaluerende vragen komen aan de orde: wat gebeurde er? Hoe kijkt u er nu op terug? Wat was belangrijk voor u? Wat heeft u ervan geleerd/ meegenomen als u er nu nog eens over na denkt?
- Als een kaartje wordt 'afgesloten' spreken verzorgende en ouderen samen af wat genoteerd wordt over het gevoerde gesprek. De verzorgende kan daarin suggesties doen, de oudere beslist. Alle notities/ opmerkingen/ samenvattingen worden opgeschreven in het 'levensboek' (losbladig en telkens aan te vullen) en blijven bewaard. Het ' resultaat' van alle bijeenkomsten is uiteindelijk dit levensboek. Verzorgenden hebben tijdens de training geleerd op welke wijze dit is in te vullen. Er blijft volop ruimte voor een ander 'creatief product' dat passend is bij het proces dat oudere en verzorgende samen doormaken. Creativiteit hangt samen met mogelijkheden en ideeën van de oudere, de verzorgende en mantelzorger.
- Ter afronding wordt uitgewisseld hoe de oudere het gesprek heeft ervaren en wat de verzorgende is opgevallen/ indruk heeft gemaakt/ belangrijk of nieuw voor verzorgende is.
- Als voorbereiding op de volgende keer worden de kaartjes getoond die nog niet zijn gebruikt en de oudere kiest een thema. De oudere houdt de kaartjes bij zich in de periode tussen de 2 ontmoetingen en kan nadenken over de op de kaarten gestelde vragen. De oudere kan daarbij een beroep doen op de mantelzorger om bijvoorbeeld foto's uit te zoeken, voorwerpen te bedenken of om bijvoorbeeld nog eens naar de straat te gaan waar de oudere lang heeft gewoond, etc.
- Uitnodiging om zich voor te bereiden op dit thema. (in een handleiding voor de verzorgende staan volop suggesties om met de thema's aan de slag te kunnen)

- Afspraak voor de volgende keer: thema, tijd, evt. voorbereiding;

Na afloop doet de verzorgende twee dingen:

1. invullen van het reflectieverslag (aan de hand van door ons gestelde vragen én ruimte voor eigen opmerkingen)
2. verwerken van notities voor het levensboek (voor zover nog niet samen met de oudere gedaan) of werken aan een ander creatief 'product'.
3. DE KAARTEN OP TAFEL: de thema's

De gesprekken die worden gevoerd, worden gestimuleerd door de oudere een keuze te laten maken uit gekleurde kaartjes (geplastificeerd) met thema's. De oudere bepaalt de volgorde. Ook binnen de thema's zijn keuzes te maken en accenten te leggen. Ook daarin is de oudere vrij.

De kleur duidt op een centraal thema;

Elke kleur heeft een aantal kaartjes. Op de voorkant van het kaartje staat één centrale vraag. Op de achterkant van het kaartje staan een paar subvragen.

De oudere bepaalt zelf de volgorde waarin de thema's worden besproken.

De oudere bepaalt welke centrale vraag aan bod komt en kiest daarbinnen ook de eigen subvragen (en kan zelf nog andere invulling geven aan de gestelde centrale vraag!).

Hier geven we alleen de centrale vragen weer. Op de achterkant van de kaartjes staan subvragen en verzorgenden krijgen in een handleiding nog méér suggesties voor vragen aangereikt.

- ORANJE: waar heb ik gewoond en welke rol speelde (gebrek aan) geld in mijn leven?
- ROOD: welke mensen/ relaties waren in de loop van mijn leven belangrijk voor mij?
- BLAUW: waaraan heb ik veel tijd van mijn leven gegeven? (opleiding, werk, opvoeding, huishouding, hobby's)
- GROEN: welk geloof/ waarden waren in de loop van mijn leven belangrijk voor mij?
- GEEL: Oud worden een gunst? Oud worden een kunst?
- WIT: Een thema of onderwerpen die niet op de kaartjes vermeld worden, maar waar ik toch over wil vertellen (achterkant: leeg).

4. AFSLUITENDE ONTMOETING:

- aansluiten op actualiteit;
- bijebrengen van zaken die in de ontmoetingen allemaal aan de orde zijn geweest: wat is genoteerd, voorwerpen die zijn uitgekozen, foto's die zijn verzameld;

- samen bekijken van het levensboek;
- invullen / langslopen van de levenslijn;
- geven van een titel aan periodes/ leven;
- terugkijken hoe de ontmoetingen zijn geweest: moet er écht nog iets worden gezegd?

Zo nodig werkt de verzorgende (wellicht samen met mantelzorger) nog zaken uit.

DE MANTELZORGER

In het algemeen over de rol van de mantelzorger: we stimuleren de oudere een beroep te doen op de mantelzorger, met name om te helpen met verzamelen van foto's/ voorwerpen; uitzoeken van bepaalde feitelijke gegevens

Instructie reflectieverslagen

Schrijf na iedere ontmoeting een kort reflectieverslag.

Onderdeel I

Vul eerst de volgende lijst van gevoelens in

Als ik terugkijk op de afgelopen ontmoeting waarin het thema

centraal stond, dan voel ik me...

(Geef naast elk onderstaande gevoel met een cijfer aan in welke mate je dit gevoel ervaart in verband met het contact met 'je' bewoner).

Wanneer je het gevoel...

- *helemaal niet ervaart, geef je een* 0
- *weinig ervaart, geef je een* 1
- *nogal ervaart, geef je een* 2
- *tamelijk veel ervaart, geef je een* 3
- *veel ervaart, geef je een* 4
- *heel veel ervaart, geef je een* 5

1 Gevoel dat ik het aan kan	
2 Dat ik me zorgen maak	
3 Dat ik geniet	
4 Dat ik contact heb	
5 Een band voelen/ me nabij voelen	
6 Verdrietig	
7 Zeker van mezelf	
8 Teleurstelling	
9 Rustig (van binnen)	
10 Kwaad	
11 Op mijn gemak	
12 Tevreden	

Onderdeel II

Schrijf vervolgens een reflectieverslag. Geef aandacht aan de volgende drie dingen:

1. Wat is er gebeurd/ wat heb ik gedaan?

Beschrijf globaal hoe de ontmoeting verliep. Ging het soepel of liep het stroef? Waren er bijzondere momenten, iets wat de oudere vertelde, een bepaalde emotie, iets wat je niet wist, iets wat je bijzonder geraakt heeft, een vraag van jezelf die goed uitpakte of juist helemaal niet goed uitpakte etc.

2. Wat vond ik in deze ontmoeting belangrijk? Waarom? Wat is het belangrijkste dat je geleerd hebt in de ontmoeting, over de oudere, over jezelf, over het vertellen van verhalen of over de methode? Of misschien nog over iets anders. Geef ook aan waarom je dat belangrijk vindt.

3. Tot welke voornemens of leerpunten leidt deze ervaring? Wat wil je de volgende ontmoeting anders doen? Waarom? Hoe ga je dat aanpakken? Wat wil je de ontwerpers van de methode meegeven? Wat werkt bijvoorbeeld wel en wat niet?

Lees eerst de vragen rustig door. Noteer puntsgewijs bij elke vraag wat je zou willen opschrijven. Schrijf vervolgens een verslag van 1 tot 2 pagina's A4.

Verslag terugkomdagen met verzorgenden

Na afronding van de interventie zijn voor verzorgenden 2 terugkomdagen georganiseerd. De eerste vond plaats op 30 augustus 2005, in Utrecht. De tweede vond plaats op 6 februari 2006 in Nijmegen. 22 verzorgenden uit de 4 regio's namen deel aan de terugkombijeenkomsten. De opmerkingen uit beide bijeenkomsten zijn samengevoegd in onderstaand verslag.

DE WERVING VAN VERZORGENDEN

De werving van de verzorgenden ging te snel. Er was vooraf te weinig informatie. De zorgmanager wist soms niet precies wat het inhoud en wat er gedaan moest worden. Misschien was het beter geweest als de verzorgenden in het kader van de werving een heldere brief hadden gekregen, net als de bewoners. Of om van tevoren een plenaire uitleg te geven. De toon waarmee de verzorgenden nu zijn 'gelokt' om mee te werken is te luchtig geweest en dat is niet terecht. Het is veel zwaarder dan ze dachten, ook in emotioneel opzicht.

DE WERVING VAN BEWONERS

Sommige ouderen hadden aanvankelijk wel hun medewerking toegezegd, omdat de vriendelijke manager zo aandrong, maar toen het levensboek gemaakt ging worden, wilden ze zich het liefst terugtrekken. In de praktijk is geprobeerd om de oudere alsnog over te halen met zachte drang. Maar als de weigering blijft, is het tijd om ermee te stoppen. De weerstanden blijken redelijk vaak voor te komen (1 op 2 bijna). De verzorgenden denken dat dit te maken heeft met het feit dat het maken van een levensboek angst op kan roepen voor moeilijke herinneringen. En ook met het feit dat het eng is om met een verzorgende over het eigen leven te praten.

Bij de selectie van de ouderen werden ook vraagtekens gezet. De lijst van ouderen die managers selecteren op mogelijke geschiktheid lijkt erg ruim. Er zitten mensen tussen waarvan verzorgenden zeggen dat die beter niet een levensboek kunnen maken. Terwijl er ouderen in de 'aandachtsgroep' (= controlegroep) worden ingedeeld, die juist wel heel goed een levensboek konden maken. Inhoudelijk was het voor veel bewoners lang niet altijd duidelijk waartegen zij 'ja' tegen hebben gezegd. Dat werd hun pas gaandeweg duidelijk, wat voor een aantal bewoners niet goed voelde.

Opvallend was ook dat er nogal wat bewoners zijn die totaal niet geïnteresseerd zijn in het maken van een levensboek. Deze ouderen hebben wel een brief gekregen maar hebben daar niet positief op gereageerd, ook niet na een herinnering. Het selecteren bleek uiteindelijk een tijdrovende klus te zijn.

HET NARRATIEF AUTOBIOGRAFISCH INTERVIEW OP T0

De verzorgenden meldden dat ze soms lang moesten wachten op het interview voordat ze konden beginnen. Het interview vooraf maakt behoorlijk wat indruk op de ouderen. In de eerste bijeenkomst met de verzorgende klinkt de echo nog

na. De vorm, om zomaar aan een vreemde je levensverhaal te vertellen, zonder al teveel steun, maakt onzeker. De ouderen meldden daarnaast dat het ze overviel, dat ze emotioneel werden, dat de interviewer voortdurend op een klokje zat te kijken, dat ze het vervelend vonden dat het werd opgenomen en dat één interviewster zelfs in discussie was gegaan over het levensverhaal.

DE TRAINING

De training heeft uitstekende handvatten geboden. Ook de handleiding is helder. Het zou wel handig zijn als er een kort overzicht van de geschiedenis in de methode komt, zeker voor allochtone verzorgenden. Dan kan ook bijvoorbeeld aan de orde komen wat er gebeurd is in Nederlands Indië. Dat weet geen van de verzorgenden en het blijkt een belangrijk them te zijn, vooral in Den Haag. Men vindt het een groot succes dat de verzorgenden het boek Eeuwelingen van Steffie van den Oord hebben gekregen. Daardoor krijg je feeling met de geschiedenis.

In de training is helemaal niets gezegd hoe verzorgenden die 'extra aandacht' geven, alert kunnen zijn op bepaalde aspecten. Hen is ook door de zorgmanagers geen concrete suggesties gegeven over het hoe. Daar was wel behoefte aan.

HET LEVENSBOEK

Het maken van het levensboek blijkt een intensieve aangelegenheid te zijn. Het is erg persoonlijk en ook emotioneel en psychisch belastend, aldus de verzorgenden. Op de vraag of het wel geschikt is voor verzorgenden, antwoordden ze: 'Ja net, op de grens.' De gesprekken duren vaak te lang. De verzorgenden vinden het moeilijk om een gesprek af te ronden. Ook de uitwerking vergt meer tijd dan de daarvoor geplande 6 uur. Men heeft geen 'druk' ervaren vanuit de teams op de afdelingen: er was voldoende ruimte en begrip dat dit werk werd opgepakt. Sommigen zouden het op prijs hebben gesteld als de leidinggevenden wat beter op de hoogte waren geweest van hun werk. Dan hadden ze inhoudelijk wat meer belangstelling kunnen tonen

Dat het belangrijk is om het levensboek in de ik-vorm te schrijven, wordt door allen gedeeld. Maar het is wel moeilijk: 'Je bent dat niet gewend om zo te rapporteren.' Maar er gebeurt dan wel iets bijzonders. De bewoner moet dan verantwoordelijkheid nemen voor haar eigen uitspraken. Dat leidt dikwijls tot spannende onderhandelingen.

Een verzorgende gaf de tip om in de toekomst in een groepje verzorgenden tips en aandachtspunten uit te wisselen. Alles zelf moeten uitvinden kost veel tijd en je hebt soms behoefte om er met anderen over te spreken.

Men heeft de indruk dat de bewoners hun levensboek niet aan andere medebewoners laten zien (te privé), maar wel aan familie. Men heeft ook de indruk dat dit gespreksstof oplevert tussen de bewoner en de familie.

DE BESCHIKBARE TIJD

De beschikbare tijd (16 uur) is veel te kort. Men schat de benodigde tijd al gauw op 20 - 24 uur. Voor parttimers is dit een forse investering. Met name het

uitwerken van het levensboek kost meer tijd dan gedacht. Allen hebben dit in privé-tijd gedaan. Dat levert frustratie op. Sommigen hebben nu een levensboek gemaakt, dat haastig is vormgegeven. Men had de oudere graag een mooier levensboek gegund.

MANTELZORGERS

Bij slechts een enkele van de ouderen waarmee de verzorgenden een levensboek hebben gemaakt was een mantelzorger betrokken. De reden daarvoor is een inschattingsfout. Men dacht dat er vrij gemakkelijk een mantelzorger te regelen was. Vaak woont familie te ver weg en komen slechts 1 maal per maand langs). Bij het verzamelen van foto's e.d. bleek die mantelzorger van weinig nut. In twee situaties was de mantelzorger juist zeer actief en dat heeft zeer geholpen bij het vormgeven van het levensboek. Eén mantelzorger (een nicht) voerde in de tussenliggende periodes gesprekken met de oudere ter voorbereiding op het gesprek met de verzorgende. Een andere mantelzorger gaat met haar moeder een uitvoeriger levensboek samenstellen.

THEMAKAARTJES

De verzorgende maken op verschillende wijze gebruik van de themakaartjes. Over het algemeen worden ze tijdens de gesprekken weinig gebruikt. Ze zijn natuurlijk ook met name bedoeld voor de tijd tussen de gesprekken. Of ze daar tot hun recht komen, is door het ontbreken van mantelzorgers niet te controleren. Soms werd aan het einde van het gesprek een keuze gemaakt voor de volgende keer, soms koos de bewoner direct aan het begin voor de volgorde van de thema's. Sommige bewoners vonden de vragen 'brutaal' of wel erg 'direct'.

De ervaring was wel dat de kaartjes hielpen om structuur in de gesprekken te brengen. Ook voor verzorgenden zelf was het prettig om aan de hand hiervan de gesprekken in te gaan.

ERVAREN BAAT DOOR BEWONERS

Over het algemeen meenden de verzorgenden dat de bewoners die een levensboek hebben gemaakt er veel baat bij hebben gehad. Het is bijzonder om dit samen met een bewoner te doen. En hoewel het soms voor bewoners best moeilijk is om over het verleden te praten, levert het uiteindelijk veel dankbaarheid op. Bewoners vinden de gesprekken namelijk erg fijn. En is ook tevreden over het levensboek. De verzorgende zelf vonden de gesprekken ook leuker dan het maken van het levensboek.

Voor sommige bewoners is het niet goed, vonden verzorgenden. Die hebben teveel ellende meegemaakt en willen daar niet over praten. Die bewoners hebben zich meestal al voor het begin teruggetrokken of zijn na de eerste bijeenkomst gestopt.

Enkele verzorgers hebben gemerkt dat de bewoners na beëindiging van de gesprekken in een gat vielen, men vindt de gesprekken erg fijn en mist het als deze plotseling weer ophouden. Er is volgens eigen zeggen geen tijd om op eigen initiatief bij bewoners langs te gaan: daarvoor is het te druk.

HOORT HET MAKEN VAN LEVENSBOEKEN BIJ JE PROFESSIONAL ALS ZORGVERLENER?

Sommige verzorgenden vonden van wel, maar wilden dan wel optimaal gefaciliteerd worden. Anderen vonden van niet. Het kost veel te veel tijd. En: 'Ik ben er om iets met mensen te doen, te verzorgen. Niet om met ze te praten.' 'Ik wil niet aan een bureau zitten te werken. Dan had ik wel een kantoorbaan genomen.' Sommigen vonden het meer een taak voor de familie of voor vrijwilligers.

Men was het erover eens dat als dit ingevoerd wordt in de huizen het heel anders moet: of men moet vanuit het werk voldoende tijd geven of men moet het anders organiseren, bijvoorbeeld met vrijwilligers.

HET ONDERZOEK

De verzorgenden geven aan dat ze het jammer vinden dat ze niet precies weten wat er nu gemeten wordt in het onderzoek. Ze willen meer informatie over het project en vooral over het doel van het project. Wie worden hier beter van en wat wordt er met de resultaten gedaan?

Interviewinstructie

Het narratieve interview begint met één open vraag. Verdere verbale interventies blijven tot uiterste beperkt. De houding van u is open, begrijpend en aanmoedigend.

Houding

- Toon een respectvolle, belangstellende, open, accepterende houding
- Wees niet bang voor stiltes
- Val de ander niet in de rede
- Het uiten van bevestigende en aanmoedigende feedback is prima
- Ga niet in discussie

Vooraf

Stel de respondent op haar gemak door duidelijk uit te leggen hoe het interview in zijn werk gaat. U herinnert de respondent eraan dat het interview op band zal worden opgenomen. Controleer of de opnameapparatuur goed is opgesteld. Doe eventueel een geluidstest. Leg goed aan de respondent uit wat u doet.

U vraagt na of bekend is dat de inhoud alleen aan de onderzoeker bekend wordt en niet aan derden gegeven zal worden. In het geval dat de verteller vraagt waarom het opnieuw nodig is hun levensverhaal te vertellen, legt de interviewer uit dat de onderzoekers graag willen weten hoe ze hun levensverhaal op verschillende momenten vertellen.

Beginvraag

U grijp terug op de instructie aan het begin van het gehele interview. U vraagt: 'Ik wil u, zoals gezegd, vragen om uw levensverhaal vertellen'.

Interventies

Aan de hand van onderstaande interventies kunt u het gesprek op gang houden of afronden.

Bij (lange) stiltes:

- Vaak vertellen de respondenten hun verhaal aan een stuk door. Dat duurt zo'n 20 minuten. Daarna stopt het even. Als u dan wacht, komt het meestal vanzelf weer op gang en worden een aantal onderdelen (vaak uit het nabije verleden) verder uitgediept.
- Als u de indruk krijgt dat het vertellen stagneert, kunt u besluiten een aanzet te geven om verder te vertellen.
- Bijvoorbeeld door na een tijdje de laatst uitgesproken zin te herhalen: "U hebt uw kinderen jarenlang niet gezien..."
- Of door verder te vragen op het punt waar de stilte is gevallen: "U bent toen naar Nederland teruggekeerd. Hoe was dat voor u?"
- Of door een vraag te stellen naar een andere periode, thema of belangrijke persoon: "U heeft vooral verteld over ..., is er mogelijk nog

een andere periode waarover u iets wilt vertellen?”, of: “U heeft vooral verteld over ..., is er mogelijk nog iemand anders waarover u wilt vertellen?”

- Ook kan het werken om een kernzin te herhalen: ‘Het leven is een gave en een opgave’, of: ‘Het is me niet aan komen waaien’ etc. en te vragen of ze daar nog meer over kan zeggen.
- Niet teveel interpreteren. Dus niet: “Uw levensverhaal is het verhaal van uw huwelijk” of: “het lijkt me dat u een zinvol leven heeft gehad.”
- Als het vertellen helemaal niet op gang komt kan een vraag naar bv. de hoogste- of dieptepunten wel helpen. Als u inschat dat een vraag naar hoogste- en dieptepunten te pompeus is voor dien persoon kun je dat ook afzwakken: “Kunt u iets over de mooie en minder mooie periodes van uw leven vertellen?”
- Als ook dat niet werkt, kunt u proberen concreter te worden (dit niet te snel doen!): ‘kunt u iets vertellen over uw jeugd, over de tijd voor de oorlog, over uw schooltijd, dat u uw kinderen kreeg, over de tijd na de oorlog, dat u grootmoeder werd?’ etc. Als het na verschillende interventies echt niet lukt om het vertellen op gang te krijgen, is het beter dit onderdeel te beëindigen.

Als de verteller uitzonderlijk lang blijft stilstaan bij een bepaald onderwerp, thema of gebeurtenis kunt u een korte interventie doen. Deze interventie is formeel en verwijst naar de beperkte tijd: “Mag ik u eraan herinneren dat we maar een half uur de tijd hebben. Ik kan me voorstellen dat u ook nog andere dingen wilt vertellen.” Of: “Zijn er nog andere herinneringen / gebeurtenissen / dingen waarover u wilt vertellen?” Of: “Welke belangrijke gebeurtenissen uit uw levensverhaal zijn nog niet aan de orde geweest?” Als de interventie niets oplevert is een nieuwe interventie niet nodig.

Aankondiging van het eind van het interview:

Als er zo’n 20 of 25 minuten verstreken zijn meldt u dat de verteller nog 10 of 5 minuten heeft. Op deze wijze wordt een afronding voorbereid.

Vlak voor het einde meldt u dat ze moeten afronden. Als de oudere zelf niet het verhaal beëindigt, doet u dat, op vriendelijke doch besliste wijze. Overschrijding van enkele minuten is uiteraard geen probleem, maar veel meer moet het niet worden.

Bij verstoring van het interview:

Bij verstoring door externe factoren (iemand komt binnen, er gaat een telefoon of andere onvoorziene zaken) bewaakt u op directieve wijze de ruimte. Zij zal proberen het interview zo snel mogelijk weer te laten voortgaan.

Als een derde persoon aanwezig is

Als het goed is, hebt u de respondent van tevoren reeds gevraagd om voldoende tijd en een geschikte ruimte te reserveren, zodat het interview ongestoord kan worden gehouden. Het kan zijn dat ondanks dat er toch iemand aanwezig is.

Bijvoorbeeld een familielid of een mantelzorger. Allerlei redenen kunnen daarvan de oorzaak zijn. Maak duidelijk dat je met de oudere alleen het interview wilt afnemen. Desnoods kun je de gesloten vragen nog wel in aanwezigheid van die derde persoon afnemen, maar voor het narratieve autobiografische interview is een 1 op 1-situatie dringend gewenst. Als het echt helemaal niet anders kan, dan kan desnoods ook dat laatste deel in aanwezigheid van die derde persoon worden afgenomen.

Bij emoties:

Emoties zijn bij het vertellen wel te verwachten. In dat geval kunt u rustig wachten. De oudere redt zich doorgaans prima met haar eigen emoties.

Bij heftige emoties:

Bij zeer heftige emoties moet u een inschatting maken of het interview even onderbroken moet worden om de oudere op verhaal te laten komen of dat het interview mogelijk voortijdig beëindigd wordt. U maakt zo snel mogelijk melding van zo'n incident bij de onderzoeker.

Afronding:

Als het autobiografische interview is afgelopen dankt u de bewoner dat zij / hij het levensverhaal wilde vertellen en stopt de opname en vraagt of korte pauze nodig is. Daarna zet u het interview voort met de overige vragen.

Verwerking van de gegevens

De digitale opname stuurt u z.s.m. aan de onderzoeker.

Transcriptiesysteem

NIVEAUS VAN TRANSCRIPTIE

Vier vormen of niveaus van transcriptie kunnen worden onderscheiden.

I Een gestileerde transcriptie

Het interview wordt ontdaan van pauzes, herhalingen, aarzelingen, dialect, versprekingen. De tekst wordt gestileerd naar ABN en als zodanig weergegeven. Deze wijze is met name van belang voor inhoudsanalyse en ook voor informatief gebruik op inhoudsniveau.

II Een letterlijke transcriptie van de verbale uitingen

Het interview wordt zoveel mogelijk letterlijk weergegeven. Er vindt een lichte correctie naar het ABN plaats. Dialect wordt enigszins aangepast. Versprekingen en afgebroken woorden worden wel als zodanig weergegeven. Stiltes, hummen, lachen en huilen worden eveneens vermeld. Hiervoor is het systeem van Button & Lee geschikt.

III Een fonetische transcriptie

In deze vorm wordt het gesproken interview zoveel mogelijk fonetisch weergegeven. Pauzes en de lengte van de pauzes, klemtonen, uitroepen, hummen, aarzelingen, versprekingen, herhalingen, verlenging van klinkers, het tegelijk spreken van interviewer en respondent, de toon, huilen, lachen, verbasteringen, dialect, vloeken etc. worden met behulp van fonetische tekens weergegeven. Het meest gebruikte systeem hiervoor is dat van Jefferson.

IV Een fonetische weergave gecombineerd met beschrijving van non-verbale uitingen.

Nog uitgebreider is een transcriptie die ook de non-verbale uitingen van de respondent en de interviewer weergeeft. Buigingen, handbewegingen, het richten van de ogen, wippen met het been, spelen met een zakdoek etc. worden zoveel mogelijk in beschrijvingen weergegeven. Eigenlijk kan dit alleen als de interviewer zelf de transcriptie verzorgt, direct na de opname, of als er een video-opname is gemaakt, maar ook in het laatste geval verdient het aanbeveling dat de interviewer zelf de transcriptie verzorgt.

TWEE FASEN VAN TRANSCRIPTIE

Vaak worden twee fasen in de transcriptie onderscheiden. Catherine Kohler Riessman (1993) adviseert om eerst een ruwe transcriptie te maken en daarna de onderzoeker de verfijning te laten aanbrengen, aan de hand van de bijgestelde onderzoeksvragen, bijvoorbeeld ten aanzien van een indeling in segmenten. Ook Silverman (1993) adviseert twee fasen in de transcriptie. De eerste transcriptie is er een met behulp van een vereenvoudigd systeem van Heritage (1984). De tweede fase betreft met name een indeling in turns. Die is bedoeld voor de nadere analyse van de gesprekken.

AFWEGING EN KEUZE

Voor de analyse die ons voor ogen staat is niveau IV niet haalbaar en niet nodig. Niveau I strijkt het interview teveel glad waardoor emoties en verwarring gemakkelijk over het hoofd worden gezien. Aarzelingen, pauzes, versprekingen, hernemingen, emoties zijn indicaties voor de kwaliteit van de constructie van zin. Van niveau III is het voordeel dat de de toon van het interview enigszins bewaard blijft in de transcriptie. Maar het is de vraag of de tijdsinvestering die dit vraagt opweegt tegen het resultaat. Bovendien blijft de opname beschikbaar voor de analist, die daarmee beter de toon kan bepalen. Een aantal elementen uit de fonetische transcriptie, zoals pauzes en eventueel lengte van pauzes, tussenwerpsels, doorkruisen van gesprek, lachen en de aard van de lach, huilen en de aard van het huilen. Maar het weergeven van de lengte van klinkers en elke toonverandering lijkt weer teveel van het goede. Daarom wordt gekozen voor niveau II.

DE SYSTEMATIEK

De transcribent kan het best gebruik maken van een aangepaste versie van het transcriptiesysteem van Jefferson. Bij lachen en pauzes zal van de notatie worden afgeweken en zal in woorden worden aangegeven wat er gebeurt. Dialect en accent wordt in principe vernederlandst. Behalve bij typische stopwoorden en uitdrukkingen die onvertaalbaar zijn.

Soms is de tekst onverstaanbaar. Bij één interview dat ik al heb beluisterd is dat zeker het geval. Daar is het grootste deel niet te verstaan, vooral als gevolg van het accent, het binnensmonds spreken, de slechte articulatie en de grote verschillen in tempo, volume en hoogte. Ik stel voor om, als het structureel is, aan te geven waar het het geval is, en de interviewer te vragen om aanvullingen. Als het incidenteel is, dan noteert de transcribent: 'onverstaanbaar'.

De tekst wordt in Microsoft Word uitgetypt, voorzien van regelnummering.

Als de transcribent de behoefte voelt een opmerking te plaatsen, over de inhoud, twijfel over transcriptie, een associatie of een idee voor de analyse, kan hij dat altijd doen, door middel van het invoegen een memo onder de werkbalk 'redigeren'.

Na afloop van de transcriptie

De transcribent noteert na afloop van de transcriptie de toon van het vertelde verhaal in het volgende schema.

Meerdere antwoorden mogelijk

Verdrietig	-1-
Geagiteerd	-2-
Rustig	-3-
Bezonnen	-4-
Bozig	-5-
Teleurgesteld	-6-

Ironisch	-7-
Opgewekt	-8-
Tevreden	-9-
Vrolijk	-10-
Klagerig	-11-
Cynisch	-12-
anders, namelijk:	

De thema's die volgens hem/haar aan de orde zijn geweest

Een aantal opvallende zaken t.a.v. de structuur en de ordening van het interview. Te denken valt aan: Is het geordend? Zo ja, hoe? Geeft de respondent eerst een inhoudsopgave en werkt zij dan de episodes uit? Slaat ze bepaalde periodes of episodes over? Is er sprake van een chronologische vertelorde. Is er een thematische ordening? Komt het heden ter sprake. Komt de toekomst ter sprake?

LITERATUUR OVER TRANSCRIPTIE

Bucholtz, M. (2000). The politics of transcription, *Journal of Pragmatics*, 32, 1439-1465.

Have, P. ten (1999). *Doing conversation analysis*. London; Sage.

Hepburn, A. (in press). Crying: Notes on description, transcription and interaction. *Research on Language and Social Interaction*.

Hutchby, I., & Wooffitt, R. (1998). *Conversation Analysis: Principles, practices and applications*. London: Sage.

Jefferson, G. (1985). An exercise in the transcription and analysis of laughter. In T. van Dijk (Ed.), *Handbook of Discourse Analysis*, Vol. 3. London: Academic Press.

Ochs, E. (1979). Transcription as theory. In E. Ochs & B. Schieffelin (Eds.), *Developmental Pragmatics*. New York: Academic Press.

Peräkylä, A. (1997). Reliability and validity in research based on transcripts. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research: Theory, method and practice*. London: Sage.

Psathas, G. & Anderson, T. (1990). The 'practices' of transcription in conversation analysis. *Semiotica*, 78, 75-99.

West, C. (1996). Ethnography and orthography: A (modest) methodological proposal, *Journal of Contemporary Ethnography*, 25, 327-352.

Heritage, J. (1984), *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity

Kohler Riessman, Catherine (1993), *Narrative Analysis*. Sage: Newbury Park, California

Rubin, Herbert J; Irene S. Rubin (2005), *Qualitative Interviewing. The Art of Hearing Data*. Sage: Newbury Park, California

Silverman, David (1993), *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage

Geraadpleegde websites

<http://homepage.ntlworld.com/jonathan.potter1/transcription/transcription.htm>

<http://www-staff.lboro.ac.uk/~ssca1/intro1.htm>

http://users.skynet.be/fa001094/doctoraat/DEEL7_bijlagen1.pdf

Overzicht van Transcriptiecodes

[]	Square brackets mark the start and end of overlapping speech. Position them in alignment where the overlap occurs, as shown below.
↑↓	<i>Vertical arrows precede marked pitch movement, over and above normal rhythms of speech. They are for marked, hearably significant shifts — and even then, the other symbols (full stops, commas, question marks) mop up most of that. Like with all these symbols, the aim is to capture interactionally significant features, hearable as such to an ordinary listener—especially deviations from a common sense notion of ‘neutral’, which admittedly has not been well defined.</i>
<i>Underlining</i>	<i>Signals vocal emphasis; the extent of underlining within individual words locates emphasis, but also indicates how heavy it is.</i>
CAPITALS	mark speech that is obviously louder than surrounding speech (often occurs when speakers are hearably competing for the floor, raised volume rather than doing contrastive emphasis).
((Pause))	In case of a notable silence note the word ‘pause’ or ‘long pause’ between double brackets. ¹²
(.)	A micropause, hearable but too short to measure.
((text))	Double parenthesis contains author’s descriptions rather than transcription, e.g. ‘confirms that ((continues)) or not at all ((laughs extremely loud)). ¹³
<i>she wa::nted</i>	<i>Colons show degrees of elongation of the prior sound; the more colons, the more elongation. I use one per syllable-length.</i>

¹² Een aanvulling van mij (TT).

¹³ Idem.

Yeh,	'Continuation' marker, speaker has not finished; marked by fall-rise or weak rising intonation, as when enunciating lists.
y'know?	Question marks signal stronger, 'questioning' intonation, irrespective of grammar.
Yeh.	Periods (full stops) mark falling, stopping intonation ('final contour'), irrespective of grammar, and not necessarily followed by a pause.
solid.= =We had	'Equals' signs mark the immediate 'latching' of successive talk, whether of one or more speakers, with no interval. Also used as below (lines 3-5), where an unbroken turn has been split between two lines to accommodate another speaker on the transcript page.
((laughs))	I prefer the notation of 'laugh', 'laughter' or 'giggle'. See below at double parenthesis. ¹⁴ In case of laughter within speech I prefer the notation of 'speaks laughing', or 'laughter' or 'giggle'. See below at double parenthesis. It is also possible to note between double brackets the interpretation of the transcriber e.g. ((ironical)), ((tongue in cheek)).
uh um	How to spell 'er' and 'erm' the Jefferson way. (Can be added to, etc.).
()	Empty parenthesis indicate the transcriber's inability to hear what was said. ¹⁵
(word)	Parenthesised words are possible hearings. ¹⁶

¹⁴ Idem.

¹⁵ Deze aanvulling komen uit het systeem van Heritage (1984), geciteerd uit Silverman (1993:118).

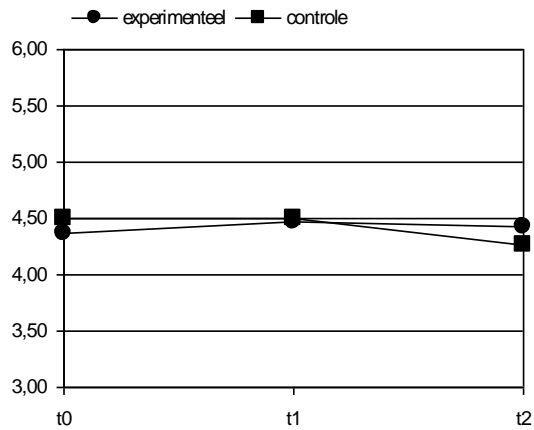
¹⁶ Idem.

Figuren

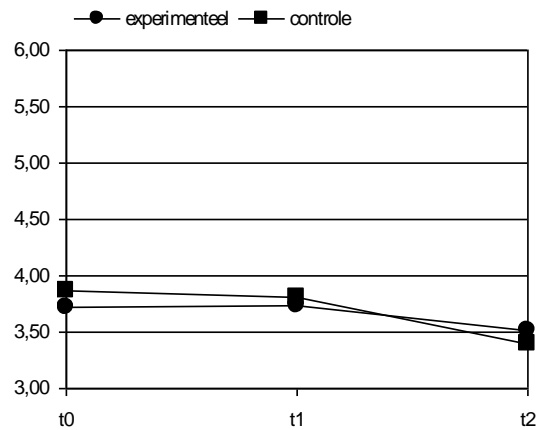
ZELFEVALUATIE WELBEVINDEN EN FUNCTIONEREN DOOR ZORGVRAGER

Figuren bij Tabel 3.8 Zelfevaluatie welbevinden en functioneren van zorgvragers.

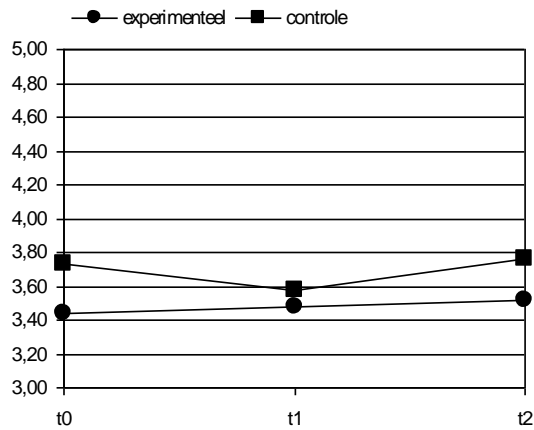
Figuur 7.1 Ontwikkeling mentale gezondheid (1=slecht, 6=goed)



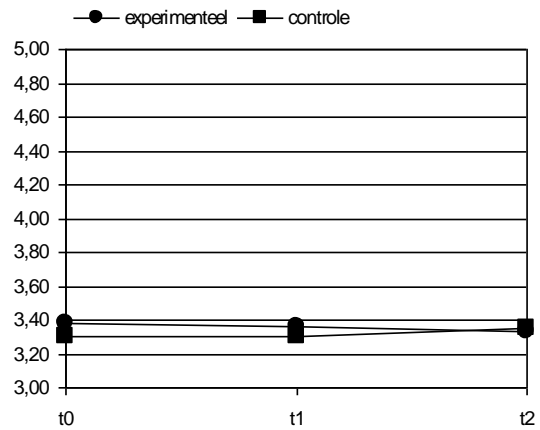
Figuur 7.2 Ontwikkeling vitaliteit (1=slecht, 6=goed)



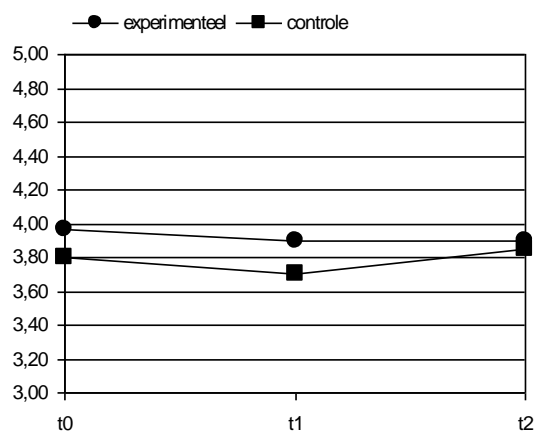
Figuur 7.3 Ontwikkeling tevredenheid met verleden (1=laag, 5=hoog)



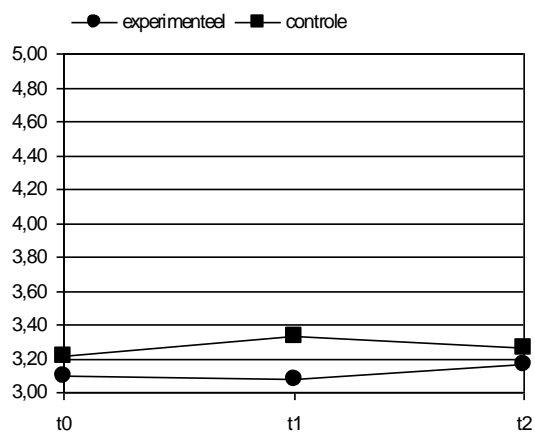
Figuur 7.4 Ontwikkeling stelling 'Leven in eigen handen' (1=oneens, 5=eens)



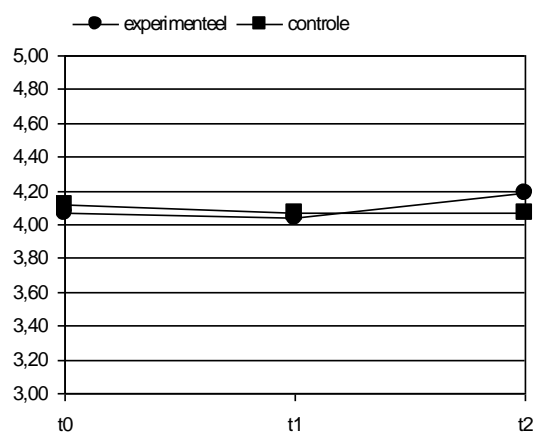
Figuur 7.5 Ontwikkeling 'Leven teveel door anderen laten leiden' (1=teveel, 5=niet teveel)



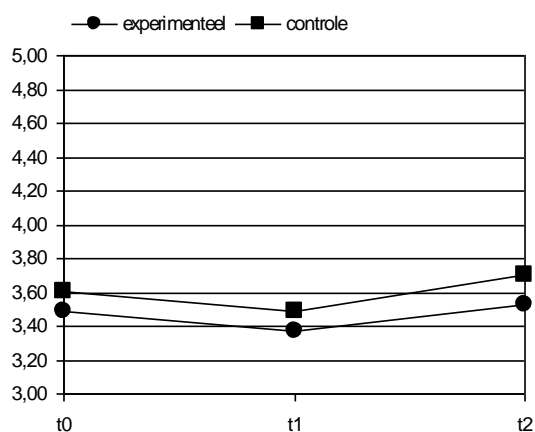
Figuur 7.6 Ontwikkeling lichamelijk welbevinden (1=laag, 5=hoog)



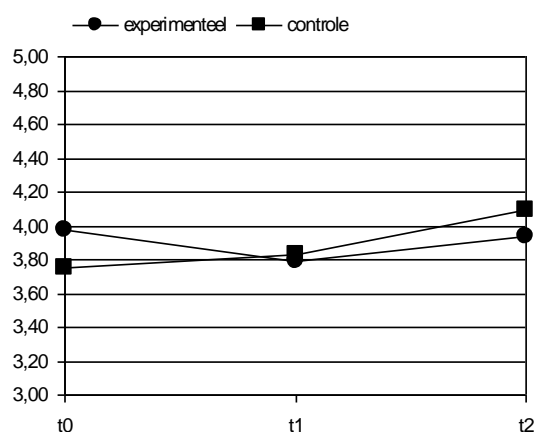
Figuur 7.7 Ontwikkeling sociaal welbevinden (1=laag, 5=hoog)



Figuur 7.8 Ontwikkeling existentieel welbevinden (1=laag, 5=hoog)



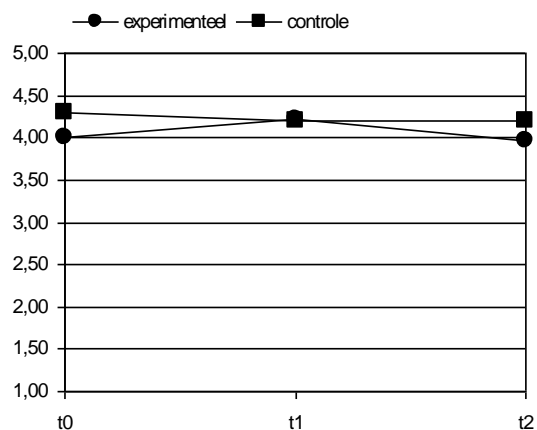
Figuur 7.9 Ontwikkeling attitude levenseinde (1=angstig, 5=aanvaardend)



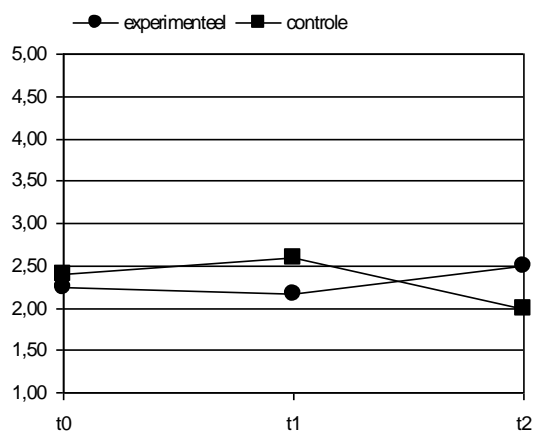
EVALUATIE WELBEVINDEN EN FUNCTIONEREN DOOR ZORGVERLENER

Figuren bij tabel 3.9 Ontwikkeling welbevinden en functioneren bewoners volgens verzorgenden

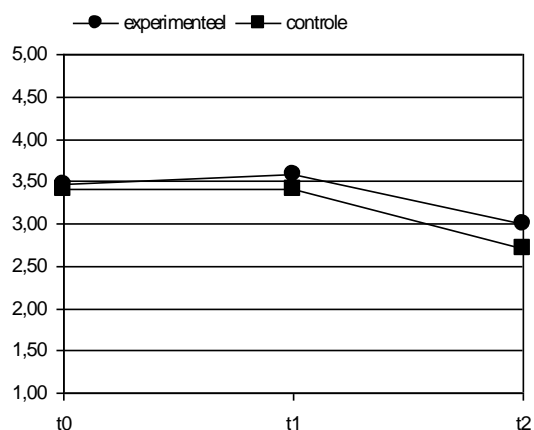
Figuur 7.10 Tevredenheid bewoner over bezoek (1=laag, 5=hoog)



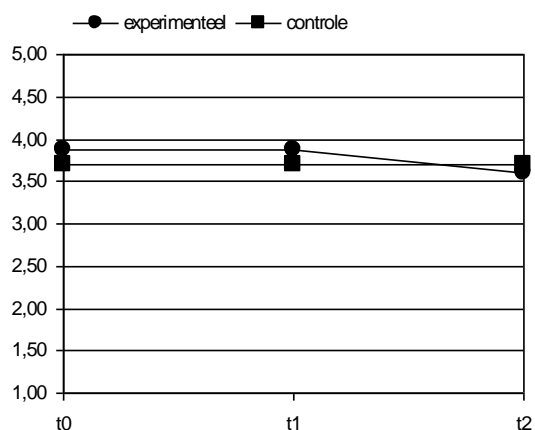
Figuur 7.11 Pijn bewoner (1=laag, 5=hoog)



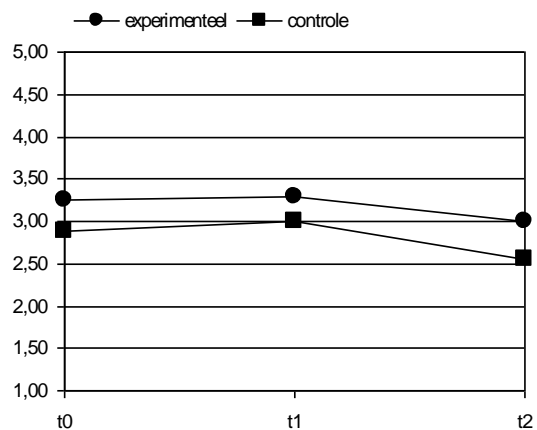
Figuur 7.12 Geluk bewoner (1=laag, 5=hoog)



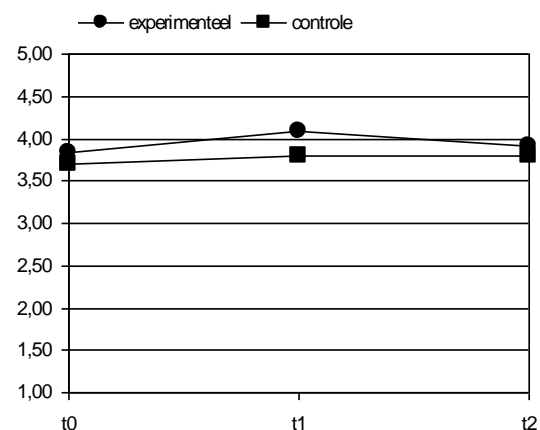
Figuur 7.13 Relaties aanwezig (1=laag, 5=hoog)



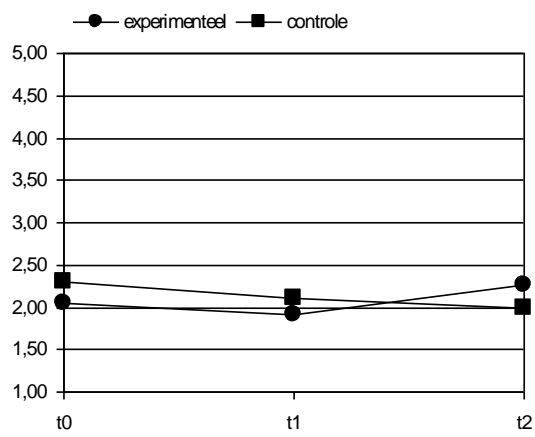
Figuur 7.14 Bewoner energiek (1=laag, 5=hoog)



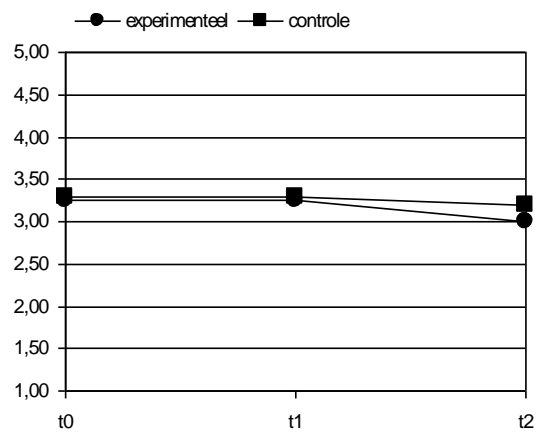
Figuur 7.15 Bewoner tevreden met sociale contacten (1=laag, 5=hoog)



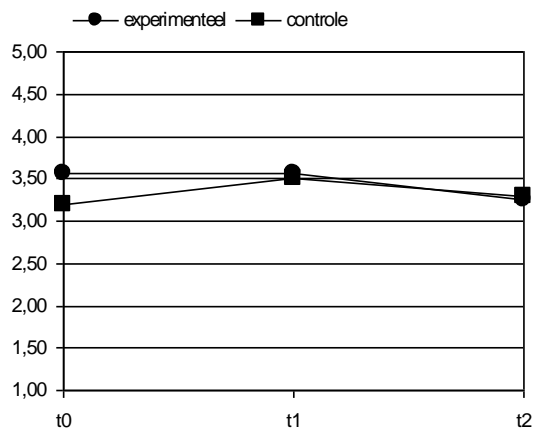
Figuur 7.16 Bewoner neerslachtig (1=laag, 5=hoog)



Figuur 7.17 Bewoner lichamelijke klachten (1=laag, 5=hoog)



Figuur 7.18 Bewoner voelt zich goed (1=laag, 5=hoog)



8. Bibliografie

- Baart, I. (2002) *Ziekte en zingeving. Een onderzoek naar chronische ziekte en subjectiviteit*. Assen: Van Gorcum.
- Baltes, P.B. (1997) 'On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory.' *American Psychologist* 366-380 366-380.
- Baltes, P.B. & Mayer, K.U. (Ed. 1999) *The Berlin Aging Study: aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.
- Barclay, C.R. (1996) 'Autobiographical remembering. Narrative constraints on objectified selves.' In: Rubin, D.C. (Ed.) *Remembering our past. Studies in autobiographical memory*. Cambridge: Cambridge University Press 94-127.
- Beaton, S.R. (1991) 'Styles of reminiscence and ego development of older women residing in long term care settings.' *International Journal of Aging and Human Development* 32 (1), 53-63.
- Beke, G.A.H. (2001) *Project Zinvolle Dagbesteding; De Kiezende Oudere in een Kansrijke Omgeving*. Vlaardingen: Beke & Netwerk
- van Belzen, J.A. (2004) *Religie, melancholie en zelf. Een historische en psychologische studie over een psychiatrisch ego-document uit de negentiende eeuw*. Kampen: Kok.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966) *The social construction of reality*. New York: Doubleday.
- Bloemendal, G., et al. (1997) *Levensboeken. Een handleiding voor hulpverleners in de ouderenzorg*. Baarn: Intro.
- Bohlmeijer, E. (2007a) *Reminiscence and depression in later life*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Bohlmeijer, E. (2007b) *De verhalen die we leven. Narratieve psychologie als methode*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E., et al. (Ed. 2006) *De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van den Brink, P., et al. (2008) *De kunst van het ouder worden. Een praktisch en inspirerend middel bij het werken met het Zorgleefplan*. Utrecht: Kwiek / Sting.
- Brockmeier, J. & Carbaugh, D. (Ed. 2001) *Narrative and identity. Studies in autobiography, self and culture*. Amsterdam: John Benjamins.
- Brook, R. & al., e. (1979) 'Overview of adult health status measures fielded in RAND's Health Insurance Study.' *Medical Care* 15 724-735.
- Brugman, G. (2000) *Wisdom: source of narrative coherence & eudaimonia. A life-span perspective*. Delft: Eburon.
- Brugman, G. (2007) 'Het levensverhaal als constructie.' In: Bohlmeijer, E., et al. (Ed.) *De betekenis van levensverhalen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 41-60.
- Bruner, J. (1991) 'The narrative construction of reality.' *Critical Inquiry* 18 1-21.
- Bruner, J.S. (1990) *Acts of meaning*. Cambridge (Mass), London: Harvard University Press.
- Bruner, J.S. (2001) 'Self-making and world-making.' In: Brockmeier, J. and Carbaugh, D. (Ed.) *Narrative and identity. Studies in autobiography, self and culture*. Amsterdam: John Benjamins, 25-37.
- Buijssen, H. & Fiddelaers-Jaspers, R. (2008) *Levensalbum. Een handreiking voor contact*. Budel: Damon.
- Buijssen, H. & Poppelaars, K. (1997) *Reminiscentie. Een handleiding voor de praktijk*. Naarn: Intro.

- Burnside, I. & Haight, B.K. (1992) 'Reminiscence and life review: analysing each concept.' *Journal of Advanced Nursing* 17 855-862.
- Burr, V. (2003) *Social Constructionism*. London / New York: Routledge.
- Butler, R.N. (1963) *The life review. An interpretation of reminiscence in the aged*.
- Coleman, P.G. (1986) *Ageing and reminiscence processes. Social and clinical implications*. New York: John Wiley & Sons.
- Coleman, P.G. (1999) 'Creating a life story: the task of reconciliation.' *The Gerontologist* 32 (2), 133-139.
- Coleman, P.G. & O'Hanlon, A. (2004) *Ageing and development: theories and research*. London: Oxford University Press.
- Cook, E.A. (1998) 'Effects of reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents.' *Health Care for Women International* 19 109-118.
- Donders, J.P.H. (2004) *Narratieve reconstructie bij mensen met kanker*. Tilburg: z.u.
- Draaisma, D. (2001) *Waarom het leven sneller gaat als je ouder wordt. Over het autobiografisch geheugen*. Groningen: Historische Uitgeverij.
- Erikson, E. (1982) *The life cycle completed*. New York: W.W. Norton and Co.
- Erikson, E.H. (1963) *Childhood and Society*. Hammondsworth: Penguin.
- Fivush, R. (1991) 'The social construction of personal narratives.' *Merril-Palmer Quarterly* 37 59-82.
- Fivush, R. & Reese, E. (2005) 'Reminiscing and relating: the development of parent-child talk about the past.' In: Webster, J.D. and Haight, B.K. (Ed.) *Critical advances in reminiscence work*. New York: Springer.
- Frank, A. W. (1995), *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Franssen, J. (1998) 'Een landschap van herinneringen.' In: Breed, G., et al. (Ed.) *Oud geboren om jong te sterven. Ouderenzorg en levensverhaal*. Zoetermeer: Meinema, 93-116.
- Freeman, M. & Brockmeier, J. (2001) 'Narrative integrity. Autobiographical identity and the meaning of the "good life".' In: Brockmeier, J. and Carbaugh, D. (Ed.) *Narrative and identity. Studies in autobiography, self and culture*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 75-99.
- Frye, N. (1990) *Anatomy of Criticism. Four essays*. London: Penguin Books
- Ganzevoort, R.R. (Ed. 1998) *De praxis als verhaal. Narrativiteit en Praktische Theologie*. Kampen: Kok.
- Ganzevoort, R.R. (2001) *Reconstructies. Praktisch-theologisch onderzoek naar de verhalen van mannen over seksueel misbruik en geloof*. Kampen: Kok.
- Ganzevoort, R.R. & Visser, J. (2007) *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*. Zoetermeer: Meinema.
- Gergen, K.J. (1988) *Narrative and the self as relationship*. San Diego: CA: Academic Press.
- Gergen, K.J. (1994) *Realities and relationships. Soundings in social construction*. Cambridge (MS): Harvard University Press.
- Gergen, K.J. & Gergen, M.M. (1986) 'Narrative form and the construction of psychological science.' In: Sarbin, T.R. (Ed.) *Narrative psychology. The storied nature of human conduct*. New York: Praeger,
- Gerkin, C.V. (1984) *The living human document. Re-visioning pastoral counseling in a hermeneutical mode*. Nashville: Abingdon.
- Gibson, F. (2004) *The past in the present. Using reminiscence in health and social care*. Baltimore: Health Professions Press.
- Glass, J.M. (1993) *Shattered selves. Multiple personality in a postmodern world*. Ithaca (NY): Cornell University.
- Gräb, W. (2000) *Lebensgeschichten, Lebensentwürfe, Sinndeutungen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

- Greenwald, A.G. (1980) 'The totalitarian ego. Fabrication and revision of personal history.' *American Psychologist* 35 (7), 603-618.
- Haan-de Braal, H.J. (2006) *Levensboek als sleutel tot het levensverhaal. Een onderzoek naar de mogelijkheden voor het gebruik van een levensboek binnen een pastorale context*. Kampen: Theologische Universiteit Kampen.
- Haight, B.K., et al. (1995) 'The linchpins of a succesful life review: structure, evaluation, and individuality.' In: Webster, J.D. (Ed.) *The art and science of reminiscing. Theory, methods and applications*. Washington: Taylor & Francis 179-191.
- Haight, B.K. & Haight, B.S. (2007) *The handbook of structured life review*. Baltimore, London, Sydney: Health Professions Press.
- Haight, B.K. & Hendrix, S. (1995) 'An integrated review of reminiscence.' In: Haight, B.K. and Webster, J.D. (Ed.) *The art and science of reminiscing. Theory, methods and applications*. Washington: Taylor & Francis 3-21.
- van de Haterd, J., et al. (2000) *Beroepsprofiel van helpenden en verzorgenden*. Utrecht: Elsevier gezondheidszorg / LCVV
- Hendrix, S. & Haight, B.K. (2002) 'A continued review of reminiscence.' In: Webster, J.D. and Haight, B.K. (Ed.) *Critical advances in reminiscence work. From theory to application*. New York: Springer, 3-29.
- Herman, D. (1996) 'Life stories: the creation of coherence.' *Style*
- Hermans, H.J.M. (1996a) 'Opposites in a dialogical self: Constructs as characters.' *The Journal of Constructivist Psychology* 9 1-26
- Hermans, H.J.M. (1996b) 'Voicing the self: From information processing tot dialogical interchange.' *Psychological Bulletin* 119 31-50
- Hermans, H.J.M. (2001) 'The construction of a personal position repertoire: Method and practice.' *Culture & Psychology* 7 232-365
- Hermans, H.J.M. & Hermans-Jansen, E. (1995) *Self-narratives. The construction of meaning in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Hijweege, N. (2004) *Bekering in bevindelijk gereformeerde kring. Een psychologische studie*. Kampen: Kok.
- Hoogenboezem, G. (2003) *Wonen in een verhaal*. Utrecht: De Graaff.
- Houben, P. (2002) *Levensloopbeleid*. Utrecht: Elsevier.
- Huizing, W. & Tromp, T. (2005) *Open kaart. Met ouderen in gesprek over hun levensverhaal*. Utrecht: Reliëf.
- Huizing, W. & Tromp, T. (2007) *Mijn leven in kaart. Met ouderen in gesprek over hun levensverhaal*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- In balans, aandacht voor levensverhalen en levensbalans in de ouderenzorg*, Arcares Utrecht december 2001.
- Janoff-Bulman, R. (1992) *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Kenyon, G.M. & Randall, W.L. (1997) *Restorying our lives: Personal growth through autobiographical reflection*. Westport Conn: Praeger.
- King, L.A., et al. (2000) 'Stories of life transition: subjective well-being and ego development in parents of children with down syndrome.' *Journal of Research in Personality* 34 509-536.
- Klein, K. (2003) 'Narrative construction, cognitive processing, and health.' In: Hermans, D. (Ed.) *Narrative theory and coginitve sciences*. Stanford, CA: CSLI Publications 56-84.
- Knippenberg, M.P.J.v. (1998) *Tussen Naam en Identiteit*. Kampen: Kok.
- Kovach, C.R. (1990) 'Promise and problems in reminiscence research.' *Journal of Gerontological Nursing* 16 (10-14),
- Labov, W. (2001) 'Uncovering the event structure of narrative.' In: ?? (Ed.) *Georgetown University Round Table*. Georgetown: Georgetown University Press,

- Labov, W. & Waletzky, J. (1967) 'Narrative analysis.' In: Helm, J. (Ed.) *Essays on the Verbal and Visual Arts*. Seattle: University of Washington Press, 12-44.
- de Lange, F. (2003) 'Schipperen met het eigen leven. Zelfsturing als normatief ideaal.' In: Boer, T. and Roothaan, A. (Ed.) *Gegeven. Ethische essays over het leven als gave*. Zoetermeer: Boekencentrum, 59-77.
- Linde, C. (1993) *Life stories: the creation of coherence*. Oxford: Oxford University Press.
- Lo Gerfo, M. (1980) 'Three ways of reminiscence in theory and practice.' *International Journal of Aging and Human Development* 12 39-41.
- Luther, H. (1992) *Religion und Alltag. Bausteine zu einer praktischen Theologie des Subjekts*. Stuttgart: Radius.
- Marcoen, A. (1990) 'Reminiscentie bij ouderen: vóórkomen en functie.' In: Bayens, J.P. (Ed.) *Gerontologie en geriatrie*. Leuven: Acco 247-257.
- Marcoen, A., et al. (2002) 'Dimensies van subjectief welbevinden bij ouderen.' *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 33 156-165.
- McAdams, D.P. (1988) *Power, Intimacy and the Life Story. Personological Inquiries into Identity*. New York: The Guilford Press.
- McAdams, D.P. (1993) *The stories we live by. Personal myths and the making of the self*. . New York / London The Guilford Press.
- McAdams, D.P. (2001) *The person. An integrated introduction to personality psychology*. New York: Harcourt.
- McAdams, D.P. (2006) *The redemptive self. Stories Americans live by*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- McAdams, D.P., et al. (2001) 'When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narrative and their relation to psychosocial adaptation in midlife adults and in students.' *Personality and Social Psychology Bulletin* 27 (4), 474-485.
- Mies, L. (1999) *Het levensverhaal als (zingeving)interventie bij ouderen. Een inventariserend onderzoek naar levensverhaalmethoden in ouderenzorg en ouderenwerk*. Amsterdam: VU.
- Mills, M.A. (1998) *Narrative Identity and Dementia. A study of autobiographical memories and emotions*. Aldershot: Ashgate.
- Murray, K. (1989) 'The construction of identity in the narratives of romance and comedy.' In: Shotter, J. and Gergen, K.J. (Ed.) *Texts of identity* London: Sage,
- Penninx, P. (1996) *Ongekend talent, mobiliseren van het human capital van ouderen*. Utrecht: NIZW
- Polkinghorne, D.E. (1988) *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press.
- Pool, A., et al. (2001) *Met het oog op de toekomst. Beroepscompetentie van hbo-verpleegkundigen*. Utrecht: NIZW
- Van Puyenbroeck, J. (2006) *Reminiscence in ageing people with intellectual disabilities : exploration of the phenomenon and evaluation of adapted group work*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Randall, W.L. & McKim, A.E. (2008) *Reading our lives. The poetics of growing old*. Oxford / New York: Oxford University Press.
- Ravensbergen, J. & Zandvliet, J. (2006) *Dat verandert de zaak! Geleerde implementatielessen van ZonMw* Assen: Van Gorcum.
- Ray, R.E. (2000) *Beyond nostalgia. Aging and life-story writing*. Charlottesville / London: Univesrity Press of Virginia.
- Ricoeur, P. (1984-1988) *Time and narrative*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ricoeur, P. (1992) *Oneself as another*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sarbin, T.R. (Ed. 1986) *Narrative psychology. The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.

- Schütze, F. (1984) 'Kognitive Figuren des autobiografischen Stehgreiferzahlens.' In: Kohli, M. and Robert, G. (Ed.) *Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven*. Stuttgart: J.B. Metzler, 78-116.
- Shamai, M. & Levin-Megged, O. (2006) 'The Myth of Creating an Integrative Story: The Therapeutic Experience of Holocaust.' *Qualitative Health Research* 16 (5), 692-712.
- ter Steege, G., et al. (1994) *Uitkijken naar het dessert. Levensloopmethoden in educatief werk met ouderen*. Utrecht: NIZW.
- De toon gezet: één taal voor kwaliteit. Rapport van de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T)*. 2008 (<http://www.minvws.nl/rapporten/lz/2008/rapport-de-toon-gezet.asp>, geraadpleegd februari 2009).
- Tromp, T. (2008) 'Zorg voor het verhaal.' *Zin in Zorg* 10 (1), 6-8.
- Venema, H.I. (2000) *Identifying selfhood. Imagination, narrative and hermenutics in the thought of Paul Ricoeur*. New York: State University of New York Press.
- Vernooij-Dassen, M. (1993) *Dementie en thuiszorg. Een onderzoek naar determinanten van het competentiegevoel van centrale verzorgers en het effect van professionele interventie*. Amsterdam: Zwets & Zeitlinger.
- Walker, M. U. (1999), 'Getting out of line. Alternatives to life as career.' In: M. U. Walker (Ed.), *Mother tim. Women, aging and ethics*. Lanham, Boulder, New York, Oxford: Rowman & Littlefield Publishers: 97-112
- Webster, J.D. (1995) 'Adult age differences in reminiscence functions.' In: Haight, B.K. and Webster, J.D. (Ed.) *The art and science of reminiscing. Theory, research, methods, and applications*. Taylor and Francis, 89-102.
- Wholihan, D. (1992) 'The value of reminiscence in hospice care.' *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 9 (2), 33-35.
- Wong, P.T.P. & Watt, L.M. (1991) 'What Types of Reminiscence are Associated with Successful Aging.' *Psychology and Aging* 6 (2), 272-279.
- van der Zee, K. & Sanderma, R. (1993) *Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken*. Groningen: