

Evaluatie van de Veder Methode; theater als contactmethode in de psychogeriatrische zorg

A.M. van Dijk, J.C.M. van Weert & R.M. Dröes (Red.)



Evaluatie van de Veder Methode; theater als contactmethode in de psychogeriatrische zorg

A.M. van Dijk, J.C.M. van Weert, R.M. Dröes (Red.)

EMGO Instituut voor Gezondheid en Zorgonderzoek, VU medisch centrum Amsterdam en
Amsterdam School of Communication Research ASCoR, Universiteit van Amsterdam

Dit rapport is een uitgave van het EMGO Institute for Health and Care Research (EMGO⁺) van VU medisch centrum en de Amsterdam School of Communication Research ASCoR van de Universiteit van Amsterdam.



Het project is gefinancierd vanuit het TransitieProgramma in de Langdurende Zorg (TPLZ)



Van Dijk, A.M., Van Weert, J.C.M., Dröes, R.M.

Evaluatie van de Veder Methode; theater als contactmethode in de psychogeriatrische zorg (herziene versie van eerste druk)

ISBN 978-90-807918-7-9

NUR-code 895

Omslagontwerp: Studio eL

Lay-out: A.M. van Dijk en M. Dahmaza

Drukker: Ipskamp Drukkers

Website: www.emgo.nl / www.ascor.uva.nl

© EMGO⁺, VU Medisch Centrum & Amsterdam School of Communication Research ASCoR, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam 2011

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

Laag licht

er is weleens zo'n avond dat over het gras
in de tuin het mooiste licht strijkt
dat er is: laat laag licht
en dat ik denk: dit was het dus
en het komt nooit meer terug -
maar wat geeft het

Rutger Kopland (1998)

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Samenvatting	9
Deel 1: Theorie en Praktijk	
Inhoudsopgave Deel 1	18
Samenvatting.....	19
1. Inleiding	21
2. Theorie	23
3. Methode van onderzoek	27
4. Resultaten observaties	31
5. Conclusie.....	50
Literatuur	53
Deel 2: Procesevaluatie	
Inhoudsopgave Deel 2.....	73
Samenvatting.....	75
1. Inleiding	78
2. Onderzoeksmethode.....	88
3. Resultaten: bevorderende en belemmerende factoren bij de methodiekoverdracht en het implementatieproces.....	91
4. Voorlopige resultaten implementatie	116
5. Conclusie en discussie	120
6. Aanbevelingen.....	126
Literatuur	128
Deel 3a: Effectonderzoek mensen met dementie	
Inhoudsopgave Deel 3a	143
Samenvatting.....	144
1. Inleiding	146
2. Methoden.....	148
3. Resultaten	156
4. Discussie	165
Literatuur	169
Deel 3b: Effectonderzoek zorgverleners	
Inhoudsopgave Deel 3b.....	177
Samenvatting.....	178
1. Inleiding	180
2. Methoden.....	185
3. Resultaten	188
4. Conclusies en discussie.....	212
Literatuur	217

Voorwoord

In dit rapport wordt de Veder Methode geëvalueerd. De Veder Methode is ontwikkeld door Theater Veder in Amsterdam. In samenwerking met AMSTA (zorgaanbieder in Amsterdam) heeft Theater Veder de Veder Methode geïmplementeerd en verspreid. De Veder Methode wordt inmiddels in de regio's Amsterdam, Eindhoven, Noord-Holland en Friesland breed toegepast. Het project wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) in het kader van de tweede tranche van het Transitie Programma in de Langdurende Zorg (TPLZ II). Partners binnen het TPLZ programma zijn ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), GGZ Nederland, LOC-LPR, Ministerie van VWS, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Om de transitie te evalueren is de Veder Methode wetenschappelijk onderzocht binnen een samenwerkingsverband van het EMGO Institute for Health and Care Research (EMGO⁺) van het VU medisch centrum en de Amsterdam School of Communication Research ASCoR van de Universiteit van Amsterdam. Het wetenschappelijk onderzoek richt zich op het beschrijven van de Veder Methode (Fase 1), het evalueren van de implementatie van de methodiek (Fase 2) en het onderzoeken van effecten van de methode op de kwaliteit van leven en het gedrag van mensen met dementie en hun zorgverleners (Fase 3). Dit rapport is het eindproduct van het wetenschappelijk onderzoek.

Het onderzoek is begeleid door een begeleidingscommissie die is samengesteld uit de volgende personen: mw. B. Peter (AMSTA), mw. M. Westra (Stichting Theater Veder), mw. M. Bodegraven (Stichting Theater Veder), mw. L. Wouterson (Stichting Theater Veder), mw. drs. C. Piqué (Transitieprogramma in de Langdurende Zorg), mw. drs. T. van Sprundel (ActiZ), mw. I. Borghuis (Actiz), mw. R. van Staalduine (Agis) en mw. dr. C.H. van der Kooij (Feeling for Care en IMOZ). De leden van de begeleidingscommissie willen we hartelijk bedanken voor hun waardevolle feedback. Wij willen ook Pieter van der Glind, Jasmijn de Baan, Joris Nijman, Maaïke Tasma en Christiane Möller bedanken voor hun uitstekende assistentie bij het onderzoek. Onze dank gaat ook uit naar Frank Tol en Sylvia Hermanns voor hun medewerking aan het onderzoek en de totstandkoming van dit rapport. Daarnaast bedanken wij de medewerkers van Theater Veder en alle zorgprofessionals voor hun bereidwillige medewerking aan de interviews, observaties, focusgroepen en de prettige samenwerking. Tot slot willen we alle bewoners van de zorginstellingen en hun familieleden c.q. wettelijke vertegenwoordigers hartelijk bedanken voor het verlenen van hun medewerking aan dit onderzoek.

Marijke van Dijk, Julia van Weert & Rose-Marie Dröes

Samenvatting



Samenvatting

Achtergrond In Nederland leven ruim 235.000 mensen met dementie, en ongeveer 30 procent van deze mensen woont in verpleeg- of verzorgingshuizen. Dementie wordt gekenmerkt door geheugenproblematiek, problemen met de taal (afasie), de herkenning (agnosie), het handelen (apraxie) en problemen met uitvoerende functies. Daarnaast komen er vaak gedrags- en stemmingsontregelingen voor, zoals agitatie, depressie, apathie, angst en psychoses. Een recent door Stichting Theater Veder ontwikkelde, belevingsgerichte methode is de Veder Methode, een verbeeldingsmethodiek die tot doel heeft contact te maken met mensen met (onder meer) geheugenproblemen. Deze innovatieve methode wil de zorgverleners handvatten aanreiken om beter met ouderen met dementie te communiceren. Doel is om wederkerigheid in het contact tot stand te brengen, zodat het gevoel van welzijn, de identiteit en het zelfvertrouwen van mensen met dementie wordt bevorderd en versterkt.

In dit onderzoeksrapport wordt verslag gedaan van een onderzoek ter evaluatie van de Veder Methode. Het onderzoek richtte zich op het beschrijven van de Veder Methode (Fase 1), het evalueren van de implementatie van de methodiek (Fase 2) en het onderzoeken van mogelijke effecten van de Veder Methode op mensen met dementie en hun zorgverleners (Fase 3). Het onderzoek werd uitgevoerd in de periode april 2009 tot april 2011.

Deel 1 van dit rapport is het resultaat van Fase 1 van het evaluatieonderzoek en beschrijft de 'Theorie en praktijk van de Veder Methode'. De Veder Methode integreert bestaande psychosociale zorg- en begeleidingsmethoden voor mensen met dementie, zoals reminiscentie, Validation, Neuro Linguïstisch Programmeren (NLP) en (geïntegreerde) belevingsgerichte zorg en combineert deze methoden met theatrale prikkels, zoals het spelen van rolfiguren (inclusief kostuums) met een verhaal, het gebruik maken van rekwisieten, het voordragen van poëzie en het zingen van liederen. Centraal in het gedachtegoed van de Veder Methode staat de wederkerigheid in het contact tussen bewoners met dementie en hun zorgverleners.

Voor de beschrijving van de Veder Methode in de praktijk zijn onder andere zeven huiskamervoorstellingen systematisch geobserveerd aan de hand van twee gestructureerde observatie instrumenten en vervolgens geanalyseerd op basis van vooraf opgestelde theoretische categorieën. In de resultaten worden de onderdelen van een huiskamervoorstelling gedetailleerd beschreven. Daarnaast wordt een overzicht gegeven van de optimale omstandigheden voor de uitvoering van een huiskamervoorstelling, en van mogelijke valkuilen. Uit de systematische observaties kan geconcludeerd worden dat de Veder Methode door de spelers van Theater Veder in hoge mate uitgevoerd wordt zoals deze volgens de theoretische uitgangspunten bedoeld is. Met name het belevingsgerichte gedrag van de acteurs, het één op één contact en de liedjes leiden tot positieve reacties bij de mensen met dementie.

Conclusie is dat de Veder Methode een unieke methode is die bestaande belevingsgerichte methoden integreert en combineert met het gebruik van theater. De acteurs van Theater Veder kunnen als goede rolmodellen fungeren voor zorgverleners die worden getraind om de Veder Methode uit te voeren.

Deel 2 is het verslag van de 'Procesevaluatie' waarin bevorderende en belemmerende factoren voor de methodiekoverdracht en de implementatie worden beschreven (Fase 2). Zowel de overdracht van de methode (methodiekoverdracht) als het invoeringsproces (het implementatieproces), zoals dat tot en met het najaar van 2009 is verlopen, is geëvalueerd. Er zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen met twaalf sleutelfiguren die betrokken waren bij de methodiekoverdracht en de implementatie van de Veder Methode. Daarnaast zijn de relevante resultaten van de vijf focusgroepen met 35 zorgverleners uit het effectonderzoek onder zorgverleners (Deel 3b), geanalyseerd en opgenomen in de procesevaluatie. De resultaten laten zien dat de respondenten de Veder Methode beschouwen als een nieuwe en effectieve methode om contact te maken met psychogeriatrische bewoners. De respondenten geven aan dat de effecten die zij zien bij de bewoners hen enthousiast maken. Bevorderende factoren voor de methodiekoverdracht zijn onder andere: aanwezige basiskennis van, of interesse in, belevingsgerichte zorgmethoden bij zorgverleners, betrokkenheid en ondersteuning van alle lagen van de organisatie (met name het management), bekendheid van de Veder Methode in de zorginstelling, en goede afstemming van wederzijdse verwachtingen tussen Stichting Theater Veder en de zorgverleners wat betreft kwaliteit en commitment. Daarnaast zijn de aanwezigheid van een vaste contactpersoon bij zowel de zorginstelling als Stichting Theater Veder en een plan van aanpak met daarin de randvoorwaarden voor implementatie, belangrijke factoren ter bevordering van de implementatie. Continuering van de toepassing van de methode blijkt niet vanzelfsprekend. Het is daarom van belang dat zorginstellingen en Stichting Theater Veder gezamenlijk bepalen hoe zij ervoor kunnen zorgen dat de implementatie en borging succesvol verlopen.

Deel 3a beschrijft het 'Effectonderzoek' naar de huiskamervoorstellingen volgens de Veder Methode op gedrag, stemming en kwaliteit van leven van bewoners met dementie. Het onderzoek vond plaats op 22 psychogeriatrische afdelingen in dertien Nederlandse verpleeghuizen. Er is gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksontwerp met drie groepen. Experimentele groep 1 (E1; n=65) nam deel aan een huiskamervoorstelling aangeboden door hiervoor getrainde professionele zorgverleners. Experimentele groep 2 (E2; n=31) nam deel aan een huiskamervoorstelling verzorgd door professionele acteurs. De controlegroep (n=55) ontving een gebruikelijke reminiscentie groepsactiviteit. Verschillende aspecten van gedrag, stemming en kwaliteit van leven werden gemeten met behulp van gestandaardiseerde observatielijsten op drie momenten: (T1) voormeting; (T2) tijdens de interventie, en (T3) nameting, twee tot vier uur na de interventie.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode een positief effect heeft op het gedrag en de stemming van mensen met dementie wanneer deze aangeboden wordt door professionele acteurs. Mensen die een huiskamervoorstelling bijwoonden uitgevoerd door acteurs (E2), lachten meer en waren minder verward in vergelijking met de controlegroep. Ze voelden zich ook meer thuis en hadden een betere (zorg)relatie dan mensen in E1. Bij de nameting lieten personen in E2 hogere scores op positief affect, zich thuisvoelen, stemming (vrolijk, genieten), samenwerken en (zorg)relatie zien dan personen in E1. Daarnaast reageerden zij alerter op activiteiten in hun omgeving en luisterden beter naar stem/geluid in vergelijking met zowel E1 als de controlegroep. Een opvallend resultaat is bovendien dat mensen in E2 ook twee tot vier uur na de voorstelling significant meer herinneringen ophaalden en minder sociaal geïsoleerd gedrag vertoonden dan de bewoners in de controlegroep. Ook waren bewoners in E2 alerter op activiteiten in hun omgeving in vergelijking met zowel E1 als de controlegroep. Deze resultaten laten zien dat de Veder Methode een meerwaarde heeft ten opzichte van reminiscentie. In dit onderzoek kon deze meerwaarde niet worden aangetoond voor uitvoering van de Veder Methode door zorgverleners. Zorgverleners waren nog maar beperkt getraind en gecoacht in de toepassing van de Veder Methode en de huiskamervoorstellingen waren meestal nog niet structureel geïmplementeerd in de dagelijkse zorg. Verbetering van, en toename van ervaring met, de uitvoering van de methode lijkt daarom een voorwaarde voor het bereiken van effecten.

Deel 3b omvat de rapportage van het 'evaluatieonderzoek onder zorgverleners' naar hun ervaringen met het werken met de Veder Methode. De focus lag daarbij op de *toepasbaarheid* van de Veder Methode door zorgverleners en de invloed van het werken met de methode op hun *arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaardering*. Er zijn vijf focusgroepen gehouden, waaraan in totaal 35 zorgverleners deelnamen. Een deel van de zorgverleners participeerde in de nascholing voor gebruikers van de Veder Methode (n=29), en een deel was niet meer actief betrokken bij het project (n=6). De zorgverleners vonden de Veder Methode in huiskamervoorstellingen *goed toepasbaar*, mits zij goede voorbereidingen troffen. In alle focusgroepen kwam aan bod dat de methode ook goede handvatten biedt voor het contact maken met bewoners in de 24-uurszorg. De zorgverleners geven aan dat hun *arbeidssatisfactie* positief wordt beïnvloed door de toepassing van de Veder Methode dankzij onder andere de positieve reacties van de bewoners, het collegiale contact en de humor en lichtheid in het contact met bewoners. Ook lijkt de Veder Methode de *werkbeleving* ten positieve te beïnvloeden. Zorgverleners geven aan bewuster en belevingsgerichter te communiceren. De Veder Methode geeft hen bovendien houvast in de communicatie met bewoners en geeft daarom ruimte om op een meer gevarieerde en creatieve manier te communiceren met bewoners. Tot slot rapporteren zorgverleners die de Veder Methode toepassen dat hun *zelfwaardering* door het werken met de Veder Methode, onder andere, is vergroot doordat zij zich bevestigd voelen in hun werk en de manier waarop zij contact maken met bewoners.

Geconcludeerd wordt dat het toepassen van de Veder Methode een positieve invloed lijkt te hebben op de arbeidssatisfactie, de werkbeleving en de zelfwaardering van zorgverleners.

Aanbevelingen Uit dit onderzoek blijkt dat de Veder Methode positief ontvangen is door zorginstellingen. De toepassing en implementatie blijkt echter niet altijd eenvoudig te realiseren. Met name de steun van het management en het voorzien in de randvoorwaarden worden van belang geacht voor het succesvol implementeren van de methode.

Ten tijde van het effectonderzoek bij bewoners (Deel 3a) waren de zorgverleners beperkt getraind en gecoacht in de toepassing van de Veder Methode. De huiskamervoorstellingen waren meestal nog niet geïmplementeerd in de gebruikelijke zorg, en de zorgverleners hadden in de meeste gevallen nog pas een enkele huiskamervoorstelling gegeven. Het is aannemelijk dat er om die reden geen duidelijke effecten bij bewoners werden gevonden wanneer huiskamervoorstellingen werden geboden door zorgverleners. De zorgverleners zelf rapporteerden wel positieve ervaringen met, en positieve reacties van, bewoners op de Veder Methode. Vervolgonderzoek met (inmiddels) meer ervaren en getrainde zorgverleners is nodig om het effect van huiskamervoorstellingen volgens de Veder Methode uitgevoerd door zorgverleners goed te kunnen onderzoeken. Voorts is onderzoek naar toepassing van de Veder Methode in de 24-uurszorg wenselijk.

Uit zowel de interviews als focusgroepen (Deel 2 en 3b) komt naar voren dat zorgverleners (elementen van) de Veder Methode goed kunnen gebruiken in het contact met bewoners gedurende de 24-uurszorg. Daarom wordt er tot slot aanbevolen de Veder Methode verder te ontwikkelen en breder toepasbaar te maken in de 24-uurs zorg.

Deel 1: Theorie en Praktijk



De Veder Methode

***Een nieuwe methode van communiceren
tussen zorgverleners en mensen met
geheugenproblemen in de psychogeriatrische zorg***

Inhoudsopgave Deel 1

Samenvatting	19
1. Inleiding	21
2. Theorie	23
2.1 Achtergrond	23
2.2 Geheugenbeperkingen	24
2.3 Remiscentie	24
2.4 Belevingsgerichte zorg	24
2.5 Neuro-Linguistisch Programmeren	25
2.6 Theatrale prikkels	25
2.7 Poëzie	26
2.8 Wederkerigheid	26
3. Methode van onderzoek	27
3.1. Procedure	27
3.2 Video-opnamen	27
3.3 Observatie-instrumenten	28
3.4 Interbeoordelaarbetrouwbaarheid	28
3.5 Data-analyse	29
4. Resultaten observaties	30
4.1 Huiskamervoorstelling	31
4.2 Kennismaking	33
4.3 Het publiek	35
4.4 Lange termijn geheugen	38
4.5 Theatrale ondersteuning	42
4.6 Korte termijn geheugen	46
4.7 Afsluiting	47
4.8 Theater de la Poésie	48
5. Conclusie	50
Literatuur	53

Bijlage I	Theorie Theater en de Theatrale prikkels
Bijlage II	Theorie Poëzietherapie
Bijlage III	Observatie-instrument: Vedermethode
Bijlage IV	Observatie-instrument: 'Quality of Caregivers' Behaviour in dementia care (QCB)
Bijlage V	Operationalisatie van de begrippen

Samenvatting

Achtergrond De Veder Methode is ontwikkeld door Stichting Theater Veder om de communicatie tussen mensen met geheugenproblemen of dementie en hun zorgverleners te verbeteren. De Veder Methode sluit aan op bestaande methoden, zoals reminiscentie, Validation, Neuro Linguïstisch Programmeren (NLP) en (geïntegreerde) belevingsgerichte zorg en past deze toe in combinatie met theatrale prikkels, zoals het spelen van rolfiguren (inclusief kostuums) met een verhaal, het gebruik maken van rekwisieten, het voordragen van poëzie en het zingen van liederen.

In dit rapport wordt de theoretische achtergrond van de methoden waarop de Veder Methode is gebaseerd beschreven en wordt ingegaan op de rol die theatrale prikkels en poëzie kunnen spelen in de communicatie met mensen met geheugenproblemen of dementie. Vervolgens wordt aan de hand van systematische observaties een beeld geschetst van de uitvoering van de Veder Methode in de praktijk. Daarbij wordt beschreven op welke wijze de verschillende methoden en theatrale prikkels aan bod komen in een huiskamervoorstelling die uitgevoerd wordt door professionele acteurs.

Methoden Voor de beschrijving van de Veder Methode in de praktijk zijn zeven huiskamervoorstellingen systematisch geobserveerd, waarvan er drie op video opgenomen zijn. Deze voorstellingen zijn allen geobserveerd aan de hand van twee gestructureerde observatie instrumenten en vervolgens geanalyseerd op basis van vooraf opgestelde theoretische categorieën. Hierbij is gekeken naar de mate waarin de acteurs de Veder Methode toepassen zoals oorspronkelijk bedoeld is, de kwaliteit van de aangeboden theatrale prikkels en de mate waarin de acteurs positieve omgangsvormen en belevingsgerichte gedragingen laten zien. De drie opgenomen huiskamervoorstellingen zijn door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar geobserveerd om de betrouwbaarheid van de observaties te kunnen beoordelen. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid bleek redelijk tot zeer goed te zijn.

Resultaten In de resultaten worden de onderdelen van een huiskamervoorstelling gedetailleerd beschreven. Daarnaast wordt een overzicht gegeven van de optimale omstandigheden voor de uitvoering van een huiskamervoorstelling en van mogelijke valkuilen. Naast praktische aanbevelingen, zoals een opstelling in hoefijzervorm en een maximale groepsgrootte van 14 toeschouwers, worden ook aanbevelingen ter bevordering van een optimale communicatie gedaan. Het is belangrijk dat er duidelijk en rustig gecommuniceerd wordt, goed geluisterd wordt naar wat de bewoner zegt, op ooghoogte contact met de bewoner wordt gemaakt, gevalideerd wordt, meegegaan wordt in de belevingswereld van de bewoner en dat bewoners bij naam worden genoemd. Om via het lange termijn geheugen (dat doorgaans het meest in tact is bij mensen met lichte tot matig ernstige dementie) contact te maken met de bewoners is het belangrijk dat herkenbare rolfiguren worden neergezet met passende kleding, dat attributen van vroeger worden gebruikt en dat op kleurrijke wijze wordt

verteld of herkenbare liederen worden gezongen. Later in de voorstelling wordt geappelleerd aan het korte termijn geheugen van de bewoners. Gevoelens en herinneringen verbinden met het hier en nu is hierbij essentieel.

Conclusie Geconcludeerd kan worden dat de Veder Methode door de acteurs van Theater Veder wordt uitgevoerd zoals oorspronkelijk bedoeld: de spelers passen de Veder Methode goed geïntegreerd toe; zij laten een belevingsgerichte basishouding zien en combineren aspecten uit de reminiscentie, Validation en NLP op een goede manier en maken daarbij adequaat gebruik van theatrale prikkels. Al deze elementen dragen bij aan het maken van persoonsgericht contact. Hierdoor fungeren zij tevens als goede rolmodellen voor de zorgverleners die de Veder Methode zullen gaan toepassen.

1. Inleiding

De Veder Methode is een methode bedoeld voor zorgverleners van bewoners met geheugenproblemen c.q. dementie van zorginstellingen. De methode richt zich op de communicatie tussen zorgverleners en deze bewoners en sluit aan bij verschillende, reeds toegepaste methoden en benaderingswijzen in de zorg voor mensen met dementie, zoals reminiscentie, Validation, (geïntegreerde) belevingsgerichte zorg en Neuro-Linguïstisch Programmeren (NLP). De Veder Methode is een nieuwe, innovatieve methode die deze bestaande methoden combineert en aanvult met 'theatrale prikkels'. Onder theatrale prikkels wordt verstaan het spelen van rolfiguren (inclusief kostuums) met een verhaal, het gebruik maken van rekvisieten, het voordragen van gedichten en het zingen van liederen. De methode is ontwikkeld door Stichting Theater Veder en wordt vanaf 2007 geleidelijk geïmplementeerd op psychogeriatrische afdelingen binnen de zorgsector in Nederland. Hoewel Theater Veder reeds sinds 2007 haar methode implementeert in verzorgingshuizen is er in de brede zorgsector en de wetenschap nog niet veel bekend over wat 'de Veder Methode' eigenlijk is en wat de waarde ervan is voor mensen met geheugenproblemen c.q. dementie en hun zorgverleners.

Sinds 2007 verzorgt Theater Veder informatiemiddagen, voorstellingen, trainingen en coaching on the job voor diverse organisaties in het gehele land. Begonnen werd met huiskamervoorstellingen en theatervoorstellingen in zorginstellingen die uitgevoerd werden door professionele spelers van Theater Veder. Daarnaast wordt de methode door middel van trainingen en coaching on the job overgedragen aan zorgverleners. Aansluitend vinden bijeenkomsten (de zogenaamde bruisplekken) plaats voor de getrainde en gecoachte zorgverleners. Deze bruisplekken zijn ter inspiratie, uitwisseling van ervaringen tussen de zorgverleners en verdere verdieping van de methode. De zorgverleners leren in het programma onder andere wat de uitgangspunten van de methode zijn en hoe zij de methode in hun eigen instelling kunnen toepassen, bijvoorbeeld door zelf huiskamervoorstellingen te geven en de methode te integreren in de 24-uurszorg.

Op dit moment is het programma reeds in 13 zorgkoepels op 150 afdelingen uitgevoerd. In het kader van het transitieproject wordt in de regio Amsterdam meerjarig samengewerkt met de zorgkoepels Amsta, Cordaan en de Osiragroep. In de regio Eindhoven wordt samengewerkt met Lunetzorg, SVVE de Archipel en Valkenhof. In Friesland met de zorgkoepels De Friese Wouden, Palet en Zorggroep Tellens en in Noord-Holland met Wilgaerden, Omring, Vrijwaard en GGZ Noord-Holland Noord. Onder deze zorgkoepels vallen grotere en kleinere verpleeg- en verzorgingshuizen, woon- en dagbestedingsvoorzieningen voor ouderen, lichamelijk en verstandelijk beperkten en mensen met psychiatrische problemen.

Bijzonder aan dit project is dat organisaties die gewoonlijk als concurrenten in de markt staan, nu de samenwerking opzoeken.

De eerste taak van het onderzoeksteam van het VUmc en de UvA was het beschrijven van de Veder Methode. Het resultaat hiervan is in dit Deel (1) opgenomen. In de Veder Methode staat de belevingswereld van ouderen met dementie¹ centraal. Via toneelspel, voordragen van poëzie en het zingen van liederen wordt gepoogd de verbeelding van mensen met dementie te prikkelen. Op welke theoretische principes de Veder Methode is gebaseerd en hoe die in de praktijk wordt vormgegeven, wordt in dit rapport beschreven. De beschrijving van de praktische uitvoering is gebaseerd op systematische observaties van huiskamervoorstellingen en theatervoorstellingen uitgevoerd door de spelers van Theater Veder. Immers zij voeren de Veder Methode het meest optimaal uit.

¹ Lees bij 'dementie' steeds 'geheugenproblemen'. Geheugenproblemen kunnen ook door andere aandoeningen dan dementie veroorzaakt worden, bijvoorbeeld door niet-aangeboren hersenletsel. De Veder Methode is in dit onderzoek onderzocht op verpleegafdelingen met bewoners met dementie. Vandaar dat omwille van de leesbaarheid deze term wordt gehanteerd.

2. Theorie

2.1 Achtergrond

In Nederland leven ruim 235.000 mensen met dementie en dit aantal zal als gevolg van de vergrijzing en de stijging van de gemiddelde leeftijd in de toekomst explosief stijgen naar meer dan een half miljoen in 2050 (Alzheimer Nederland, 2010). Een deel van deze mensen zal uiteindelijk in een zorginstelling terechtkomen. De Veder Methode wil de zorgomgeving van mensen met dementie handvatten aanreiken om beter met hen te kunnen communiceren. Zij richt zich met name op het voorkomen of verminderen van apathie bij ouderen met dementie en het vergroten van hun zelfvertrouwen.

Bij dementie optredende psychische symptomen en klachten, zoals depressie, apathie en angst, vormen een groot probleem. Ze komen gaandeweg het dementieproces bij 80 tot 90% van de mensen met dementie voor en maken de thuissituatie vaak onhoudbaar (Zuidema, 2007; Bakker, 2010). Uit recent onderzoek blijkt dat de meest voorkomende psychische klachten depressie (44%), apathie (43%), angst (42%) en agitatie/agressie (31%) zijn (Bakker, 2010). Veel mensen met dementie ervaren ook in toenemende mate gevoelens van onzekerheid. Deze onzekerheid komt mede voort uit vermindering van de vitaliteit, aantasting van het (korte termijn) geheugen en de oriëntatie, alsook door andere beperkingen die bij dementie optreden, zoals toenemende beperkingen in herkenning, taal, handelen en uitvoerende functies (planning, coördinatie en controle) (Jonker & Dröes, 2006). Ook het verlies van een actieve rol in de maatschappij kan hierin een belangrijke rol spelen.

De Veder Methode heeft tot doel de communicatie met mensen met dementie te verbeteren. Daarnaast is het mogelijk dat het zelfvertrouwen en welzijn van mensen met dementie worden verhoogd en daarmee bijkomende klachten worden verminderd. De Veder Methode sluit aan bij beschikbare kennis uit eerder onderzoek over verschillende, reeds bestaande methoden en benaderingswijzen in de zorg voor mensen met dementie (Finnema, Dröes, Ribbe & Tilburg 2000; van der Kooij, 2003; Dröes, van Mierlo, van der Roest & Meiland, 2010). Deze zijn onder andere: kennis over geheugenbeperkingen bij dementie en de eerder genoemde methoden reminiscentie, Validation, (geïntegreerde) belevingsgerichte zorg en NLP. Deze methoden worden geïntegreerd toegepast, waarbij aanvullend gebruik gemaakt wordt van theatrale prikkels. De theatrale prikkels worden zodanig toegepast dat het contact maken met de bewoners wordt geoptimaliseerd en ook poëzie draagt hieraan bij. Deze methoden en benaderingswijzen worden hierna verder toegelicht.

2.2 Geheugenbeperkingen

In de vele categorisaties die te maken zijn van het menselijk geheugen is één het onderscheid tussen het korte termijn geheugen en het lange termijn geheugen. Mensen met beginnende dementie hebben met name problemen met het recente declaratief (of expliciet) geheugen en het opnemen van nieuwe informatie (Cerhan et al., 2002). De herinneringen die meer in het verleden liggen, vooral die herinneringen die persoonlijk belangrijk zijn (autobiografisch geheugen), blijven relatief lang gespaard en raken pas aangetast in een verder gevorderd stadium van dementie (Hou, Miller & Kramer, 2005; Piolino et al., 2003). De Veder Methode probeert het contact met bewoners met een lichte tot matig ernstige dementie te stimuleren door op deze 'vroegere' persoonlijke herinneringen in te spelen die nog wel intact zijn.

2.3 Reminiscentie

Reminiscentie is een techniek die beoogt de 'vroegere' persoonlijke herinneringen te bereiken. Zij duikt, als het ware, in de relatief gespaarde 'verre' en autobiografische herinneringen (Thompson et al., 2004). Uit empirische studies blijkt dat reminiscentietechnieken de communicatie en aandacht kunnen verbeteren bij mensen met dementie (Gibson, 1994; Woods, Spector, Jones, Orrell, & Davis, 1998) en mogelijk ook hun welbevinden en sociale betrokkenheid gunstig kunnen beïnvloeden (Lai & Kayser-Jones, 2004). In de Veder Methode worden verhalen verteld, liederen gezongen en gedichten voorgedragen met als doel beelden en herinneringen van vroeger op te roepen. Daarnaast wordt gebruikt gemaakt van rekwisieten, voorwerpen en kleding van vroeger om het beeld zo levendig mogelijk te maken.

2.4 Belevingsgerichte zorg

Naast reminiscentie, sluit de Veder Methode ook aan bij de belevingsgerichte en persoonsgerichte zorgbenadering, zoals Validation (Feil, 1989a; 1989b; 1989c). Geïntegreerde belevingsgerichte zorg is het op de individuele (dementerende) verpleeghuisbewoner afgestemde geïntegreerde gebruik van belevingsgerichte benaderingswijzen en communicatieve vaardigheden, waarbij rekening wordt gehouden met de gevoelens, behoeften en lichamelijke en psychische beperkingen van de bewoner. Doel van de belevingsgerichte zorg is dat de bewoner zoveel ondersteuning ervaart bij de aanpassing aan de gevolgen van zijn ziekte en de verpleeghuisopname dat hij zich daadwerkelijk geborgen voelt en in staat is zijn gevoel van eigenwaarde te behouden (van der Kooij, 2003).

Het meegaan in de belevingswereld van de persoon met dementie, het serieus nemen van de gevoelens en emoties van bewoners door deze te bevestigen (valideren), en het echt contact maken zijn enkele centrale pijlers waarop de Veder Methode is gestoeld.

2.5 Neuro-Linguïstisch Programmeren

Neuro-Linguïstisch Programmeren (NLP) is een methode die gebruikt wordt om doelgericht te veranderen en effectiever te communiceren met jezelf en met de omgeving. NLP is in de jaren 70 in de VS ontwikkeld en beschrijft de relatie tussen het brein (neuro) en taal (linguïstiek) en hoe de interactie tussen deze twee componenten emoties en gedrag beïnvloedt (programming) (Bandler & Grinder, 1975; McLendon, 1989). Volgens de uitgangpunten van NLP ontstaat betrokkenheid en vertrouwen door het aanpassen van lichaamshouding, spreektoon, spreektempo en ademhalingsritme aan de ander. Deze harmonie, in het NLP *'rapport'* genoemd, is belangrijk om effectief met iemand te kunnen communiceren. Als twee mensen *'rapport'* hebben, wordt hun contact gekenmerkt door vertrouwen, gevoelsmatige betrokkenheid, bereidheid om elkaar te volgen, respect voor elkaars wereldmodel en sterk op elkaar gerichte aandacht. In de Veder Methode wordt gebruik gemaakt van deze (non)verbale communicatieve elementen om contact te maken met mensen met geheugenproblemen en hen betrokkenheid en vertrouwen te laten ervaren.

2.6 Theatrale prikkels

Door gebruik te maken van rolfiguren, kostuums, rekwisieten, teksten en muziek die realiteitsgetrouw zijn, ontstaat herkenning en kunnen de mensen met dementie zich inleven in de spelwerkelijkheid en zich mee laten voeren in het verhaal.

In de Veder methode worden reminiscentie, Validation, belevingsgerichte zorg en NLP samengevoegd en aan elkaar gekoppeld door gebruik te maken van deze theatrale prikkels. Omdat deze theatrale prikkels op zichzelf ook het contact met mensen met dementie kunnen bevorderen, kunnen zij de afzonderlijke methoden versterken in hun werking.

Tijdens de huiskamervoorstellingen begeven de spelers van Theater Veder zich te midden van het publiek en vindt er directe interactie met het publiek plaats. Spelers moedigen inbreng van het publiek aan en deze inbreng wordt geïntegreerd in de spelwerkelijkheid. Dit in tegenstelling tot een voorstelling die op een podium gegeven wordt met afstand tot het publiek, waarbij interactie moeilijker is. Typerend voor een Veder voorstellingen zijn de improvisatie en spelattitude, ook tussen de spelers onderling. Het accepteren van de inbreng van toeschouwers heeft veel overeenkomsten met Validation.

Tijdens de huiskamervoorstelling van Veder zijn de toeschouwers letterlijk dichtbij de spelers en dit vereist een andere acteerstijl dan wanneer iemand op een podium (verder van de toeschouwers af) speelt. De spelers maken hiervoor gebruik van elementen van *'method acting'* (Stanislavski, 1936). Bij *'method acting'* staat het personage dicht bij de persoonlijkheid van de speler zelf en maakt de speler gebruik van eigen ervaringen en emoties. Hierdoor komen de rolfiguren authentiek over en kan er beter contact met de toeschouwers worden gemaakt.

Voor deze meer kwetsbare doelgroep is het belangrijk dat *'achtergrondruis'* (zoals geluiden uit andere ruimtes en laatkomers die binnenvallen) zoveel mogelijk wordt voorkomen zodat de toeschouwers meegaan in de spelwerkelijkheid en er niet uitvallen (Elam, 1980). Bijlage I geeft een uitgebreidere beschrijving van wat bekend is uit de literatuur over (de werking van) theatrale prikkels.

2.7 Poëzie

Poëzie neemt een belangrijke plaats in in de Veder Methode. Reden hiervoor is dat poëzie therapeutisch kan werken. Marcoen (2010) heeft de heilzame werking van poëzie bij ouderen beschreven. Poëzietherapie blijkt ouderen bijvoorbeeld te helpen bij de verwerking van verliezen en het onderhouden van contact met het leven (Mazza, 2003). Hagens, Beaman en Bouchard (2003) hebben aangetoond dat het lezen en voordragen van gedichten de communicatie tussen mensen met de ziekte van Alzheimer en hun (in)formele zorgverleners kan verbeteren. Een meer uitgebreide beschrijving van de therapeutische waarde van poëzie is te vinden in bijlage II.

2.8 Wederkerigheid

Centraal in het gedachtegoed van de Veder Methode staat de wederkerigheid in het contact tussen bewoners met dementie en hun zorgverleners. De huiskamervoorstelling en andere toepassingen van de Veder Methode, zoals het gebruik van theatrale prikkels in de dagelijkse zorg, moeten niet alleen gezien worden als een mooie manier van tijdverdrijf voor mensen met dementie, maar ook als een contactmethode die door het aanspreken van het nog intacte lange termijn geheugen het gevoel van welbevinden wil bevorderen. Beoogd wordt dat zorgverleners die werken volgens de Veder Methode de bewoners, en hun relatie met de bewoners, op een andere, meer persoonlijke wijze gaan zien doordat er effectief contact wordt gemaakt. Bij effectief contact gaat het om de gevoelsmatige wisselwerking tussen twee mensen, een bewoner en een zorgverlener, en de voldoening die dat met zich meebrengt door de wederzijdse waardering en positieve bevestiging. Hierbij is er geen sprake van een monoloog of eenrichtingsverkeer, maar van interactie, waarbij uitingen van bewoners worden gezien en gehoord en waarop gereageerd wordt (Handboek Veder Methode, 2009).

3. Methode van onderzoek

3.1. Procedure

De beschrijving van de Veder Methode in de praktijk (zie hoofdstuk 4) is tot stand gekomen door systematische, participerende observaties van zeven huiskamervoorstellingen. Naast participerende observaties werden drie huiskamervoorstellingen op video opgenomen, om onder andere de interbeoordelaarbetrouwbaarheid vast te stellen (zie paragraaf 'Interbeoordelaarbetrouwbaarheid'). De observaties vonden plaats in de maand juni 2009 in de regio Eindhoven. Voordat de voorstelling begon nam de observator plaats in de huiskamer op een plek buiten de kring van bewoners, maar wel zodanig dat de gezichten van de spelers en bewoners goed zichtbaar waren.

Voor deze observaties zijn twee observatie-instrumenten gebruikt (zie paragraaf 'Observatie-instrumenten'). Het eerste observatie-instrument, het Observatie-instrument Veder Methode, werd tijdens de voorstelling ingevuld. Het tweede observatie-instrument, Quality of Caregivers' Behaviour in dementia care' (QCB), werd direct na afloop van de voorstelling ingevuld.

Naast de zeven huiskamervoorstellingen werden ook vier theatervoorstellingen geobserveerd. Deze voorstellingen zijn eveneens gebaseerd op de Veder Methode, maar zijn een meer globale afspiegeling hiervan omdat ze in een grotere zaal met podium plaatsvinden, met meer publiek en er een grote fysieke afstand tussen de spelers en het publiek is, waardoor er minder sprake kan zijn van één op één contact. Het is de bedoeling dat zorgverleners, na het volgen van de training en coaching on the job van Stichting Veder, zelf huiskamervoorstellingen gaan geven en elementen van de methode in de dagelijkse zorg gaan toepassen. Voor de theater-voorstellingen geldt dit niet. De beschrijving van de Veder Methode in de praktijk is in dit rapport daarom voornamelijk gebaseerd op de observaties van de huiskamervoorstellingen. De theater-voorstellingen zullen kort besproken worden in paragraaf 4.8 ('Theater de la Poésie').

3.2 Video-opnamen

Drie van de zeven huiskamervoorstellingen zijn op video opgenomen. De afdelingen waar de observaties met camera plaatsvonden zijn hierover van tevoren geïnformeerd. Aan de deelnemende bewoners zelf en aan hun familieleden/wettelijke vertegenwoordigers is (schriftelijk) toestemming gevraagd voor het maken van video-opnamen. Bij één huiskamervoorstelling hebben drie mensen geen toestemming voor de video-opname gegeven. Hieraan is gehoor gegeven door de camera zo op te stellen dat deze bewoners niet in beeld kwamen.

De camera is op een statief achter de bewoners geplaatst en werd aangezet vlak voordat de voorstelling begon en uitgezet wanneer deze was afgelopen.

3.3 Observatie-instrumenten

Voor de systematische observaties zijn, zoals reeds aangegeven, twee observatie-instrumenten gebruikt: het 'Observatie-instrument Vedermethode' en het observatie-instrument 'Quality of Caregivers' Behaviour in dementia care' (QCB).

Het 'Observatie-instrument Vedermethode' is speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld en beschrijft alle facetten die de methode in theorie kenmerken (zie bijlage III). De lijst is gebaseerd op het cursusmateriaal van Theater Veder en op pilot-observaties tijdens enkele huiskamervoorstellingen waarin de Veder Methode is toegepast door zorgverleners en professionele spelers van Theater Veder. De concept-versie van het observatie-instrument is onder andere voorgelegd aan Marieke Westra, de grondlegger van de Veder Methode. In overleg met haar is het definitieve observatie-instrument vastgesteld. Het observatie-instrument Veder Methode bestaat uit drie delen. In het eerste deel worden algemene kenmerken, zoals de locatie, de datum, het aantal aanwezige bewoners en de voorbereiding, genoteerd. In het tweede deel wordt aan de hand van een 4-punts Likert schaal een oordeel gegeven over de mate waarin de spelers de Veder Methode toepassen zoals deze volgens de theorie bedoeld is (zie hoofdstuk 2). Dit gedeelte bestaat uit 19 items, waaronder items als 'Wordt getracht herinneringen uit het verleden op te halen in de vorm van het beschrijven van een handeling, persoon, plaats of voorwerp?' (appelleert aan reminiscentie) en 'Wordt de eigen communicatie qua lichaamshouding, spreektoon, spreektempo en ademhalingsritme aangepast aan de ander?' (appelleert aan NLP). In het derde deel van het observatie-instrument worden alle theatrale prikkels (bijvoorbeeld lied, gedicht) genoteerd en wordt een oordeel gegeven over de kwaliteit waarmee de prikkel wordt uitgevoerd. Daarbij wordt aan de hand van een 4-punts Likert schaal een oordeel gegeven over de mate van oogcontact tijdens het uitvoeren van de theatrale prikkel, de houding/lichaamstaal van de speler(s), het volume, de articulatie en het expressief stemgebruik (*'slecht'*, *'matig'*, *'redelijk'*, *'goed'*). Tevens wordt een oordeel gegeven over de mate waarin de aanwezige bewoners gemiddeld genomen reageren op de betreffende prikkel (*'niet'*, *'enigszins'*, *'redelijk'*, *'veel'*).

Het tweede observatie-instrument, 'Quality of Caregivers' Behaviour in dementia care (QCB)', is ontwikkeld door van Weert et al. (2006) (zie bijlage IV). Zij baseren zich daarbij op het werk van Kitwood (1997), de grondlegger van 'Person Centred Care' in Engeland. Van Weert et al. (2006) paste deze lijst toe in haar onderzoek naar het effect van Snoezelen op verpleeghuisbewoners met dementie en inventariseerde aldus de belevingsgerichte gedragingen en de omgangsvormen van de zorgverleners.

Het oorspronkelijke observatie-instrument bestaat uit 22 items: Tien items waarmee een oordeel wordt gegeven over de positieve omgangsvormen die de zorgverlener laat zien en twaalf items waarmee een oordeel gegeven wordt over de negatieve omgangsvormen van de zorgverlener. Het oordeel over het belevingsgerichte gedrag en de omgangsvormen van de zorgverlener wordt gegeven op een 4-punts Likert schaal. Aangezien tijdens de pilot-observaties bleek dat er tijdens huiskamervoorstellingen door professionele spelers van Theater Veder vrijwel geen sprake was van negatieve omgangsvormen zijn deze tijdens de definitieve observaties niet geobserveerd. Daarnaast zijn twee positieve items uit de oorspronkelijke QCB niet meegenomen: Het item 'discretie/privacy' is niet van toepassing tijdens een huiskamervoorstelling en het item 'afleiden' is moeilijk te scoren aangezien er tijdens een huiskamervoorstelling vrijwel voortdurend sprake is van 'afleiden'. Daarom is bij de definitieve observaties alleen gebruik gemaakt van de resterende acht items om de positieve omgangsvormen en belevingsgerichte gedragingen van spelers bij de toepassing van de Veder Methode tijdens een huiskamervoorstelling in kaart te brengen.

3.4 Interbeoordelaarbetrouwbaarheid

De drie op video opgenomen huiskamervoorstellingen zijn door twee observatoren afzonderlijk geobserveerd. Vervolgens is de overeenstemming in de scores berekend. Bij het observatie-instrument Veder Methode is per huiskamervoorstelling een kwaliteitsoordeel gegeven over 19 items op een 4-puntsschaal. De exacte overeenstemming in score tussen de twee observatoren was 71,9%. Daarnaast zijn alle theatrale prikkels die uitgevoerd werden gescoord. De overeenstemming was hierbij 93,8%. Vervolgens zijn de theatrale prikkels beoordeeld op de kwaliteit van hun uitvoering. De exacte overeenstemming was daarbij 94,7% voor articulatie, 90,7% voor volume, 88,0% voor expressief stemgebruik, 82,7% voor houding en 48,0% voor oogcontact. Ook de reacties van de bewoners zijn beoordeeld. Hierbij is 50,7% exacte overeenstemming tussen de twee observatoren gevonden. De beoordelingen van het belevingsgerichte gedrag aan de hand van de QCB kwamen voor 66,7% overeen. Een overeenstemming tussen de 41% en 60% kan beschouwd worden als redelijk en 61% of meer als goed (Altman, 1991). Hieruit kan geconcludeerd worden dat de interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de observaties redelijk tot zeer goed is.

3.5 Data-analyse

De observaties zijn gestructureerd uitgevoerd aan de hand van de observatie-instrumenten (Graneheim & Lundman, 2004). De drie op video opgenomen huiskamervoorstellingen zijn na afloop nogmaals zorgvuldig bekeken door de hoofdonderzoeker (FT) en relevante fragmenten zijn, aanvullend op de observaties met de observatie-instrumenten, getranscribeerd. Ter toetsing van de interbeoordelaarbetroouwbaarheid van de observaties zijn de drie op video opgenomen huiskamervoorstellingen tevens door een tweede onderzoeker (JvW) geobserveerd met behulp van de twee observatie-instrumenten. Daarna zijn de observaties, die door de twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gedaan waren, met elkaar vergeleken en is bediscussieerd wat de observaties betekenen voor de beschrijving van de uitvoering van de Veder Methode. Bij verschillen in het oordeel is door middel van discussie tot consensus gekomen. Vervolgens zijn alle observaties gecategoriseerd aan de hand van op basis van de theoretische achtergronden vastgestelde categorieën c.q. kernelementen van de Veder Methode en in logische (sub)paragrafen gebundeld tot een methodebeschrijving. De resultaten worden in het volgende hoofdstuk beschreven. Ter illustratie van de bevindingen zijn fragmenten uit de transcripties opgenomen.

4. Resultaten observaties

4.1 Huiskamervoorstelling

De methode

In de Veder Methode staat de belevingswereld van ouderen met dementie centraal. De Veder Methode wil de zorgomgeving handvatten aanreiken om effectiever met ouderen met dementie te kunnen communiceren, zodat er wederkerigheid in de communicatie ontstaat en het welbevinden, persoonlijke identiteit en het zelfvertrouwen van mensen met dementie wordt bevorderd en versterkt. Het is de bedoeling dat zorgverleners die geoefend zijn in de Veder Methode in de 'huiskamers' van bijvoorbeeld verpleeg- en verzorghuizen een voorstelling geven voor bewoners met dementie.

De voorbereiding

De geobserveerde huiskamervoorstellingen hebben plaats gevonden in de zogeheten 'huiskamer' op afdelingen met bewoners met dementie. Voor het bijwonen van een voorstelling worden bewoners vooraf geïnformeerd en uitgenodigd om er bij aanwezig te zijn. Soms hangen er affiches op de afdeling met daarop een aankondiging van de voorstelling. De voorstellingen zijn met name bedoeld voor bewoners met beginnende geheugenproblemen c.q. lichte tot matig ernstige dementie en minder geschikt voor ernstig tot zeer ernstig demente verpleeghuisbewoners en/of bewoners in de terminale fase van dementie of een andere ziekte. Deze laatste doelgroep is dan ook zelden aanwezig bij de voorstellingen.

De huiskamervoorstelling wordt uitgevoerd door twee spelers. De spelers arriveren ruim van tevoren om met het personeel de bijzonderheden van de bewoners te bespreken en de logistiek af te stemmen. Zo wordt afgesproken dat er een pauze gehouden wordt met koffie en wat lekkers en dat er personeel aanwezig is die daarmee kan helpen. Tevens wordt vooraf bekeken hoe de opstelling van de bewoners het beste kan zijn. Het ideale uitgangspunt is een 'hoefijzeropstelling' waarin maximaal 14 bewoners zitten. Hierna gaan de spelers zich omkleden en kunnen de bewoners plaats gaan nemen in de huiskamer. Vaak worden zij daarbij begeleid door het personeel.

De spelers hebben vooraf de verhaallijn bedacht en doorgesproken. Ook is besproken welke liederen, muziek, poëzie, verhalen en attributen aansluiten op het thema en gebruikt kunnen worden. Van de verhaallijn kan afgeweken worden doordat bijvoorbeeld de bewoners zelf met opmerkingen of herinneringen komen waarop wordt doorgeborduurd. De rode draad van de verhaallijn wordt echter aangehouden.

De voorstelling

Gemiddeld zijn er 14 bewoners aanwezig bij de voorstellingen (variërend van 8 tot 23 bewoners bij de geobserveerde huiskamervoorstellingen). Voorstellingen duren ruim één à anderhalf uur met een gemiddelde duur van 85 minuten. Na circa drie kwartier vindt er een pauze van 15 minuten plaats waarin de bewoners en spelers koffie en thee krijgen. Dit wordt vaak in de voorstelling aangekondigd door de spelers.

Tijdens de pauze mengen de spelers zich in de meeste gevallen onder de bewoners om een praatje te maken. Behalve de pauze vinden er meestal nog andere rustmomenten in de voorstelling plaats. Er wordt bijvoorbeeld rondgegaan met parfum waar alle bewoners even aan kunnen ruiken als zij dat willen.

Naast de bewoners en spelers zijn er vaak ook zorgverleners bij de voorstelling aanwezig. Ook familieleden van bewoners zijn welkom om de voorstelling bij te wonen. Idealiter vindt de voorstelling plaats in een ruimte waar weinig 'achtergrondruis' is. Dat wil zeggen dat er bij voorkeur geen open ruimte gebruikt wordt waar mensen nog doorheen of langs kunnen lopen. Tijdens enkele voorstellingen schuiven na aanvang nog mensen aan. Soms wel een half uur nadat de voorstelling begonnen is. Het is rustiger, en daarom beter, als iedereen van het begin af aan bij de voorstelling aanwezig is. Als er gedurende de voorstelling nog mensen bij komen kan dit onrust veroorzaken en zowel de spelers als de bewoners op een negatieve manier afleiden en de spelwerkelijkheid verbreken. Dergelijke onrust is ook geobserveerd als de telefoons van de zorgverleners niet uitgeschakeld zijn. Wanneer de groep erg groot is (meer dan 14 mensen) valt op dat dit ten koste gaat van het één op één contact. Dit is daarom eveneens af te raden.

Na de voorstelling gaat het dagelijkse leven van de bewoners weer verder. Ze worden naar hun kamer gebracht, ze gaan naar afspraken (zoals bijvoorbeeld naar de fysiotherapeut) of ze gaan eten.

Tabel 4.1 Optimale omstandigheden en valkuilen Huiskamervoorstelling

Optimale omstandigheden	Valkuilen
<ul style="list-style-type: none"> - Hoefijzeropstelling - Maximaal 14 bewoners - Vooraf een script opgesteld - Iedereen is er op tijd - Pauze met een hapje en een drankje - Praatje met de bewoners in de pauze - 'Stoorvrije', rustige ruimte 	<ul style="list-style-type: none"> - Opstelling in meerdere rijen of in cirkel - Te veel bewoners aanwezig - Er wordt teveel afgeweken van het programma - Sommige bewoners komen te laat binnen - Geen pauze - Spelers trekken zich terug in de pauze/ gaan even weg - Veel 'achtergrondruis' in de ruimte

4.2 Kennismaking

De binnenkomst

De bewoners zitten klaar in de ruimte waar de voorstelling plaats gaat vinden. De spelers zijn vaak al (bewust) hoorbaar voordat ze de ruimte binnenkomen. Bij sommige bewoners zie je dat ze zich afvragen wat er aan de hand is. De spelers komen al pratend binnen. Bij binnenkomst zetten ze hun spullen neer en zeggen iets in de trant van een lange reis naar hier gemaakt te hebben en dat ze het fijn vinden dat ze er zijn.

Kennismaking met één op één contact

Na binnenkomst gaat elke speler individueel alle bewoners af om zich voor te stellen en een kort praatje te maken. Ze beginnen beiden aan een andere kant van de kring. Hier wordt zo'n 10 minuten (range 7 – 12 min.) over gedaan, afhankelijk van het aantal bewoners dat aanwezig is. Dit ritueel houdt meer in dan alleen een hand geven en elkaars naam uitwisselen. Er wordt oogcontact met en er is aandacht voor elke bewoner, hierbij staat het één op één contact centraal. Dit is een belangrijke pilaar van de Veder Methode en wordt beschouwd als cruciaal voor het bewerkstelligen van 'rapport' en wederkerigheid (zie hoofdstuk 2). Het is de bedoeling dat er een ontmoeting plaatsvindt met een begin en een einde.

Fragment 4.2.1

- Speler: Goedemorgen meneer, welkom in ons midden. Met wie heb ik de eer kennis te maken? Hoe is uw voornaam als ik vragen mag?*
- Bewoner: Piet.*
- Speler: Dag Piet, mijn naam is Mate Harig. Welkom! Ik zou zeggen fijne ochtend!*
- Bewoner: Mata Hari?*
- Speler: Mate Harig! Mijn vader was nogal harig.*
- Bewoner: Oh.*
- Speler: Ik ben daar naar vernoemd. Maar ik lijk inderdaad een beetje op Mata Hari. Mijn ouders vonden dat schitterend. Een spion was zij.*

Natuurlijk zijn er grote verschillen in reacties tussen de bewoners. Sommigen zijn afwezig en moeilijker te bereiken, anderen vertellen uitvoerig over van alles. In elk geval wordt bij alle bewoners even stilgestaan en een poging gedaan om contact te maken. Nadat met iedereen individueel kennis is gemaakt, wordt in de groep een overgang gemaakt naar de voorstelling.

Fragment 4.2.2

- Speler: Ja.. Ja.. Leuk om hier te zijn.. in Best. Ik had het er met deze heren over en ook met de dames. Wij zijn vanmorgen al om 5 uur opgestaan. We komen namelijk uit Beesd... en we moesten naar Best. En Beesd dat ligt in Gelderland... bij Geldermalsen in de Betuwe. Daar heb je vele fruitbomen. En in de lente dan is het zo mooi, dan staan ze allemaal in bloei. En nu om deze tijd (heh) is alles rijp. De kersenbomen, de pruimenbomen, de appels, de peren. Het is allemaal rijp en het geurt je tegemoet.*

Tabel 4.2 Optimale omstandigheden en valkuilen bij de kennismaking

Optimale omstandigheden	Valkuilen
- Maak met iedereen een (kort) praatje	- Loop niet te snel door bij bewoners die minder reageren
- Maak oogcontact	- Idem

4.3 Het publiek

NLP, belevingsgericht zorg en reminiscentie

NLP beoogt emotionele betrokkenheid en vertrouwen te bereiken door de eigen communicatie aan te passen aan de ander (zie voor meer uitleg hoofdstuk 2). De NLP methode wordt door de spelers tijdens de huiskamervoorstelling toegepast. Deze aanpassing in communicatie komt vooral tot uiting op de momenten dat er één op één contact tussen de spelers en de bewoners is. Dit is bijvoorbeeld het geval bij het voorstellen en afscheid nemen, wat altijd één op één gebeurt. Spelers bukken naar de bewoners toe of gaan op hun hurken zitten om op dezelfde hoogte te komen. Ze praten duidelijk en rustig met de betreffende bewoner. Daarnaast wordt kennis uit de belevingsgerichte zorg en reminiscentie gebruikt door bij de keuze van gedichten en liederen af te stemmen op de achtergrond van de bewoners. Dit alles om de bewoners zich op hun gemak te laten voelen, aan te sluiten bij hun persoonlijke belevingswereld, het lange termijn geheugen aan te spreken en uiteindelijk zo contact te bewerkstelligen.



Waardigheid bewoners

De waardigheid van de bewoners wordt gewaarborgd. Wanneer bewoners iets vragen wordt hier respectvol antwoord op gegeven, ook als de vraag los staat van (het thema van) de voorstelling. Als de vraag niet door een speler kan worden beantwoord, wordt er een zorgverlener bij geroepen die kan helpen. Wanneer de bewoners zeggen dat ze het niet leuk vinden, wordt niet meteen gezegd dat het wel leuk is. Wanneer bewoners niet (langer) aanwezig willen zijn, dan hoeft dat niet. Bij het waarborgen van de waardigheid van bewoners hoort ook Validation. Wanneer bewoners zelf ergens mee komen, wordt hier gehoor aan gegeven of op ingespeeld. Daarbij wordt meegegaan in de werkelijkheid en de beleving van bewoners.

Achtergrond bewoners

Het één op één contact kan versterkt worden door gebruik te maken van de namen en achtergronden van de bewoners. Dit verkleint de afstand tussen speler en bewoner. Bepaalde liederen en gedichten worden afgestemd op de achtergrond van de bewoners zodat er een grotere kans is dat daar op gereageerd wordt door bewoners. Een goed voorbeeld hiervan is het zingen van 'Bij ons in de Jordaan' in Amsterdam en in Eindhoven 'Het leven is goed in het Brabantse land'. Dit kan nog specifiekere gedaan worden door per bewoner in te spelen op diens achtergrond (bijvoorbeeld beroep, familie, hobby's). Sommige afdelingen hebben de spelers van tevoren voorzien van achtergrondinformatie van de bewoners. Deze informatie wordt dan gebruikt in de voorstelling. Bij de meeste voorstellingen was dit echter niet het geval en kon relatief weinig ingespeeld worden op specifieke achtergronden van bewoners, tenzij bewoners daar zelf mee kwamen. Als de Veder Methode uitgevoerd wordt door de eigen zorgverleners van de bewoners, kan dit gemakkelijker geïntegreerd worden omdat deze de bewoners (goed) kennen. Ook in verband met wederkerigheid is dit een belangrijk punt. De bewoner kan gemakkelijker bijdragen met eigen verhalen en op deze manier iets van zichzelf laten zien. Een ingang, zoals een gedicht dat appelleert aan het verleden van bewoners, kan dit stimuleren.

Tabel 4.3 Optimale omstandigheden en valkuilen bij de communicatie met bewoners

Optimale omstandigheden	Valkuilen
- Duidelijk en rustig communiceren met De bewoners	- Te snel praten (bijvoorbeeld door onzekerheid)
- Goed luisteren wat de bewoner zegt	- Niet luisteren wat de bewoner zegt
- Op ooghoogte van de bewoner zitten tijdens één op één contact	- Rechtop blijven staan bij één op één Contact
Valideren en meegaan in de beleving wereld (luisteren, herhalen, parafrasen, gevoelens benoemen)	- Eigen plan doorzetten en de bewoner niet valideren
- Naam en achtergrond bewoners gebruiken	- Het algemeen en onpersoonlijk houden

Reacties op de voorstelling

Bij het observeren van de methode is ook aandacht besteed aan de reacties van de bewoners. Wanneer naar alle voorstellingen gekeken wordt valt op dat de meerderheid van de bewoners een groot gedeelte van de voorstelling de aandacht er bij kan houden en plezier lijkt te beleven aan de voorstelling. Opvallend is verder dat er een aantal theatrale prikkels zijn waar gemiddeld genomen meer op gereageerd wordt dan op andere theatrale prikkels. Zo zijn er enkele liederen en gedichten die over het algemeen met enthousiasme ontvangen worden en tot goed contact met de bewoners leiden. Enkele voorbeelden van liederen die het erg 'goed' doen zijn: '24 rozen', 'Knaapje zag een roosje staan' en 'Non, je ne regrette rien'. Over het algemeen kennen de bewoners deze nummers en zingen, klappen of bewegen zij mee. Verder wordt er vrijwel altijd positief gereageerd op één op één contact. Het lied 'Oh wat ben je mooi' en het gedicht 'Zie je ik hou van je' worden erg gewaardeerd. Bij de uitvoering hiervan staan de spelers bij elke bewoner afzonderlijk stil om een gedeelte voor te dragen of te zingen. Juist dit persoonlijke aspect lijkt bij te dragen aan het enthousiasme van de bewoners.

Wederkerigheid

Wederkerigheid wordt voor een belangrijk deel bewerkstelligd door de eerder in deze paragraaf beschreven onderdelen: het toepassen van NLP, het inspelen op de achtergrond van de bewoners en het waarborgen van de waardigheid. Ook het meegaan in de belevingswereld (Validation) speelt een belangrijke rol. Door deze methoden toe te passen, wordt een situatie gecreëerd waarin de bewoner zichzelf kan laten zien op een manier die hij of zij prettig vindt. Doordat de spelers aansluiten op de belevingswereld van de bewoners wordt het makkelijker voor de bewoners 'iets' van zichzelf te geven.

Via de QCB observaties werden belevingsgerichte gedragingen en positieve omgangsvormen van de spelers gescoord. De volgende gedragingen komen veelvuldig voor tijdens de voorstellingen: erkennen van de dementerende oudere als individu, respect tonen en de bewoner aanspreken op een manier die hij of zij prettig vindt; spontaan en open reageren en zo een goedmoedelijke sfeer creëren; de gevoelens en emoties van de bewoner serieus nemen en warmte en affectie tonen; contact maken met de bewoner en zowel reageren op datgene wat de bewoner aangeeft als aandacht geven zonder dat de bewoner daar expliciet om vraagt. Al deze gedragingen dragen bij aan het tot stand komen van wederkerigheid tussen bewoners en spelers.

4.4 Lange termijn geheugen

Het (intacte) lange termijngeheugen

Zoals in hoofdstuk 2 besproken, is het aanspreken van het lange termijn geheugen bij mensen met dementie binnen de Veder Methode essentieel om contact te maken, omdat het lange termijn geheugen het langste intact blijft (Hou e.a., 2005; Piolino e.a., 2003). Het lange termijngeheugen kan volgens de Veder Methode het beste aangesproken worden op een niet-confronterende manier. Dus niet direct vragen 'weet u nog' maar een zo kleurrijk mogelijk beeld schetsen. Dit vergroot de kans dat mensen zich iets herinneren en bevordert hun zelfvertrouwen. De bedoeling is dat de gehele verbeelding (de combinatie van de rolfiguren, het verhaal, de liedjes, gebruikte attributen en poëzie) hen herinnert aan vroeger. Mocht het zo zijn dat de verbeelding geen associaties met vroeger oplevert bij een bewoner dan hoeft deze in elk geval niet het idee te hebben dat hij of zij 'weer iets niet weet'.

Aanspreken via reminiscentie

Het lange termijngeheugen van de bewoners kan dus gestimuleerd worden, volgens de Verder Methode, door mensen met dementie mee te nemen in het verleden (reminiscentie). Hierbij kan gebruik worden gemaakt van theatrale prikkels die de verbeelding aan het verleden levendig maakt.

De huiskamervoorstelling bestaat uit twee spelers die doorgaans aansprekende, herkenbare rolfiguren uit vroegere tijden neerzetten. Bijvoorbeeld een variété artieste, een gouvernante van de prinsesjes van koningin Juliana, een schoolmeester of een barones. De kleding van de spelers is aangepast op deze rolfiguren. Er wordt gebruik gemaakt van liedjes en poëzie van vroeger en attributen uit het verleden. De volgende twee fragmenten laten zien hoe herinneringen aan het verleden worden opgeroepen met een verhaal.

Fragment 4.4.1

Speler 1: Soms was het zo warm in de kerk hè? En dan werd je een beetje flauw hè? En dan.. ja dan had gelukkig mijn moeder altijd eau de cologne bij zich om je een beetje op te frissen. Had jouw moeder dat ook?

Speler 2: Mijn moeder had dat ook. Mijn moeder had ook zo'n heerlijke eau de cologne.

Speler 1: Eau de cologne 4711.

Fragment 4.4.2

Speler: (over vriendje) Hij bracht altijd zoethout voor me mee. En dan..u denkt dat is een houtje, maar hij gaf me altijd zoethout. Dat kon je kopen voor een cent in de snoepwinkel... Dat gaf ie me dan zo stiekem onder de banken in de klas.



Dit alles heeft als doel de verbeelding van de bewoners te stimuleren. Uit de observaties blijkt dat de verhalen en anekdotes die tussendoor verteld worden, in het algemeen op een zeer kleurrijke, theatrale en aansprekende manier voorgedragen worden door de spelers van Theater Veder.

Fragment 4.4.3

Speler 1: Wij zijn in Beesd in het begin bij de zusters op school geweest. En die waren.. sommige zusters, de nonnetjes.. Sommige van de zusters waren erg lief, maar sommigen waren ook erg streng... Weet je nog zuster Agatha?

Speler 2: Ja zuster Agatha.

Speler 1: Zuster Agatha, Dan moest je de vingers laten zien of de nagels wel kort waren. En dan moest je... staan en zeggen: "Goedemorgen zuster Agatha". En je mocht pas zitten als zuster Agatha het zei, ga maar zitten meisjes. En ... als je naar de wc moest. Moest je je vinger opsteken. En je mocht pas gaan als zuster Agatha het zag. Maar soms stond zuster Agatha helemaal met haar gezicht naar het bord met haar rug naar de klas. En dan moest je plassen en ze zag je maar niet.

Fragment 4.4.4

Speler: Het jongetje dat was ook zelf bijna een engeltje. Hij had rood haar. Net van die engeltjes die je soms daar op die schilderijen ziet. Rood haar, sproeten. Vroeger hadden die jongetjes wel eens van die plusfourtjes aan. Van die korte broekjes hè? Dan had hij van die leuke knokige knietjes. U weet het nog hè? Van die knokige knietjes onder zo'n plusfourtje.

Vermijden van confronterende vragen

Zoals eerder beschreven is, kan een directe manier van vragen stellen naar specifieke zaken (concrete 'kennis') aan bewoners met dementie als confronterend ervaren worden. Ze worden geconfronteerd met hun beperkingen en kunnen daar onzeker door worden. In de Veder Methode wordt zoveel mogelijk geprobeerd om dit te voorkomen, ook wanneer het in de voorstelling gaat over een onderwerp over vroeger. Dit past ook bij de uitgangspunten van beleavingsgerichte zorg (van der Kooij, 2003). Uit de observaties blijkt dat er tijdens de huiskamervoorstellingen bijna geen vragen gesteld worden in de trant van 'weet u nog?' of 'kunt u het zich nog herinneren?'. Dit is een bewuste strategie binnen de Veder Methode.

Tabel 4.4 Optimale omstandigheden en valkuilen bij benutten lange termijn geheugen

Optimale omstandigheden	Valkuilen
<ul style="list-style-type: none"> - Herkenbare rolfiguur - Gebruik van bijpassende kleding - Gebruik van attributen van vroeger - Op een kleurrijke, beschrijvende wijze Vertellen - Geen 'weet-u?'-vragen stellen 	<ul style="list-style-type: none"> - Onduidelijke rolfiguur - Gebruik van gewone kleding - Gebruik van algemene attributen - Op een monotone, zakelijke wijze vertellen - Op een directe wijze vragen stellen aan bewoners ('weet u nog?')

4.5 Theatrale ondersteuning

De 'prikkel's

Gemiddeld worden er in de voorstellingen van anderhalf uur 25 tot 30 theatrale prikkels aangeboden². Dit zijn het voordragen van gedichten, liederen, poëzie maar ook (korte) verhalen en gebeden. Voordat hiermee begonnen wordt vertellen de gespeelde rolfiguren, na zich aan elke bewoner afzonderlijk voorgesteld te hebben, vaak eerst iets over henzelf.

Fragment 4.5.1

Speler: Ik zal nu mijzelf nog een keer aankondigen. Mijn naam is Mate Harig... ik ben artiest, zangeres. Ik heb overal opgetreden, maar vandaag kom ik bij u. En het is mij een eer om hier te zijn. We gaan vandaag een voorstelling brengen met liedjes en poëzie. En ik heb mijn hartsvriendin Jetje Bok meegenomen. Geeft u haar een warm applaus.

De uitvoering

De spelers maken tijdens het uitvoeren van zo'n theatrale prikkel vaak goed oogcontact met hun publiek. Elke bewoner wordt hierbij aangekeken. Het komt echter ook voor dat de spelers tijdens bijvoorbeeld het voordragen van een gedicht 'over' de bewoners heen kijken of alleen snel rondkijken en geen oogcontact maken met de bewoners. Uit de observaties blijkt dat de bewoners dan in het algemeen minder reageren dan wanneer er wel oogcontact is, tenzij er een lied of gedicht voorgedragen wordt dat zij goed kennen en/of erg leuk vinden.

De spelers kennen de tekst meestal uit het hoofd. Bij enkele gedichten is dit niet het geval, maar wordt er een boek bijgehouden als geheugensteuntje. Dit past vaak in de context. Zo wordt er bijvoorbeeld gebladerd in een oud poëziealbum en wordt hieruit voorgelezen, waardoor het niet storend is.

² De rolfiguren en de kostuums die de spelers dragen zijn uiteraard continue aanwezig.

Fragment 4.5.2

Speler: Weet je wat we vroeger ook hadden... hadden wij poëziealbums... als meisjes. Ik heb mijn ouwe poëziealbum... heb ik bewaard. En... daar schreef je dan van alles in. Dan heb je een boekje en dan schreef ik daarvoor in..

“Deze album is van mij, zolang ik hoop te leven.

Dolores is mijn naam, door mijn ouders mij gegeven.

Van de Bovenste Buitenste Beesd-kwadrant (ja ik heb nogal een lange naam) is mijn Familie van vaderlijke stam.

En Beesd is de plaats waar ik ter wereld kwam”.

Uit de observaties blijkt ook dat de houding en lichaamstaal van de spelers in de meeste gevallen aangepast is aan wat ze voordragen. Er is een open houding naar de bewoners toe en handen en armen worden gebruikt om datgene waar ze over declameren/zingen meer kracht en overtuiging mee te geven. De gehele voorstelling is goed te verstaan voor de bewoners. Zowel het volume als de articulatie zijn vrijwel steeds als goed beoordeeld. Er worden geen woorden ingeslikt of gemompeld. Expressie van de theatrale prikkels is meestal ook goed. De theatrale prikkels worden op een levendige wijze gepresenteerd aan de bewoners. Om dit op deze manier te kunnen uitvoeren is het wel nodig dat de speler het betreffende stuk goed kent. Bij de geobserveerde voorstellingen was dit vrijwel altijd het geval.

Fragment 4.5.3

*Speler: "Knaapje zag een roosje staan
Roosje op de heide
't Had zo'n keurig kleedje aan
Snel is hij er heen gegaan
't Was of het hem beide
roosje, roosje, roosje, rood
roosje op de heide*

*'t Knaapje zei: ik pluk u af
Roosje op de heide
't Roosje zei: ik weer u af
En ik prik u voor uw straf
Wilt gij, dat ik u lijde
roosje, roosje, roosje, rood
roosje op de heide*

*En het wilde knaapje brak
't Roosje op de heide
't Roosje weerde zich en stak
Maar de knaap rukt van de tak
't Roosje op de heide
roosje, roosje, roosje, rood
roosje op de heide"*

(J.W. von Goethe en H. Werner)

Inkadering prikkels

De theatrale prikkels worden gedoseerd toegediend en passen in de context van het verhaal. De spelers vertellen als het ware een verhaal dat ze doorspekken met liederen en gedichten. Er wordt een ruw thema gevolgd volgens een tevoren vastgestelde verhaallijn. Zo gaat het bijvoorbeeld over twee oude schoolvriendinnen die het één en ander met elkaar meegemaakt hebben en met elkaar herinneringen ophalen. Bij elke herinnering worden dan een aantal liederen / gedichten ten gehore gebracht.

Fragment 4.5.4

Speler: Ik weet nog.. Mate had.. schattig hè? Had ze een... Jij had zo'n strik in je haar.. een roze strik met een roze bijpassend jurkje.. En dan kwam je voor de klas een liedje zingen. En dat was dat liedje van die.. .. dat knaapje.. zag een roosje staan. (Hierna begint Mate met het zingen van knaapje zag een roosje staan).

Af en toe komt het ook voor dat de bewoners met 'iets' komen en dat de spelers daar op inspelen. Zo vertelt een bewoner bijvoorbeeld dat hij altijd duiven gemolken heeft.

Fragment 4.5.5

Speler: Wat interessant.. ik wist niet dat het bestond.. duiven melken. Goh!

'En de duifjes op de Dam, shalalali, shalalala

En je weet wel hoe dat kwam, shalalali, shalalala'

Tabel 4.5 Optimale omstandigheden en valkuilen bij de theatrale ondersteuning

Optimale omstandigheden	Valkuilen
- Oogcontact met de bewoners	- 'Over' de bewoners heen kijken / alleen snel rondkijken
- Gebruik van lichaam bij uitvoering	- Te statisch
- Goed te verstaan (volume, articulatie, expressief stemgebruik)	- Te zacht, onduidelijk spreken
- Gevoel in de uitvoering leggen	- Alleen maar voordragen, zonder gevoel
- Theatrale prikkels worden in het kader van een verhaal/thema gedoseerd toegepast	- Prikkels zijn willekeurig gekozen. Verhaallijn is onduidelijk

4.6 Korte termijn geheugen

‘Nieuwe’ theatrale prikkels

Niet alle theatrale prikkels die aangeboden worden tijdens de huiskamervoorstellingen appelleren aan vroeger. Wanneer het lange termijngeheugen van de bewoners geprikkeld is door alle herinneringen aan vroeger poogt de Veder Methode om dit uit te breiden naar het hier en nu. Uitgangspunt is dat het toegenomen zelfvertrouwen bij de bewoners ertoe bijdraagt dat zij open staan voor nieuwe ervaringen. In de voorstellingen van Theater Veder is dit bijvoorbeeld terug te zien in het aspect van ‘nieuwe’ poëzie en liederen.

Fragment 4.6.1

*Speler: “Er moeten woorden zijn
zoals wind en water
en zucht en zoen
zoals jij en ik
en wij die dit alles
voor eeuwig zijn*

*Er moeten klanken zijn
zoals zee en zoethout
en weefsel en warmte
en zij en.. en.. en.. hij
en zij aan zij
en samen zacht beminnen
en..en levende liefde zijn”*

(Claire vanden Abbeele, 2001)

Elke voorstelling bevat wel een paar van deze ‘nieuwe’ liederen en gedichten.

Tabel 4.6 Optimale omstandigheden en valkuilen bij het benutten van het korte termijn geheugen

Optimale omstandigheden	Valkuilen
- Gebruik maken van 'nieuwe' poëzie en Liederen	- Gebruik maken van niet aansprekende of te ingewikkelde 'nieuwe' poëzie en liederen
- Gevoelens/herinneringen verbinden met het hier en nu	- Geen verbinding maken tussen gevoelens/herinneringen en het hier en nu

4.7 Afsluiting

Aan elke ontmoeting komt een einde, zo ook aan de huiskamervoorstelling.

Aan het einde van de voorstelling nemen de spelers individueel afscheid van alle bewoners. Het één op één contact is ook in deze fase van groot belang. Er wordt met iedereen oogcontact gemaakt en er vindt een persoonlijke verbale uitwisseling plaats. Plenair vertellen de spelers dat ze het bijzonder leuk vonden om bij hen op bezoek te mogen komen en ze bedanken de bewoners dat ze in hun huiskamer op mochten treden. Vaak reageren de bewoners door ook te zeggen dat ze het erg leuk vonden.

Fragment 4.7.1

Speler: Merci, Dank u wel lieve mensen dat wij hier hebben mogen komen om onze liederen en gedichten te brengen. En we hopen u nog een keer terug te zien. Tot ziens!

Alle spullen worden ingepakt en de spelers verlaten de huiskamer.

4.8 Theater de la Poésie

Aanvang

Naast de huiskamervoorstellingen vinden er ook theatervoorstellingen plaats (zie 2.6. en 2.7). Hierbij wordt een voorstelling in een grote zaal gegeven, meestal op een andere locatie dan de eigen zorginstelling. De theatervoorstellingen worden door ongeveer 40 tot 80 mensen bijgewoond. De toeschouwers bestaan voornamelijk uit ouderen met dementie van zorginstellingen uit de buurt, maar er zijn ook zorgverleners en familie van de bewoners aanwezig. Het publiek wordt in bussen naar de locatie van de voorstelling gebracht, alwaar ze eerst wat te drinken krijgen voor ze de zaal ingaan.

Opzet

De theatervoorstellingen worden doorgaans uitgevoerd door drie spelers en drie muzikanten. Er is een theaterdecor opgebouwd en er wordt gebruik gemaakt van microfoons en lichteffecten. Hiervoor is een lichttechnicus aanwezig. Er hangen twee schermen rond het podium waarop beelden van vroeger geprojecteerd worden.

Binnenkomst

Bij binnenkomst wordt het publiek persoonlijk verwelkomd door de spelers. Er wordt muziek gespeeld en één van de muzikanten is op het podium bezig met jongleren of een diablo. Het publiek wordt door de spelers naar hun plaats gebracht.

Voorstelling

De werkwijze bij een theatervoorstelling komt voor een groot gedeelte overeen met een huiskamervoorstelling (zie 4.1.) De opvallendste verschillen zijn:

- (1) duur Een theatervoorstelling duurt ongeveer een uur, zonder pauze
- (2) sfeer Er heerst een echte theatersfeer, mede door het decor, het podium en de muzikanten
- (3) contact Er is veel minder één op één contact tussen de bewoners en de spelers
- (4) onrust Er is meer onrust in de zaal, mede door het aantal bezoekers en de setting

Inbedding

De theatervoorstellingen moeten meer gezien worden als een cultureel aanbod voor de bewoners, en aan zorgverleners wordt getoond hoe de methode ook gebruikt kan worden in een theater. Op deze manier wordt er een cultureel aanbod op maat gepresenteerd waar de beoogde doelgroep doorgaans van uitgesloten is.

Het idee achter de theatervoorstellingen is tevens dat het een uitstapje is waar bewoners zich op voorbereiden door bijvoorbeeld extra aandacht aan zichzelf te besteden (make-up, haarverzorging en mooie kleren aantrekken). Voor verschillende bewoners is dit een bijzondere ervaring, die lang geleden is.

5. Conclusie

Uit de systematische observaties en analyse van zeven huiskamervoorstellingen en vier theatervoorstellingen kan geconcludeerd worden dat de Veder Methode door de spelers van Theater Veder in hoge mate uitgevoerd wordt zoals deze volgens de theoretische uitgangspunten bedoeld is. In elke voorstelling zijn elementen terug te vinden die gebaseerd zijn op reminiscentie, waarmee een appèl gedaan wordt op het lange termijn geheugen. De observaties aan de hand van de QCB laten zien dat de spelers een belevingsgerichte, ofwel persoonsgerichte basishouding hebben. Belevingsgericht gedrag zoals erkennen van de individualiteit van bewoners, respect tonen, de bewoners aanspreken op een manier die zij prettig vinden, open reageren, gevoelens en emoties van de bewoners serieus nemen en warmte en affectie tonen kwamen frequent voor. Daarnaast wordt door de spelers gebruik gemaakt van (non)verbale communicatieve elementen die gebaseerd zijn op NLP. Al deze gedragingen dragen bij aan het maken van persoonsgericht contact met de bewoner en het tot stand komen van wederkerigheid in het contact.

Het inspelen op persoonlijke achtergronden van individuele bewoners was niet altijd mogelijk omdat professionele spelers van Stichting Veder de bewoners niet persoonlijk kennen. Dit zal gemakkelijker toegepast kunnen worden als de zorgverleners van de bewoners zelf de Veder Methode toepassen.

Tijdens de voorstellingen wordt veelvuldig gebruik gemaakt van theatrale prikkels (tussen de 25 en 30 prikkels per voorstelling). De uitvoering van deze prikkels betreffende houding, volume, articulatie en expressie worden vrijwel altijd als goed beoordeeld door de observatoren. Wat betreft oogcontact is individueel oogcontact met bewoners niet voortdurend mogelijk. Wanneer dit er wel was, bijvoorbeeld tijdens voorstellen, persoonlijk toezingen of afscheid nemen, reagerden bewoners daar vrijwel altijd goed op.

De reacties van bewoners zijn in deze eerste fase van het onderzoek slechts globaal in kaart gebracht. De observaties van bewoners geven een gemiddeld oordeel van de reacties van alle aanwezige bewoners op een prikkel. Uit de resultaten kan afgeleid worden dat de meeste bewoners die uitgenodigd zijn plezier beleven aan het bijwonen van een voorstelling. Een aantal liederen leidt vrijwel altijd tot actief meedoen van bewoners; daarnaast leidt één op één contact door middel van oogcontact meestal tot een reactie. Een preciezer oordeel, op basis van observaties van de reacties van alle aanwezige individuele bewoners, wordt in Fase 3 van dit onderzoek gegeven.

Concluderend kunnen de spelers van Theater Veder beschouwd worden als goede rolmodellen voor de zorgverleners die de Veder Methode in de praktijk gaan uitvoeren. Zij passen de elementen van de Veder Methode goed geïntegreerd toe.

Het einddoel is dat zorgverleners de methode zelfstandig vorm kunnen geven in de praktijk. Theater Veder ondersteunt de implementatie door het geven van trainingen aan zorgverleners, die gevolgd worden door 'coaching on the job'. Daarbij krijgen zorgverleners in hun eigen zorginstelling van spelers van Theater Veder feedback op de wijze waarop zij de Veder Methode uitvoeren.

Ter ondersteuning van de implementatie worden bovendien een aantal keer per jaar 'bruisplekbijeenkomsten' georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten komen zorgverleners uit verschillende zorginstellingen, die in hun eigen instelling een voortrekkersrol vervullen bij de implementatie van de Veder Methode, bij elkaar om ervaringen uit te wisselen, voor inhoudelijke verdieping en om ideeën op te doen voor bijvoorbeeld het oplossen van knelpunten waar in de praktijk tegenaan gelopen wordt.

Uiteindelijk is het de bedoeling dat de Veder Methode niet alleen als een activiteit in de vorm van een huiskamervoorstelling uitgevoerd wordt, maar dat de zorgverleners de methode ook leren gebruiken bij het contact maken tijdens de dagelijkse werkzaamheden. Hoewel sommige zorgverleners dit al doen is structurele implementatie in de 24-uurszorg een belangrijke uitdaging voor de zorginstellingen waar de Veder Methode geïmplementeerd wordt en voor Stichting Theater Veder, die hiervoor een scholingstraject moet ontwikkelen. Op het moment van schrijven van dit rapport heeft Theater Veder aangegeven dat zij medio 2011 zal starten met de verdere uitwerking en beschrijving van de methode in de 24-uurszorg en het ontwikkelen van een scholingstraject.

Als vervolg op Fase 1 van dit onderzoek, waarvan dit rapport verslag doet, is in Fase 2 een procesevaluatie uitgevoerd. Daarbij is aan de hand van interviews met sleutelfiguren, variërend van uitvoerende zorgverleners tot de directeur van een zorginstelling, inzicht verkregen in de bevorderende en belemmerende factoren waar in de praktijk tegenaan gelopen wordt bij de implementatie van de Veder Methode. Zorginstellingen die de methode in de toekomst gaan implementeren kunnen hun voordeel doen met de resultaten van deze procesevaluatie. Ook zorginstellingen die op dit moment bezig zijn met de implementatie kunnen de resultaten gebruiken om het implementatieproces waar nodig bij te sturen.

Tot slot is in Fase 3 van dit onderzoek een eerste effectstudie gedaan. Daarin is nagegaan wat de waarde van de Veder Methode is wanneer deze uitgevoerd wordt door zorgverleners als een activiteit. De eventuele meerwaarde van de Veder Methode ten opzichte van gangbare activiteiten is getoetst door een groep bewoners die een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode bijwoonde te vergelijken met een groep bewoners die aan een gangbare reminiscentieactiviteit deelnam.

Onderzocht is wat het verschil in effect is op het gedrag, het welbevinden en de kwaliteit van leven van bewoners en wat het verschil in effect is op het gedrag van zorgverleners die deze activiteiten aanbieden. Tevens is aan de hand van focusgroepen met zorgverleners nagegaan wat het werken met de Veder Methode betekent voor hun werkbeleving (van Dijk, Hermanns, van Weert, van de Glind, & Dröes, 2011).

Literatuur

- Abbeele, C. vanden (2001). *Zouthout*. In *Nu jij er niet meer bent. Rouwen met kinderen en tieners*. Lannoo: Tielt.
- Altman, D.G. (1991). *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman & Hall.
- Alzheimer Nederland (2010). *Cijfers en feiten over dementie*. Opgehaald op 3 juli 2010 van <http://www.alzheimer nederland.nl/dsc?c=getobject&s=obj&objectid=6101&!dsname=dsalzheim&getastype=PDF>
- Aristoteles (335 BC). *Poëtika*. Groningen: Historische Uitgeverij.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1975). *The Structure of Magic I: a book about language and therapy*. Palo Alto, California: Science and Behaviour Books, Inc.
- Bakker, T.J.E.M. (2010). *Integrative Reactivation and Rehabilitation to Reduce Multiple Psychiatric Symptoms of Psychogeriatric Patients and Caregiver Burden*. Academisch proefschrift. VU medisch centrum Amsterdam.
- Cerhan, J.H., Ivnik, R.J., Smith, G.E., Tangalos, E.C., Petersen, R.C., & Boeve, B.F. (2002). Diagnostic utility of letter fluency, category fluency, and differences scores in Alzheimer's disease. *Clinical Neuropsychology*, 16, 35–42.
- Dijk, A.M. van, Hermanns, S.S.T., Weert J.C.M. van, Glind, P.B. van de, & Dröes (2011). Arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaardering in relatie tot de toepassing van de Veder Methode: een onderzoek onder zorgverleners die de Veder Methode toepassen. In A.M. van Dijk, J.C.M. van Weert, & R.M. Dröes (Red.), *Evaluatie van de Veder Methode; theater als contactmethode in de psychogeriatrische zorg* (deel 3b, pp. 175-225). Amsterdam: EMGO+, VU medisch centrum & Amsterdam School of Communication Research, Universiteit van Amsterdam.
- Dröes, R.M., Mierlo, L.D. van, Roest, H.G. van der, & Meiland, F.J.M. (2010). Focus and effectiveness of psychosocial interventions for people with dementia in institutional care settings from the perspective of coping with the disease. *Non-pharmacological therapies in dementia*, 1(2), 139-161.
- Elam, K. (1980). *The semiotics of theatre and drama*. London: Routledge.

- Feil, N. (1989a). *Validation. The Feil method*. Cleveland: Edward Feil Productions.
- Feil, N. (1989b). Validation: an empathic approach to the care of dementia. *Clinical Gerontologist*, 8, 89-94.
- Feil, N. (1989c). *Validation. Een nieuwe benadering in de omgang met demente bejaarden*. Versluys: Uitgeverij Almere.
- Finnema, E., Dröes, R.M., Ribbe, M., & Tilburg, W. van (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia; a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(2), 141-161.
- Fischer-Lichte, E. (1983). *Semiotik des Theaters*. Tübingen: Dr. Gunter Narr.
- Geerts, R. (2005). *Inleiding tot de theaterwetenschap. Semiotiek en voorstellingsanalyse: enkele methodologische bekommernissen*. Opgehaald op 10 januari 2011 van <http://homepages.vub.ac.be/~rgeerts/inlthewet/semiotiek.html>
- Gibson, F. (1994). What can reminiscence contribute to people with dementia? In J. Bornat (Ed), *Reminiscence Reviewed: Perspective, Evaluation, Achievements*, Open University Press, Milton Keynes, Bucks, 46–60.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Goethe, J.W. & Werner, H. *'t Knaapje zag een roosje staan*. Opgehaald op 3 juli 2010 http://www.liedjeskist.nl/liedjes_a-z/k-liedjes/knaapje_zag_een_roosje_staan.htm
- Hagens, C., Beaman, A., & Bouchard Ryan, E. (2003). Reminiscing, poetry writing, and remembering boxes. Personhood-centered communication with cognitively impaired older adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 27 (3&4), 97-112.
- Handboek Veder Methode (2009). Amsterdam: Theater Veder.
- Heimers, S. (2010). State of poetry therapy research (review). *The Arts in Psychotherapy* (in press)
- Heimers, S., Seizer, H.U., Soyka, M., & Zing, G. (2008). Wort für Wort. Die Heilkraft der Sprache in der Poesietherapie. *Musik-, Tanz und Kunsttherapie*, 19 (1), 36-47.
- Hofman, H. (2001). *Improviseren kun je leren*. Culemborg: Pheadon.

- Hou, C.E., Miller, B.L., & Kramer, J.H. (2005). Patterns of autobiographical memory loss in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 809–15.
- Jonker, C., & Dröes, R.M. (2006). Dementie. In: A.A. Kaptein, R. Beunderman & J. Dekker, (red). *Psychologie en Geneeskunde; behavioural medicine*. Houten: Bohn Stafleu vanLoghum, 3^e geheel herziene druk, 415-437.
- Johnstone, K. (1987). *Impro: improvisation and the theater*. Routledge: London.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kooij van der, C.H. (2003). *Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen*. Utrecht: Lemma BV
- Kopland, R. (1998) Laag licht. In *Geluk is gevaarlijk*. Maarten Muntinga: Amsterdam.
- Lai, C.K.Y., Chi, I., & Kayser-Jones, J. (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics, 16* (1), 33-49.
- Leedy, J. (1969). *Poetry therapy*. Philadelphia: Lippincott.
- Lehmann, H. (2006). *Postdramatic Theatre*. (p. 18). New York: Routledge.
- Lerner, A. (1980). *Poetry in the therapeutic experience*. New York: MMB Music Inc.
- Lerner, A. (1997). A look at poetry therapy. *The Arts in Psychotherapy, 24*, 81-89.
- Marcoen, A. (2010). Over ouderen en de heilzame werking van poëzie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 43* (3), 112-115.
- Mazza, N. (2003). *Poetry therapy. Theory and practice*. New York: Brunner-Routledge.
- McLendon, T. L. (1989). *The Wild Days: NLP 1972 – 1981*. Cupertino, California: Meta Publications.
- Petzold, H., & Orth, I. (2005). *Poesie und Therapie: Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothérapie, Literarische Werkstätten*. Bielefeld: Edition Sirius.

- Piolino, P., Desgranges, B., Belliard, S., Matuszewski, V., Lalevee, C., Delasayette et al. (2003). Autobiographical memory and auto-nostalgic consciousness: triple dissociation in neurodegenerative disease. *Brain*, 126, 2203–19.
- Potenza, M., & Labancz, M (1989). The use of poetry in a day care center for Alzheimer's disease. *The American Journal of Alzheimer's Care and related disorders & Research*, 4, 10-12.
- Rico, G. (1984). *Garantiert Schreiben lernen. Sprachliche Kreativität melodisch entwickeln. Ein Intensivkurs auf der Grundlage der modernen Gehirnforschung*. Reinbeck: Rowohlt.
- Stanislavski, C. (1936). *An actor prepares*. New York: Routledge.
- Strasberg, L. (1988). *A Dream of Passion: The Development of the Method*. New York: Penguin Books.
- Thompson, R.G., Moulin, C.J.A., Rider, G.L., Hayre, S., Conway, M.A., & Jones, R.W. (2004). Recall of 9.11 in Alzheimer's disease: further evidence for intact flashbulb memory. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 495–6.
- Weert van, J.C.M., Janssen, B.M., Dulmen, A.M. van, Spreeuwenberg, P.M., Bensing, J.M., & Ribbe, M.W. (2006). Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 656-68.
- Westerhof, G.J., Lamers, S.M.A., & Vries de, D.R.S.L. (2010). Effecten van het ophalen van autobiografische herinneringen op emotioneel welbevinden bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 41 (1), 5-12.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia (Cochrane Review). *Cochrane Database Systematic Reviews*, CD001120. John Wiley & Sons Ltd, Chichester.
- Zuidema, S.U. (2007). *Neuropsychologische symptomen bij Nederlandse verpleeghuispatiënten met dementie. Academisch proefschrift*. Radboud Universiteit Nijmegen.

Bijlage I: Theorie Theater en de Theatrale prikkels

In de Veder Methode worden theatrale prikkels gecombineerd en geïntegreerd met Validati-on, reminiscentie, NLP en belevingsgerichte zorg. Het uitgangspunt is dat deze methoden door het gezamenlijk toepassen versterkt worden in hun werking. Op welke wijze theatrale prikkels verondersteld worden bij te dragen in het versterken van de effecten van de genoemde methoden en het verbeteren van het contact met mensen met dementie, wordt hier beschreven.

Dramatisch theater – Spelwerkelijkheid

In de tweede helft van de negentiende eeuw ontstond een groeiende behoefte aan historische getrouwheid en waarheid op het toneel. Als gevolg hiervan is het dramatisch theater ontwikkeld. Dit richt zich op “het scheppen van een waarheidsgetrouwe representatie van de werkelijkheid” (Lehmann, 2006, p. 18) en stelt zich als doel de toeschouwer zich te laten herkennen in het verhaal van de rolfiguren en zich in te leven in de voorgespeelde werkelijkheid.

Principes van het dramatisch theater zijn terug te leiden naar Aristoteles (335 BC). In zijn *Poetica* stelt hij dat het creëren van de spelwerkelijkheid moet gebeuren door het uitbeelden van de handeling in tegenstelling tot vertelling van de handeling. Het tot leven brengen van deze werkelijkheid stelt toeschouwers in staat mee te leven.

Rolfiguren, kostuums, rekvisieten, teksten en muziek die gebruikt worden in voorstellingen volgens de Veder Methode trachten altijd de realiteit getrouw weer te geven. De verhalen gaan onder andere over een periode waarin de mensen met dementie hun jeugd beleefden (reminiscentie). Door het scheppen van een theatrale werkelijkheid kunnen de mensen zich inleven in de zogeheten ‘*spelwerkelijkheid*’ en zich mee laten voeren in het verhaal.

Postdramatisch theater –Vierde wand

In het dramatisch theater bevinden spelers zich op het toneel en de toeschouwers kijken vanuit de zaal toe door de toneellijst. Doordat de spelers zich niet rechtstreeks richten tot het publiek ontstaat een denkbeeldige ‘vierde wand’. Deze vierde wand is ontstaan om duidelijk onderscheid te maken tussen de illusie op het toneel en de werkelijkheid in de zaal. Bertold Brecht doorbrak als eerste de vierde wand door rolfiguren te introduceren die rechtstreeks het publiek aanspraken.

Voorstellingen volgens de Veder Methode doorbreken de vierde wand doordat de spelers iedereen persoonlijk groeten bij aanvang en na afloop van de voorstelling. Tevens wordt *interactie* bevorderd door inbreng van het publiek aan te moedigen en deze wordt op zijn beurt ook gebruikt in de spelwerkelijkheid.

Op die manier worden de mensen meegenomen in de illusie van de voorstelling. Door het ziektebeeld van de toeschouwers ontstaat dikwijls in deze illusie de herkenning van wat nog wel beschikbaar is in het geheugen. Recent onderzoek van Westerhof, Lamershof en De Vries (2010) toont aan dat het belevend ophalen van herinneringen bevorderlijk werkt op het positief affect en de levenstevredenheid. Dus, doordat de illusie reminiscerend werkt kan de voorstelling een positief effect hebben op het geestelijk welbevinden van mensen met dementie.

Method acting – Authenticiteit

Konstantin Stanislavski (1936) stond aan de basis van het zogenoemde ‘*method acting*’ in het begin van de twintigste eeuw. De omslag van het oude, statische acteren naar ‘*method acting*’ viel ongeveer tegelijk met de opkomst van de film in de jaren '50 van de vorige eeuw. Waar op het toneel grootse gebaren en luide stemmen passend waren, was dit voor de film overdreven. Omdat het publiek de speler van dichtbij kan zien is het noodzakelijk om levensechter te spelen om te voorkomen dat het spel onnatuurlijk overkomt.

Binnen ‘*method acting*’ moeten spelers één worden met het personage dat ze vertolken. Hiervoor gebruikt de speler de eigen ervaringen en emoties om zo authentiek mogelijk het verhaal van een ander te kunnen vertolken (Stanislavski, 1936; Strasberg, 1988). Eén van de uitgangspunten van ‘*method acting*’ is dat de speler niet zegt wat hij voelt of doet, maar dat hij dat laat zien.

Doordat voorstellingen volgens de Veder Methode vaak voor een kleine groep mensen wordt gespeeld is levensecht acteren van belang om de toeschouwers mee te nemen in de spelwerkelijkheid. De rolfiguren worden zo gecreëerd dat ze dicht bij de speler liggen, waardoor ze het personage authentiek kunnen brengen.

Improvisatiemethodiek Keith Johnstone – Aanbod accepteren

Keith Johnstone (1987) is de grondlegger van ‘*theatresports*’, een vorm van improvisatietheater. Hiervoor ontwikkelde hij een aantal elementaire principes, waaronder de spelattitude *aanbod accepteren* (oftewel ja zeggen). Hofman (2001) licht toe dat het er niet om gaat dat je het goed doet, maar dat je plezierig speelt met je medespelers. Alle spelers dienen zo te spelen dat iedereen zijn of haar gedachten, gevoelens en ideeën kan uitspelen. Als gevolg hiervan ontstaat een sfeer waarin het leveren van ideeën wordt gewaardeerd omdat ze worden geaccepteerd. Iemand die volgens de methode van Johnstone speelt, zegt bij voorbaat ‘ja’ tegen initiatieven van medespelers en publiek. Deze spelattitude komt overeen met het concept Validation (Feil, 1989a). Zie hoofdstuk 2 voor meer uitleg over Validation. Door aanbod te accepteren ontstaat een communicatief open en waardevrije houding. Deze is als waardevol beschreven in de belevingsgerichte zorg en door van der Kooij (2003) omschreven als ‘*zoekend reageren*’ en ‘*mee-gaan in de belevingswereld*’.

Doordat het brein van dementerende ouderen niet-lineair en bovendien associatief werkt is aanbod accepteren en ja zeggen erg belangrijk in de Veder Methode. Hoewel een opmerking van een bewoner niet hoeft aan te sluiten op de geboden spelwerkelijkheid is het voor de beleving van de persoon met dementie van belang dat hier in mee wordt gegaan om zich gewaardeerd en geaccepteerd te voelen.

Semiotiek – Ruis

Theatersemiotiek is een onderdeel van de algemene semiotiek. Het uitgangspunt van semiotiek is dat een mens ten eerste betekenis zoekt voor de verschijnselen die hem omringen en ten tweede (terecht of onterecht) de verschijnselen een betekenis toekent. Het proces van semiotiek bestaat uit representatie (door de tekendragers) en interpretatie (door de waarnemer).

Fischer-Lichte (1983) maakt voor de theatersemiotiek onderscheid tussen verschillende vormen van tekens die geproduceerd kunnen worden door een acteur zoals kinetische tekens (mimiek, gelaat) en gestische en proxemische tekens (afstand en beweging). Deze tekens geven betekenis aan de voorstelling doordat ze door de toeschouwer geïnterpreteerd worden.

Ook zijn er niet-verbale akoestische tekens. Dit heeft betrekking op muziek en geluid. Fischer-Lichte (1983) verstaat onder geluid alle geluiden die niet worden geproduceerd door de acteurs. Hierbij gaat het ook om zogenaamde 'tekens van tekens'. Tekens van tekens houdt in dat een object dat op het toneel geplaatst is, in eerste instantie verwijst naar dat object zoals dat in de werkelijkheid voorkomt. Tegelijkertijd heeft het ook een betekenis dat precies dat object op dat moment op het toneel staat. Daarmee wordt verwezen naar een bepaalde bedoeling van de makers.

Toevallige geluiden die geen intentionele functie hebben in het stuk moeten volgens het model van Fischer-Lichte genegeerd worden. Deze toevallige geluiden komen overeen met de 'noise' (oftewel ruis) in het communicatiemodel van Elam (1980). Hij onderscheidt drie soorten *ruis*:

1. De extra tekstuele ruis zoals laatkomers bij de voorstelling, het niet werken van apparatuur, het vergeten van de tekst door acteurs
2. Officieel niet bij de presentatie behorende activiteiten zoals het verplaatsen van decors
3. Activiteiten van de toeschouwers zoals het eten van popcorn.

Volgens zowel Fischer-Lichte (1983) als Elam (1980) geven deze factoren geen betekenis aan de voorstelling en behoren dus tot een ander niveau dan de theatrale tekens. Toeschouwers zouden deze tekens moeten negeren. Geerts (2005) sluit hierop aan door te stellen dat deze tekens niet echt be-tekenen. Het kan gebeuren dat deze niet-intentionele tekens vanuit de werkelijkheid onbedoeld in de voorstelling doordringen en zodoende het verloop van de voorstelling beïnvloeden.

Voorstellingen in het kader van de Veder Methode vinden over het algemeen plaats in zorginstellingen en zijn daardoor gevoeliger dan gangbare theatervoorstellingen voor ruis. Gedurende de voorstelling kan ineens de deur van de huiskamer open gaan en bezoek binnen komen. Daarnaast is de voorstellingsruimte minder goed geïsoleerd dan een theaterzaal, waardoor omgevingsgeluiden (zoals bijvoorbeeld een boor in de aangrenzende ruimte) beter kunnen doordringen. Het vermijden van deze ruis is met name voor deze kwetsbare doelgroep extra belangrijk. Door ruis is mogelijk dat wanneer de spelers net een bepaald vertrouwen en intimiteit hebben opgebouwd in de spelwerkelijkheid met de bewoners, deze plotsklaps verstoord wordt en de dagelijkse realiteit ruw binnenvalt. Door de dementie van de toeschouwers kunnen zij hier extra in verwarring door raken waardoor het effect van de voorstelling verslechterd kan worden.

Bijlage II: Poëzietherapie

Poëzie neemt een belangrijke plaats in in de Veder Methode. Reden hiervoor is dat poëzie een therapeutische werking kan hebben. Grondleggers van de poëzietherapie zijn de Amerikanen Leedy (1969) en Lerner (1980). In Europa heeft Petzold en Orth (2005) een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van deze therapievorm. Leedy (1969) stelt dat door poëzietherapie mensen beter hun gevoelens begrijpen, hun gevoelsrepertoire uitbreiden en hun emotionele behoeften beter communiceren. Rico (1984) heeft een methode ontwikkeld op basis van resultaten uit hersenonderzoek, waarbij poëzie de verbinding tussen de linker en rechter hersenhemisfeer bevordert en een ritmische 'flow' van het spreken tot stand brengt. Sindsdien heeft zich een ontwikkeling voorgedaan waarbij poëzietherapie bij uiteenlopende doelgroepen en problemen wordt toegepast (Heimers, Seizer, Soyka & Zing, 2008). Er zijn goede resultaten bereikt bij, bijvoorbeeld bij depressie, angststoornissen, schizofrenie, kanker en stervensbegeleiding.

Poëzie en ouderen

Marcoen (2010) heeft een artikel gewijd aan de heilzame werking van poëzie bij ouderen. Bij deze doelgroep helpt poëzietherapie bij de verwerking van verlies en het contact onderhouden met het leven (Mazza, 2003). De communicatie met anderen, ook met andere generaties, wordt bevorderd.

In toenemende mate wordt onderzoek gedaan naar de effecten van deze behandelvorm (Heimers, 2010). Dit geldt ook voor de toepassing van poëzietherapie bij mensen met dementie. Zo is er een onderzoek van Potenza en Labancz (1989) uitgevoerd op een dagcentrum voor mensen met de ziekte van Alzheimer. Het ontwikkelde groepsprogramma is gedurende een aantal jaren met succes uitgevoerd. Uit een onderzoek van Hagens, Beaman en Bouchard Ryan (2003) komt naar voren dat gedichten patiënten helpen om hun communicatie met familie en professionele zorgverleners te verbeteren. Deze onderzoeken komen tegemoet aan de aandacht die Lerner (1997) wenselijk achtte voor de verdere ontwikkeling van poëzietherapie.

In de Veder methode is de poëzie een wezenlijk onderdeel vanwege zijn verwachte therapeutische werking en de ervaring dat poëzie bij kan dragen aan de verbetering van het contact met mensen met dementie.

Bijlage III

Observatie-instrument Veder Methode (v1 juni 2009)

Van te voren vragen/invullen

Lokatie: _____

Afdeling: _____

Datum: _____

Speler(s): _____ (& _____)

Aantal aanwezige bewoners: _____

Aanvangstijd: _____

- A. Wordt er van te voren verteld dat er een theater/huiskamervoorstelling plaats gaat vinden? Ja/nee
- B. Wordt er gewerkt via een vooropgesteld (ruw) script? Ja/nee
-

Observeren

1. Wordt er individueel voorgesteld aan iedere bewoner? Niet / enigszins/ redelijk/ wel
2. Wordt getracht herinneringen uit het verleden op te halen in de vorm van het beschrijven van een handeling, persoon, plaats of voorwerp? Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
3. Wordt getracht herinneringen op te halen uit het verleden door aan de bewoners te vragen of ze weten wat, waar, wanneer, wie of hoe 'iets' is? Niet / enigszins/ redelijk/ wel

4. Wordt de eigen communicatie (qua lichaamshouding, spreektoon, spreektempo en ademhalingsritme) aangepast aan de ander?	Niet/ enigszins/ redelijk /wel
5. Wordt de waardigheid van de bewoners gewaarborgd?	Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
6. Wordt er geïmproviseerd?	Niet / enigszins/ redelijk/ wel
7. Worden de bewoners bij naam genoemd door de speler(s)?	Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
8. Wordt gerefereerd naar specifieke achtergronden van bewoners?	Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
9. Worden meerdere stimuli tegelijkertijd gepresenteerd?	Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
10. Zijn er rustplekken in de voorstelling?	Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
11. Geeft de speler steun aan de andere speler?	Niet/ enigszins/ redelijk/ n.v.t.
12. Wordt er individueel afscheid genomen van iedere bewoner?	Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
13. Wordt er een link naar het heden gemaakt?	Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
14. Is er een duidelijk thema c.q. verhaal te ontdekken in de voorstelling?	Niet/ enigszins/ redelijk / wel
15. Vinden de aangeboden prikkels plaats in het kader van het thema c.q. het verhaal?	Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
16. Is/zijn duidelijk herkenbare rolfiguren gekozen?	Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
17. Was er variatie in de aangeboden prikkels?	Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
18. Geloven de bewoners wat ze zien?	Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
19. Wordt er echt contact gemaakt?	Niet/ enigszins/ redelijk/ wel
Hoe lang duurde de voorstelling?	Begin___Eind___=___min.

Theatrale Prikkel (soort + tijdstip invullen)

P1 Soort Theatrale Prikkel: _____ om _____

Kwaliteit prikkel:

-oogcontact slecht / matig / redelijk / goed

-houding/lichaamstaal slecht / matig / redelijk / goed

-volume slecht / matig / redelijk / goed

-articulatie slecht / matig / redelijk / goed

-expressief stemgebruik slecht / matig / redelijk / goed

Reageerden de bewoners op deze prikkel? Niet / enigszins / redelijk / veel

P2 Soort Theatrale Prikkel: _____ om _____

Kwaliteit prikkel:

-oogcontact slecht / matig / redelijk / goed

-houding/lichaamstaal slecht / matig / redelijk / goed

-volume slecht / matig / redelijk / goed

-articulatie slecht / matig / redelijk / goed

-expressief stemgebruik slecht / matig / redelijk / goed

Reageerden de bewoners op deze prikkel? Niet / enigszins / redelijk / veel

P3 Soort Theatrale Prikkel: _____ om _____

Kwaliteit prikkel:

-oogcontact slecht / matig / redelijk / goed

-houding/lichaamstaal slecht / matig / redelijk / goed

-volume slecht / matig / redelijk / goed

-articulatie slecht / matig / redelijk / goed

-expressief stemgebruik slecht / matig / redelijk / goed

Reageerden de bewoners op deze prikkel? Niet / enigszins / redelijk / veel

Etc...P4, P5,

Scoreformulier: Kwaliteit van onderdelen van de Prikkel en reactie van bewoners

	Soort	Tijdstip	Oog- contact	Houding	Volume	Articulatie	Expressie	Reactie bewoners
P1								
P2								
P3								
P4								
P5								
P6								
P7								
P8								
P9								
P10								
P11								
Etc...								
....								
...								
..								

Bijlage IV

Observatie-instrument: Quality of Caregivers' Behaviour in dementia care (QCB)

Lokatie: _____

Afdeling: _____

Datum: _____

Positieve Omgangsvormen	niet	enigszins	redelijk	maximaal	n.v.t.
1. Was er sprake van 'erkennen / respect' tijdens de voorstelling?	1	2	3	4	5
2. Was er sprake van 'onderhandelen' tijdens de voorstelling?	1	2	3	4	5
3. Was er sprake van 'samenwerken en vergemakkelijken' tijdens de voorstelling?	1	2	3	4	5
4. Was er sprake van 'spelen' tijdens de voorstelling?	1	2	3	4	5
5. Was er sprake van 'meegaan in de belevingswereld' tijdens de voorstelling?	1	2	3	4	5
6. Was er sprake van 'empathie' (incl. 'gevoelens en emoties accepteren') tijdens de voorstelling?	1	2	3	4	5
7. Was er sprake van 'contact maken' tijdens de voorstelling?	1	2	3	4	5
8. Was er sprake van 'zintuigactivering' tijdens de voorstelling?	1	2	3	4	5

Operationalisatie van de begrippen in QCB observatie-instrument

Positieve, persoonsgerichte gedragingen van zorgverleners ('positive person work');

gebaseerd op theoretisch kader (Dialectical Framework) van Kitwood (1997)

1. Erkennen/respect (Recognition)

Erkennen dat een dementerende oudere een individu is. De bewoner humaan behandelen en aanspreken op een manier die zij³ prettig vindt. Erkenning is bijvoorbeeld merkbaar in de persoon met dementie bij de naam aanspreken, hem/haar recht in de ogen kijken en rekening houden met diens persoonlijkheid. De fysieke en geestelijke beperking van de bewoner respecteren door bijv. geen grappig bedoelde opmerkingen hierover te maken en geduldig te zijn wanneer de bewoner zelf handelingen verricht.

2. Onderhandelen (Negotiation)

De bewoner betrekken bij zaken die hem/haar aangaan. Wat zijn de voorkeuren, wensen en behoeften. 'Onderhandelingen' geven zelfs aan zeer hulpbehoevende mensen een zekere mate van controle, bijvoorbeeld over de zorg die zij krijgen. Veel 'onderhandelingen' kunnen betrekking hebben op alledaagse dingen zoals de wens om al dan niet uit bed willen komen, (al) willen eten, welke kleding men aan wil etc. In de 'onderhandelingen' wordt er rekening gehouden met de snelheid waarmee een demente oudere informatie verwerkt.

3. Ingaan op (on)mogelijkheden (Enabling)

Enabling = samenwerken (Collaboration) en vergemakkelijken (Facilitation). Zorg en begeleiding komen tot stand tussen zorgverlener en bewoner. Er is sprake van samenwerken of vergemakkelijken als de zorgverlener aansluit op de mogelijkheden die de bewoner nog aan interactie heeft. Vergemakkelijken houdt in dat zorgverleners er voor zorgen dat ouderen met dementie onderdelen van activiteiten die zij nog zelf kunnen doen (al dan niet onder begeleiding of met hulp) ook daadwerkelijk zelf doen in plaats van de gehele activiteit over te nemen. Bij activiteiten waar bewoners moeite mee hebben kunnen zorgverleners 'aanvullen' vanaf het niveau van de demente oudere.

³ Lees bij 'zij' steeds 'hij of zij'

4. Spelen (Play)

Spontaan en open op dementerende ouderen reageren helpt om een gemoedelijke sfeer te creëren waarin zij zich veilig en thuis voelen. Worden er wel eens grapjes tegen een bewoner gemaakt en wordt er samen met hem/haar gelachen? Ook leuke dingen doen met de bewoner waar zowel de bewoner als de zorgverlener plezier aan beleven of die voor beiden aangenaam zijn behoort tot 'spelen'.

5. Meegaan in de belevingswereld (Validation)

Validation betekent het accepteren van de (subjectieve) realiteit waarin de bewoner leeft en het meegaan in deze werkelijkheid (waarheid) van de demente oudere. Probeert men mee te gaan in de belevingswereld van de demente oudere of wordt ze gecorrigeerd en met de waarheid van de zorgverlener geconfronteerd?

6. Empathie tonen, gevoelens en emoties accepteren (Empathize)

De gevoelens en emoties van een bewoner niet negeren, maar serieus nemen. Warmte en affectie tonen wanneer een bewoner daar behoefte aan heeft.

7. Contact maken (Making contact)

De bewoner als persoon aandacht geven, zich expliciet richten tot de bewoner om contact te maken. Enerzijds reageren op datgene wat de bewoner aangeeft; anderzijds de bewoner ook aandacht geven zonder dat deze hier (expliciet) om 'vraagt'.

8. Zintuigactivering (Stimulation)

Door middel van actieve zintuigprikkeling (het gericht in gang zetten van de zintuigen zoals de reuk, het gehoor, het gezicht, de smaak en de tast) een ingang proberen te vinden in de belevingswereld van de demente oudere.



**Evaluatie van de invoering
van de Veder methode op
psychogeriatrische afdelingen
van zorginstellingen**

*Een studie naar bevorderende en belemmerende
factoren bij de methodiekoverdracht en het
implementatieproces*

Inhoudsopgave Deel 2

Samenvatting	75
1. Inleiding.....	78
1.1 Achtergrond.....	78
1.2 De Veder Methode	78
1.3 Methodiekoverdracht en implementatiestrategieën.....	79
1.4 Waar vindt de implementatie plaats?	80
1.5 Implementatie-activiteiten	81
1.6 Procesevaluatie en theoretisch kader	83
1.7 Vraagstelling	86
2. Onderzoeksmethode	88
2.1 Interviews	88
2.2 Focusgroepen	89
2.3 Interviewschema	89
2.4 Data-analyse	89
3. Resultaten: bevorderende en belemmerende factoren bij de methodiekoverdracht en het implementatieproces.....	91
3.1 Aanvangscondities van invloed op de methodiekoverdracht en het implementatieproces	91
3.2 Voorbereidingsfase	98
3.3 Invoeringsfase.....	101
3.4 Continueringsfase	111
4. Voorlopige resultaten implementatie	116
5. Conclusie en discussie	120
5.1 Conclusie	120
5.2 Discussie.....	124
5.3 Wat levert deze procesevaluatie op voor wetenschap en praktijk?	125
6. Aanbevelingen	126
6.1 Bij aanvang van en tijdens de implementatie	126
6.2 Tijdens de voorbereidingsfase.....	126
6.3 Tijdens de invoeringsfase.....	127
6.4 Tijdens de continueringsfase.....	127
6.5 Vervolgonderzoek	127
Literatuur	128

- Bijlage I: Opbouw basistraining Stichting Theater Veder
- Bijlage II: Interviewschema ter opsporing van bevorderende en belemmerende factoren van implementatie
- Bijlage III: Randvoorwaarden voor betrokken zorgkoepels van Stichting Theater Veder

Samenvatting

Achtergrond Het aantal mensen met dementie in Nederland zal in de komende decennia stijgen tot ongeveer een half miljoen in 2050 (Alzheimer Nederland, 2010). Momenteel woont dertig procent van de mensen met dementie in een verzorgings- of verpleeghuis. Methoden die erop gericht zijn het contact tussen zorgverleners en mensen met dementie te verbeteren, kunnen een positieve bijdrage leveren aan het welzijn van mensen met dementie. De Veder Methode is een nieuwe methode die handvatten biedt om de wederkerigheid in de communicatie tussen mensen met dementie⁴ en hun zorgverleners te verbeteren. De Veder Methode wordt overgedragen en ingevoerd in verschillende zorginstellingen in Nederland door Stichting Theater Veder. Op dit moment hebben de methodiekoverdracht en implementatie in vier regio's, bij 13 zorgkoepels op 180 afdelingen plaatsgevonden.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van de Veder Methode in zorginstellingen. Daarbij zijn zowel de overdracht van de methode (methodiekoverdracht) als het invoeringsproces (het implementatieproces), zoals dat tot en met het najaar van 2009 is verlopen, geëvalueerd. Onder methodiekoverdracht worden de activiteiten verstaan die Stichting Theater Veder aanbiedt om de Veder Methode aan te leren en toe te passen in de praktijk. Het implementatieproces is het proces van invoeren van de Veder Methode, dat wil zeggen de wijze waarop en de mate waarin de methode in de praktijk door zorginstellingen wordt gedragen, gefaciliteerd en uitgevoerd.

Methoden Er zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen met 12 sleutelfiguren uit twee regio's die elk op een verschillende manier en in diverse zorginstellingen betrokken zijn bij de methodiekoverdracht en de implementatie van de Veder Methode. Een interviewschema, gebaseerd op een theoretisch model voor het opsporen van bevorderende en belemmerende factoren bij adaptieve implementatie van innovaties, vormde de leidraad tijdens de interviews, die gemiddeld 45 minuten duurden. Dit implementatieonderzoek is een onderdeel van de gehele evaluatie van de Veder Methode. Na afloop van dit onderzoek zijn in het kader van een effectevaluatie van de Veder Methode bovendien focusgroepen met zorgverleners gehouden om de impact van het werken volgens de Veder Methode op de arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaardering van zorgverleners te beoordelen.

⁴ Lees bij 'dementie' steeds 'geheugenproblemen'. Geheugenproblemen kunnen ook door andere aandoeningen dan dementie veroorzaakt worden, bijvoorbeeld door niet-aangeboren hersenletsel. De Veder Methode is in dit onderzoek onderzocht op afdelingen van zorginstellingen met bewoners met dementie. Vandaar dat omwille van de leesbaarheid deze term wordt gehanteerd.

Tijdens deze focusgroepen kwamen ook onderwerpen aan de orde die te maken hadden met de methodiekoverdracht en het implementatieproces. Relevante resultaten uit de focusgroepen voor de implementatie evaluatie zijn dan ook in dit rapport opgenomen. In totaal hebben 35 zorgverleners van acht verschillende zorgkoepels aan de focusgroepen deelgenomen.

Alle interviews en focusgroepgesprekken zijn op audiotape opgenomen en vervolgens verbatim getranscribeerd. Deductieve analyse van de resultaten heeft plaatsgevonden aan de hand van het theoretisch model, aangevuld met inductieve analyse van tekstfragmenten waar tevoren geen relevante categorie voor was opgenomen in het theoretisch model. Op deze manier zijn bevorderende en belemmerende factoren geïnventariseerd die een rol spelen bij de methodiekoverdracht en in de verschillende fasen van het implementatieproces (voorbereidings-, invoerings- en continueringsfase).

Resultaten De resultaten laten zien dat de respondenten de Veder Methode beschouwen als een nieuwe en effectieve methode om contact te maken met psychogeriatrische bewoners. De respondenten geven aan dat de effecten die zij zien bij de bewoners hen enthousiast maken. In de onderzoeksperiode waren het voornamelijk activiteitenbegeleiders die de methode toepasten, maar de methode is naar de mening van de respondenten ook zeer geschikt voor verzorgenden. Tijdens de methodiekoverdracht werkt het bevorderend voor de invoering als er kennis van, of interesse is in, andere methoden zoals Validation en reminiscentie. Ook is de zichtbaarheid en bekendheid van de Veder Methode in de zorginstelling een bevorderende factor voor het implementatieproces van de methode. Daarnaast komt naar voren dat het niet altijd duidelijk is wat de wederzijdse verwachtingen zijn van Stichting Theater Veder en zorginstellingen voor wat betreft de kwaliteit van een huiskamervoorstelling die door zorgverleners wordt uitgevoerd. De benodigde commitment van de zorgverleners en de hoeveelheid begeleiding die Stichting Theater Veder zou moeten geven, zijn hierbij belangrijke vragen die leven. In het kader van de communicatie en organisatorische afstemming blijkt het van groot belang dat er zowel bij Theater Veder als bij de zorginstelling vaste contactpersonen worden aangewezen.

Conclusie Een belangrijke factor waarmee de methodiekoverdracht van de Veder Methode in een zorginstelling staat of valt is de betrokkenheid van alle lagen in de organisatie van de zorginstelling, met name van het management. Een plan van aanpak waarin wordt opgenomen welke randvoorwaarden er geschapen worden, zal naar verwachting bijdragen aan een succesvolle methodiekoverdracht en implementatie. De resultaten laten zien dat belangrijke randvoorwaarden zijn: het bepalen van een (minimale) frequentie van de toepassing van de methode, toewijzing van voldoende personele tijd (waaronder tijd om te oefenen), reservering van budget, het aanwijzen van personen die verantwoordelijk zijn voor de implementatie in de zorginstelling, het creëren van een kerngroep en het inbouwen van evaluatie-momenten.

Momenteel wordt de Veder Methode overgedragen in de vorm van een groepsactiviteit (het geven van een huiskamervoorstelling). Er liggen echter ook uitdagingen om de methode te integreren in de 24-uurszorg. Continuering van de toepassing van de methode, ofwel implementatie nadat de methodiekoverdracht heeft plaatsgevonden, in de aan het onderzoek deelnemende zorginstellingen blijkt niet vanzelfsprekend. Daarom is het van belang dat Theater Veder en de zorginstellingen bepalen hoe zij ervoor kunnen zorgen dat de Veder Methode een vaste plaats in de organisatie krijgt en de implementatie succesvol verloopt.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

In Nederland wonen naar schatting 235.000 mensen met dementie (Alzheimer Nederland, 2010). Door de (dubbele) vergrijzing neemt dit aantal naar verwachting toe tot een half miljoen in 2050. De prevalentie van dementie wordt hoger naarmate de leeftijd stijgt en ligt bij mensen in de leeftijd boven de 65 jaar rond de 10%. Bij mensen van 90 jaar en ouder lopen de prevalentiecijfers op tot 40% (Alzheimer Nederland, 2010). Van de mensen met dementie woont zo'n 30% in verzorgingshuizen en/of verpleeghuizen. Zij worden doorgaans tot hun overlijden verzorgd door professionele zorgverleners. Het streven om deze mensen, die veel begeleiding, zorg en toezicht behoeven, goede zorg op maat te bieden, verdient dan ook alle aandacht (de Lange, 2004).

1.2 De Veder Methode

De Veder Methode is een nieuwe methode die erop gericht is zorgverleners te ondersteunen in het bieden van persoonsgerichte zorg aan mensen met dementie. De methode is ontwikkeld door mensen met een achtergrond in zowel de zorg als de theaterwereld, die samenwerken binnen Stichting Theater Veder. De Veder Methode heeft als doel het gevoel van welzijn, de persoonlijke identiteit en het zelfvertrouwen van mensen met dementie te bevorderen en het werkplezier van zorgverleners te vergroten. Om dit te bereiken biedt de methode handvatten om de wederkerigheid in de communicatie tussen mensen met dementie en hun zorgverleners te verbeteren. De Veder Methode bouwt voort op de reeds toegepaste methoden reminiscentie, Validation, Neuro Linguïstisch Programmeren (NLP) en geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Deze methoden worden geïntegreerd en gecombineerd met elementen zoals poëzie, rolfiguren, zang en reminiscerende rekwisieten voorwerpen van vroeger. Reminiscentie, Validation en NLP zijn methoden die afzonderlijk van elkaar tot op zekere hoogte effectief zijn gebleken (Verkaik, van Weert, & Francke, 2005; Finnema, Dröes, Ribbe, & van Tilburg, 2000), maar door het combineren van deze methoden en deze aan te vullen met het gebruik van theaterelementen is er wellicht een groter effect te behalen. Een volledige beschrijving van de Veder Methode is opgenomen in Tol, van Weert, Hermanns & Dröes, (2011).

1.3 Methodiekoverdracht en implementatiestrategieën

Hulscher, Wensing en Grol (2000) definiëren implementatie in de context van de gezondheidszorg als volgt:

'Een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg'.

Implementatiestrategieën kunnen grofweg ingedeeld worden in gestandaardiseerde versus adaptieve implementatiestrategieën. Bij gestandaardiseerde strategieën is er sprake van een uit-ontwikkelde innovatie en een gestandaardiseerde wijze van implementeren. Bij adaptieve implementatie wordt de innovatie of de implementatiestrategie (of beiden) aangepast wanneer dat nodig blijkt om de gewenste verandering te bewerkstelligen (van der Kooij, 2003; Boekholdt & Pepels, 1994). Uit de literatuur blijkt dat implementatiestrategieën die rekening houden met bevorderende en belemmerende factoren de meeste kans van slagen hebben (Grol & Wensing, 2006).

In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen methodiekoverdracht en het implementatieproces. De methodiekoverdracht verwijst naar de activiteiten die worden ingezet met als doel dat zorgverleners zich de Veder Methode eigen maken. Theater Veder biedt per regio een drie jaar durend programma dat opbouwend de Veder Methode overdraagt en vervolgens implementatie binnen de zorginstellingen ondersteunt. Idealiter zien zorgverleners eerst een huiskamervoorstelling en/of theatervoorstelling (stap1: het zien), vervolgens worden zij getraind in de methode (stap2: leren van de Veder Methode), coaching on the job waarbij zorgverleners zelf een of meerdere voorstellingen op hun eigen afdeling uitvoeren onder begeleiding, is de derde stap (oefenen en eerste implementatie van Veder Methode door zorgverleners op de afdeling) en tot slot verzorgt Stichting Theater Veder iedere zes à zeven weken een bruisplekbijeenkomst voor zorgverleners die getraind en/of gecoacht zijn ter bevordering van implementatie en borging en verdere professionalisering van de Veder Methode.

Bij de methodiekoverdracht en het implementatieproces van de Veder Methode is er sprake van een adaptieve aanpak. Dat wil zeggen dat er in nauwe samenwerking met de zorgkoepels wordt gezocht naar mogelijkheden om de verschillende activiteiten te organiseren, aansluitend bij de omstandigheden in de individuele zorginstellingen. Stichting Theater Veder stelt zich flexibel op en streeft ernaar haar 'producten' op maat te leveren.

In dit kader moeten twee kanttekeningen worden gemaakt. Ten eerste: Stichting Theater Veder richt zich primair op de methodiekoverdracht van de Veder Methode op zorgverleners en in mindere mate op het ondersteunen van de organisatorische inbedding en borging van de Veder Methode in de zorginstelling. Ten tweede, gedurende de onderzoeksperiode werd de Veder Methode overgedragen en ingevoerd in de vorm van een *groepsactiviteit* (huiskamervoorstelling) en niet op het integreren van de Veder Methode als contactmethode in de 24-uurszorg.

1.4 Waar vindt de implementatie plaats?

De Veder Methode is allereerst ingevoerd als een pilot binnen een samenwerkingsproject van drie zorgkoepels in Amsterdam in 2007. Op basis van de resultaten van deze pilot is er door één van de betrokken zorgkoepels in Amsterdam en Stichting Theater Veder, financiering voor verdere implementatie verkregen bij het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg.

De Veder Methode is daarna ingevoerd binnen dertien⁵ zorgkoepels in Nederland: in regio Amsterdam (2007-2009), Eindhoven (2008-2010), Friesland (2009-2011) en Noord-Holland (2010-2012). Per regio nemen er gemiddeld drie zorgkoepels deel en per zorgkoepel gemiddeld tien afdelingen. In iedere regio is Stichting Theater Veder drie jaar actief. Per regio (en per jaar) worden gemiddeld 60 huiskamervoorstellingen bij de drie deelnemende zorgkoepels gegeven (er worden 10 afdelingen per zorgkoepel bezocht en twee voorstellingen per afdeling gegeven). Per jaar worden er in iedere regio zes theatervoorstellingen gegeven (gemiddeld twee per koepel). In het eerste jaar worden in iedere regio gemiddeld 15 basistrainingen aangeboden. Aansluitend wordt in het tweede en derde jaar een maatwerk programma aangeboden. Het speerpunt in het tweede jaar ligt bij de verdiepingstrainingen gevolgd door één keer coaching on the job aan tien teams per koepel. Indien nodig kan ook nog een basistraining worden aangeboden. In het derde jaar ligt het zwaartepunt bij coaching on the job (per koepel tien teams) Deze wordt voorafgegaan door een of twee verdiepingstrainingen Ook dan kan in overleg nog een basistraining/verdiepingstraining plaatsvinden. In het derde jaar worden drie bruisplekken georganiseerd voor de zorgverleners die trainingen en/ of coaching on the job hebben afgerond.

Samenwerking met de zorgkoepels is ontstaan uit reeds bestaande contacten tussen Stichting Theater Veder en bepaalde zorgkoepels in de verschillende regio's. Met behulp van deze connecties zijn er vervolgens contacten gelegd met de andere zorgkoepels in de verschillende regio's (sneeuwbaaleffect). In alle zorgkoepels zijn er op initiatief van Stichting Theater Veder gesprekken geweest met het management en vervolgens zijn de activiteiten gestart. Samenwerking tussen zorginstellingen van één regio worden in dit project bevorderd.

⁵ Onder deze 13 zorgkoepels vallen ook de drie zorgkoepels die bij het pilotproject in Amsterdam betrokken zijn geweest.

In het navolgende worden de activiteiten van Stichting Theater Veder beschreven. Deze zijn: de huiskamervoorstelling, theatervoorstellingen, trainingen, coaching on the job, de bruisplekbijeenkomsten, het stedelijk overleg, de symposia, alsmede de informatiemiddagen voor managers en leidinggevendenden aan de start van het project.

1.5 Implementatie-activiteiten

De Veder Methode wordt voornamelijk overgedragen en geïmplementeerd op psychogeriatrische afdelingen van zorginstellingen, met name verpleeg- en verzorgingshuizen. Daarnaast vindt implementatie plaats op locaties voor psychogeriatrische dagbehandeling.

1. Informatiemiddagen

Managers en leidinggevendenden ontvangen tijdens deze middagen informatie over de doelstellingen van het project en de wijze waarop Stichting Theater Veder de methodiekoverdracht en de ondersteuning bij het implementatieproces vormgeven.

2. Huiskamervoorstellingen door Stichting Theater Veder

De eerste kennismaking voor zorgkoepels met de Veder Methode vindt plaats door middel van de zogenaamde huiskamervoorstellingen van Stichting Theater Veder (Tol et al., 2011). Twee tot drie professionele spelers van Stichting Theater Veder geven een voorstelling van ongeveer anderhalf uur in huiskamers met gemiddeld veertien bewoners met dementie en hun zorgverleners. De voorstellingen hebben een voorbeeldfunctie voor de zorgverleners. Tijdens deze huiskamervoorstellingen wordt via de Veder Methode contact gelegd met de bewoners en worden de verschillende elementen van de Veder Methode in de praktijk getoond. Zo kunnen de zorgverleners zien hoe de Veder Methode werkt. Er wordt begonnen met een kennismaking middels één op één contact tussen bewoner en speler. Vervolgens wordt het lange termijn geheugen geprikkeld, daarna het korte termijn geheugen en de voorstelling eindigt met een afsluitend één op één contact. Voor een uitgebreide beschrijving van de huiskamervoorstellingen wordt verwezen naar Tol et al. (2011).

3. Theatervoorstellingen door Stichting Theater Veder

Naast de huiskamervoorstellingen vinden er ook theatervoorstellingen plaats. Deze worden gehouden in een ontmoetingsruimte van een zorginstelling of in een lokaal theater. De theatervoorstellingen worden uitgevoerd door drie professionele acteurs en drie muzikanten. Er is een theaterdecor en er wordt gebruik gemaakt van geluid- en lichttechniek. De theatervoorstellingen worden gespeeld voor groepen van veertig tot tachtig mensen met dementie en hebben als voornaamste doel deze mensen uit de sleur van alledag te tillen en hen een levendig cultureel aanbod op maat te bieden.

De theatervoorstellingen krijgen hierdoor het karakter van een cultureel uitstapje. Ook zorgverleners en familie worden uitgenodigd voor dit evenement. De theatervoorstellingen hebben tevens een voorbeeldfunctie omdat de verschillende elementen van de methode zichtbaar worden gemaakt.

4. Trainingen

Er worden trainingen gegeven om de Veder Methode te leren aan de zorgverleners. In deze trainingen van één dag wordt aandacht besteed aan de achterliggende theorie waar de Veder Methode op gebaseerd is. Onder leiding van een trainer wordt er gediscussieerd over en uitgewisseld hoe de verschillende contactmethoden als reminiscentie, Validation, NLP en belevingsgericht werken gebruikt (kunnen) worden in de dagelijkse zorg. Daarnaast worden er theater- en communicatieoefeningen gedaan, mede gebaseerd op de achterliggende methoden, en wordt er toegewerkt naar het zelfstandig kunnen voorbereiden en uitvoeren van een huiskamervoorstelling (Zie Bijlage I voor een beschrijving van het programma van de basistraining). Zowel verzorgenden, activiteitenbegeleiders als mantelzorgers en vrijwilligers kunnen deelnemen aan deze training. Deelname vindt in de meeste gevallen plaats op basis van vrijwilligheid en interesse. In sommige gevallen is de training verplicht gesteld door de zorgkoepel. In het eerste jaar worden er per regio gemiddeld vijftien basistrainingen georganiseerd. Zo nodig kunnen zorgverleners naast de basistraining in het tweede en derde jaar aanvullend verdiepingstrainingen volgen.

5. Coaching on the job

Coaching on the job vormt een belangrijk onderdeel van de methodiekoverdracht van de van de Veder Methode en draagt bij aan de implementatie binnen de zorginstelling. Deze coaching houdt in dat trainers van Stichting Theater Veder naar de afdelingen van de zorginstellingen gaan en twee zorgverleners, die samen een huiskamervoorstelling voorbereiden en uitvoeren, hierin begeleiden en voorzien van feedback. Coaching on the job bestaat normaliter uit twee bijeenkomsten van 2 uur.

6. Bruisplekbijeenkomsten

Bruisplekbijeenkomsten worden drie keer per jaar georganiseerd door Stichting Theater Veder voor alle zorgverleners die getraind en/of gecoacht zijn in de Veder Methode. Daarnaast wordt het symposium dat iedere drie jaar wordt georganiseerd door Stichting Theater Veder (zie punt 8) ook als een bruisplekbijeenkomst gezien. In de bruisplekbijeenkomsten wordt aandacht gegeven aan uitwisseling van ervaringen van zorgverleners en aan kennisoverdracht. De bijeenkomsten hebben tot doel de borging van de methodiek binnen de zorginstellingen te ondersteunen.

Stedelijk overleg

In elke regio wordt één keer per maand een stedelijk overleg georganiseerd door Stichting Theater Veder. Dit overleg is bedoeld voor diegenen die een coördinerende functie hebben bij de implementatie van de Veder Methode in de zorgkoepels. De stedelijke overleggen hebben tot doel de samenwerking tussen de drie verschillende zorgkoepels in een regio te bevorderen. In deze overleggen vindt uitwisseling plaats over de gang van zaken rondom de activiteiten en worden 'best practices' uitgewisseld ter bevordering van de methodiekoverdracht en het implementatieproces.

8. Symposia

Deze zijn bedoeld om de Veder Methode bekendheid te geven onder zorgprofessionals en het algemeen publiek. Ook staat het delen van ervaring, het voorzien in een onderbouwing van de methode, kennis uitwisseling en -overdracht centraal tijdens de symposia. Er wordt om de drie jaar een symposium georganiseerd.

1.6 Procesevaluatie en theoretisch kader

Implementatie van zorginnovaties is geen eenvoudige opgave en vereist inzicht in de zogenoemde 'implementatie-black box': het is vaak niet duidelijk wat werkt voor wie in welke context (Van Bokhoven et al., 2008; Grol, Baker, & Moss, 2002). Een procesevaluatie kan meer inzicht geven in de 'implementatie-black box'. Er wordt inzicht verkregen in hoeverre de Veder Methode daadwerkelijk wordt toegepast en op welke manier, waarbij belemmerende en faciliterende factoren geïnventariseerd worden.

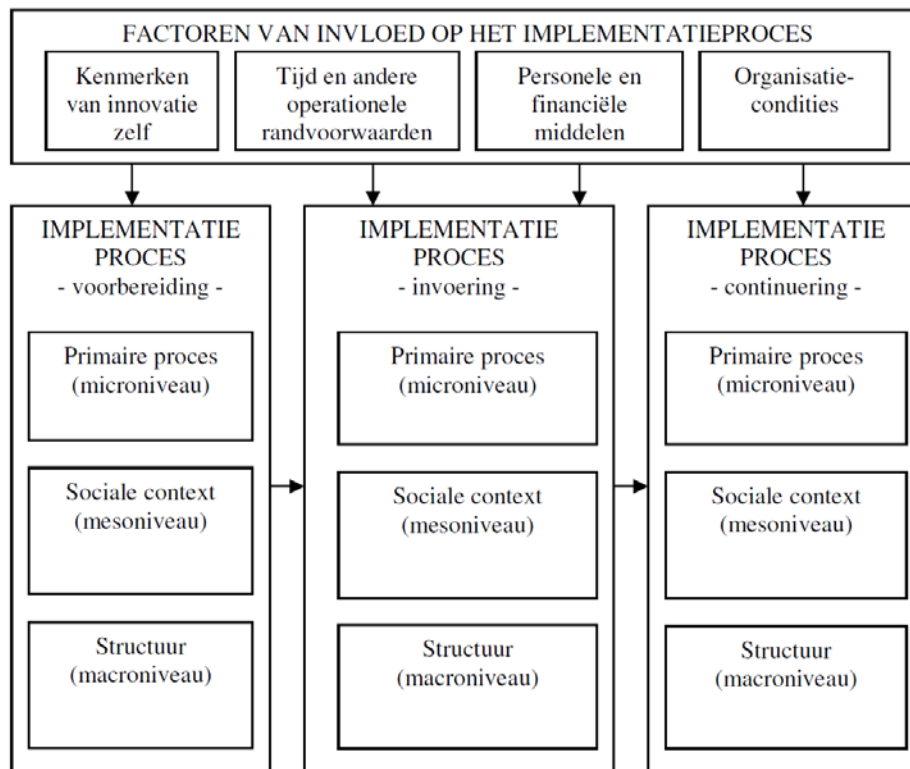
Een procesevaluatie is bovendien essentieel met het oog op het onderzoek dat momenteel plaatsvindt naar het effect van de Veder Methode op het gedrag en de stemming van mensen met dementie en de werkbeleving van hun zorgverleners. In het kader van deze effectevaluatie is het van belang om na te gaan in hoeverre de implementatie geslaagd is (Craig et al., 2008; van Weert et al., 2004; Dröes et al. 2003; van der Kooij, 2003).

Het evalueren van het implementatieproces is op zichzelf ook een nuttige interventie omdat het direct leidt tot meer inzicht en bewustwording bij de mensen die verantwoordelijk zijn voor de implementatie (Bliss & Emshoff, 2002).

Ten slotte kunnen de resultaten van de procesevaluatie mogelijk helpen bij een succesvolle verspreiding en implementatie van de Veder Methode in andere organisaties in Nederland. Dit is van belang omdat de Veder Methode in de praktijk met veel enthousiasme ontvangen is en naar verwachting in de toekomst nog in veel meer zorginstellingen geïmplementeerd zal worden, die lering kunnen trekken van de ervaringen van de instellingen die bij dit onderzoek betrokken zijn.

In deze procesevaluatie worden, zoals gezegd, bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van de Veder Methode in kaart gebracht.

Een geschikt model voor deze procesevaluatie is het Model voor het opsporen van bevorderende en belemmerende factoren bij adaptieve implementatie van innovaties (Dröes et al., 2003; Meiland et al., 2004). Dit model werd in het onderzoeksproject Implementatie Model Ontmoetingscentra ontwikkeld (zie figuur 1; Dröes et al., 2003) en het onderscheidt factoren die zowel op de methodiekoverdracht als op het implementatieproces van invloed kunnen zijn. Het model biedt de mogelijkheid om op gestructureerde wijze bevorderende en belemmerende factoren te traceren die tijdens de voorbereidings-, invoerings- en continueringsfase op micro-, meso- en macroniveau een rol kunnen spelen (Meiland et al., 2005).



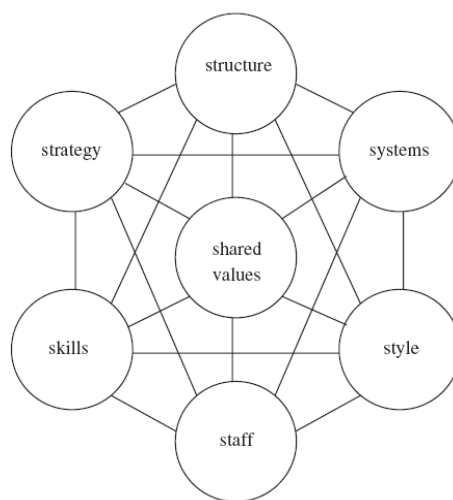
Figuur 1.6.1 Evaluatieraamwerk implementatieproces (Dröes et al., 2003)

Een sterke eigenschap van Evaluatieraamwerk implementatieproces is het feit dat er verschillende fasen en niveaus worden onderscheiden. Het beschrijven van verschillende fasen is van belang omdat implementatie zich niet alleen beperkt tot de daadwerkelijke invoering van een verandering. Verandering vraagt ook om een gedegen voorbereiding voorafgaand aan de invoering en aandacht voor borging na de invoering om continuïteit van de verandering te waarborgen.

Door tevens niveaus te onderscheiden waarop verandering plaatsvindt (micro-, meso-, macroniveau), kan op gestructureerde wijze inzicht worden verkregen in de bevorderende en belemmerende factoren op verschillende niveaus. Tegelijkertijd is het geen gedetailleerd model en biedt het voldoende ruimte om er een specifieke invulling aan te geven, toegespitst op de implementatie van de innovatie die wordt onderzocht. Dit model is reeds in verschillende studies toegepast en bruikbaar gebleken, zoals in het project Implementatie Model Ontmoetingscentra (Meiland, Dröes, de Lange, & Vernooij-Dassen, 2005); Evaluatie van de implementatie bij het Surinaams Ontmoetingscentra (Osté & Dröes, 2004); en een onderzoek naar de toepassing van domotica in kleinschalige groepswooningen in een verzorgingshuis (Lauriks, Osté, Hertogh, & Dröes, 2008). Elementen van deze studies zijn ook bruikbaar voor dit onderzoek.

Tot nog toe is het model niet toegepast voor de evaluatie van implementatie-activiteiten binnen zorginstellingen. Om verdere structuur te geven aan deze procesevaluatie, is daarom in de literatuur gezocht naar aspecten die een rol kunnen spelen bij innovaties in de specifieke setting van een zorginstelling. Het 7s model van McKinsey (zie figuur 2), beschreven door Peters en Waterman (1982) en uitgewerkt door van der Kooij (2003) voor zorginstellingen, is geschikt gevonden voor de verdere uitwerking van het Evaluatieraamwerk implementatieproces van Dröes et al. (2003).

Het 7s model beschrijft zeven factoren die van belang zijn in effectieve organisaties met aandacht voor zowel harde aspecten van een organisatie (*structure, strategy* en *system*) als zachte aspecten (*staff, skills, style* en *shared values*). Deze indeling maakt inzichtelijk welke aspecten een rol spelen bij innovaties en kan voor elke specifieke innovatie verder geoperationaliseerd worden.



Figuur 1.6.2 Het 7s-model van McKinsey, ontleend aan Peters en Waterman (1982).

Onder *'shared values'* worden de *centrale waarden in de organisatie* verstaan. Het gaat erom dat er een gemeenschappelijke visie op zorg is en dat medewerkers in alle lagen van de organisatie hieraan zijn toegewijd. Dit betekent ook dat de individuele waarden van de medewerkers overeen komen met die van de organisatie. Wanneer er een verandering wordt doorgevoerd, is het van belang dat de innovatie aansluit bij de *'shared values'*.

De factor *personeel ('staff')* omhelst alle kenmerken van het personeel, zoals demografische kenmerken, maar ook de motivatie en betrokkenheid van personeel. In tijden van verandering is het van belang dat personeel gemotiveerd en bereid is om mee te werken aan een verandering.

Onder *vaardigheden ('skills')* worden de vaardigheden verstaan die nodig zijn voor de verandering. Vaak moeten er bij verandering nieuwe vaardigheden worden verworven. Een lerende houding van de organisatie en voldoende training zijn daarom essentieel.

Met *stijl ('style')* wordt de houding waarmee medewerkers elkaar bejegenen en met elkaar samenwerken verstaan. Het gaat met name om de wijze waarop management, leidinggevenden en *'change agents'* zich opstellen en te werk gaan bij het doorvoeren van de verandering.

Met *structuur ('structure')* wordt bedoeld op de wijze waarop de organisatie is vormgegeven en taken en verantwoordelijkheden zijn toebedeeld aan medewerkers. In het kader van verandering is de structuur van belang, omdat de toewijzing van verantwoordelijkheden voor een groot deel bepaalt hoe groot de participatie is in een verandering.

De dimensie *systemen ('systems')* verwijst naar de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld binnen een organisatie. Informatie-, communicatie- en evaluatiesystemen blijken belangrijk te zijn in tijden van verandering om duidelijkheid te verschaffen, controle mogelijk te maken en te zorgen voor acceptatie.

Onder *strategie ('strategy')* kan zowel de strategie van de organisatie als geheel als de organisatie van een implementatieproces worden verstaan. In het kader van het invoeren van een innovatie zijn strategie-factoren als het hebben van een realistisch plan van aanpak, het voorzien en vermijden van knelpunten, de stabiliteit van sleutelfuncties en de toewijzing van voldoende financiële en personele middelen essentieel gebleken (Peters & Waterman, 1982; Berkhout, Boumans, Mur, & Nijhuis, 2009; van der Kooij, 2003).

Het Evaluatieraamwerk implementatieproces voor het opsporen van bevorderende en belemmerende factoren, zoals uitgewerkt door Dröes et al. (2003) en het 7s model van McKinsey zoals uitgewerkt door van der Kooij (2003) voor de setting van zorginstellingen vormen samen het theoretisch kader van waaruit de methodiekoverdracht en het implementatieproces van de Veder Methode op psychogeriatrische afdelingen van zorginstellingen is geëvalueerd. In elke fase van implementatie zoals beschreven in het model van Dröes et al. (2003) is nagegaan in hoeverre de aspecten van het 7s-model, zoals uitgewerkt door van der Kooij (2003), een rol spelen.

1.7 Vraagstelling

Voor de toekomstige methodiekoverdracht en het implementatieproces van de Veder Methode is het evalueren van de implementatie zoals deze tot nu toe is verlopen, waardevol. De centrale vraag in dit implementatieonderzoek is:

Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn of worden ervaren bij de methodiekoverdracht en het implementatieproces van de Veder Methode door degenen die erbij zijn betrokken?

2. Onderzoeksmethode

2.1 Interviews

Er zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen bij 12 sleutelfiguren in de regio's Zuid-Nederland (in het vervolg wordt dit regio 1 genoemd) en de Randstad (in het vervolg wordt dit regio 2 genoemd). Regio 1 is een provincieregio en hier is het project in het tweede jaar gestart. Regio 2 is een stadsregio en hier heeft de pilot plaatsgevonden in het eerste jaar. De geselecteerde sleutelfiguren waren elk op een verschillende manier en in diverse zorginstellingen betrokken bij de implementatie van de Veder Methode. De sleutelfiguren zijn geselecteerd door de onderzoekers op basis van een overzicht van contactgegevens en achtergrondinformatie van Stichting Theater Veder. Bij de selectie van de sleutelfiguren is er rekening mee gehouden dat er in beide regio's mensen werden geïnterviewd met zowel een uitvoerende als een coördinerende rol tijdens de methodiekoverdracht en het implementatieproces. Op die manier is gewaarborgd dat de implementatie op een evenwichtige manier vanuit verschillende perspectieven wordt belicht. Hiermee wordt de *credibility* (geloofwaardigheid) van de uitkomsten vergroot (Graneheim & Lundman, 2003).

De volgende sleutelfiguren zijn geselecteerd:

1. Leidinggevenden van Stichting Theater Veder (2 personen).
2. Trainer en acteur van Stichting Theater Veder (1 persoon).
3. Initiator van de TPLZ aanvraag / directeur stadsgebied van een van de deelnemende zorgkoepels in regio 2 (1 persoon). In dit document: "Directeur zorgkoepel".
4. Leidinggevenden van een deelnemende zorgkoepel in regio 2 (2 personen).
5. Verzorgenden die training en twee coachings on the job hebben gevolgd in regio 2 (2 personen).
6. Coördinator van de implementatie in een deelnemende zorgkoepel in regio 1. (1 persoon).
7. Activiteitenbegeleiders die training en coachings on the job hebben gevolgd in regio 1 (2 personen).
8. Vrijwilliger die training en coachings on the job heeft gevolgd in regio 2 (1 persoon).

De interviews duurden gemiddeld 45 minuten. Alle interviews zijn opgenomen op een audiotape en vervolgens verbatim getranscribeerd.

2.2 Focusgroepen

Aanvullend op de individuele interviews zijn de resultaten opgenomen van een gelieerd focusgroeponderzoek naar de relatie tussen de Veder Methode en de arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaarding van zorgverleners. Tijdens deze focusgroepen kwamen ook onderwerpen aan de orde die te maken hadden met de methodiekoverdracht en het implementatieproces en inzicht gaven in belemmerende en faciliterende factoren voor de implementatie. Relevante resultaten voor de implementatie zijn dan ook in dit rapport opgenomen.

In dit onderzoek zijn vijf focusgroepen gehouden waaraan in totaal 35 zorgverleners van acht verschillende zorginstellingen hebben meegedaan. De meeste deelnemers van de focusgroepen bezochten na afronding van de training en coaching op de job nog regelmatig de bruisplekken (n=29) en een kleine groep niet meer (n=6). Voor een uitgebreide beschrijving van de gebruikte methode verwijzen wij naar de rapportage van van Dijk, Hermanns, van Weert, Glind & Dröes (2011).

2.3 Interviewschema

Het theoretisch model van bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie van Dröes et al. (2003) en het 7s model van McKinsey (van der Kooij, 2003) zijn geïntegreerd en geoperationaliseerd in een interviewschema dat gebruikt is voor de individuele interviews. Dit interviewschema is opgenomen in Bijlage II. Voorafgaand aan de interviews is bepaald welke vragen uit het interviewschema relevant zouden zijn om met de verschillende personen te bespreken. Deze vragen zijn als leidraad tijdens het interview gebruikt.

Voor het leiden van de focusgroepen is een vooraf opgesteld script gebruikt (zie van Dijk et al., 2011, pp.185).

2.4 Data-analyse

Alle op audiotape opgenomen en verbatim uitgetypte interviews zijn geanalyseerd en gecategoriseerd op tekstfragmenten. Data-analyse heeft plaatsgevonden aan de hand van een deductieve methode. Dit houdt in dat de data worden gecodeerd aan de hand van een a priori opgesteld analyseschema. Het interviewschema vormt tevens het analyseschema en is te vinden in Bijlage II. Deze methode van data-analyse geeft structuur aan de analyses en vergroot daarmee de reproduceerbaarheid van het onderzoek. Een ander voordeel is dat de belangrijke aspecten aangedragen door de literatuur zo allen aan de orde worden gesteld (Pope, Ziebland, & Mays, 2000).

Voor het analyseren van de data zijn allereerst de uitgetypte interviews volledig doorgelezen om een beeld te krijgen van het materiaal. Daarna zijn de interviews geanalyseerd door 'meaning units' te bepalen. Dit zijn delen van de tekst die over hetzelfde thema gaan. Vervolgens zijn deze meaning units gecodeerd aan de hand van de operationalisatie van het theoretisch kader (zie 2.1 en Bijlage II). Wanneer er nog geen toepasselijke code in de operationalisatie aanwezig was, is er een nieuwe code gecreëerd. Zodoende is er ook sprake geweest van een inductieve methode als deductie niet mogelijk bleek. Zes van de acht interviews werden onafhankelijk door twee onderzoekers (FT en MvD^{*}) geanalyseerd. De resultaten zijn vergeleken en uitvoerig besproken. Daar waar de onderzoekers citaten verschillend hebben gecodeerd, is in overleg consensus over de categorisatie bereikt. Bij twijfel is een derde onderzoeker geraadpleegd (JvW). De overige twee interviews zijn door één onderzoeker (MvD) geanalyseerd. Bij twijfel is een tweede onderzoeker geraadpleegd (JvW).

Ook de focusgroepen zijn op audiotape opgenomen en verbatim getranscribeerd. Alle tekstfragmenten uit de focusgroepverslagen die te maken hadden met de methodiekoverdracht of het implementatieproces zijn op dezelfde manier als beschreven bij de interviews gecategoriseerd en geanalyseerd. Hierbij is, vergelijkbaar met de interviews, gebruik gemaakt van zowel een deductieve als een inductieve analyse methode.

Alle gecodeerde citaten uit zowel de interviews als de focusgroepen zijn ingevoerd in de kwalitatieve dataverwerkingsapplicatie NVivo (NVivo, 1999). Met behulp van NVivo kunnen resultaten per code en categorie getoond worden.

^{*} FT = F. Tol; MvD = A.M. van Dijk; JvW = J.C.M. van Weert

3. Resultaten: bevorderende en belemmerende factoren bij de methodiekoverdracht en het implementatieproces

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken. Het model voor het traceren van bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie, waarin het 7s-model geïntegreerd is, vormt het raamwerk waarbinnen de resultaten besproken worden (zie paragraaf 2.1 en Dröes et al. 2003). De citaten die worden gebruikt zijn illustratief voor de bevorderende en belemmerende factoren die door de sleutelfiguren werden genoemd. Aan het eind van elke paragraaf staat een overzicht van de beschreven bevorderende en belemmerende factoren.

3.1 Aanvangscondities van invloed op de methodiekoverdracht en het implementatieproces

3.1.1 Kenmerken van de Veder Methode

Eigenschappen en doelgroep Veder Methode

Uit de interviews blijkt dat de Veder Methode als een ‘nieuwe’ methode wordt gezien die goed aansluit bij de hedendaagse zorg. De Veder Methode onderscheidt zich volgens de respondenten van bestaande methoden zoals reminiscentie en Validation. De verschillen die worden genoemd en volgens de geïnterviewden tevens meerwaarde hebben, zijn: de duidelijke opbouw die je krijgt aangeleerd wat betreft de wijze waarop je contact maakt met de bewoners, het gebruik van poëzie en de methode brengt spel en werkelijkheid bij elkaar. Ook kun je je onderscheiden met de methode van andere zorgverleners:

“Je biedt iets leuks en zinvols aan de cliënten wat niet ieder huis heeft.”

Een zorgverlener die bij de pilot en ontwikkeling van de methode betrokken was, is van mening dat de methode geschikt is om toe te passen als contactmethode met bewoners met dementie in de 24-uurszorg:

“...het is gewoon een heel goed gegeven om inderdaad eerst naar het lange termijn geheugen te gaan en dan heel zoetjes aan weer terug naar het korte termijn geheugen en verder zonder dwang en moeten he. Je kan ook aanwezig zijn zonder dat je echt actief meedoet zeg maar”

De methode is op meerdere manieren te gebruiken:

“Je kan het in een groep doen, maar ook één op één”

Alle geïnterviewden zijn het erover eens dat de Veder Methode vooral geschikt is om te gebruiken bij mensen met dementie. Bij deze mensen zijn extra prikkels nodig om het verleden terug te halen en contact te maken in het heden. Bovendien verlevendigt de methode de algehele sfeer op de afdeling of in de huiskamer:

“Je ziet ook gewoon dat het heel leuk is dat die mensen een opvoering hebben een keer. Want ze komen niet voor een opvoering buiten de deur; dat kan niet altijd meer. Dus dan hebben ze het binnenshuis door eigen mensen.”

De somatische afdelingen waar mensen verblijven die geen geheugenproblemen hebben, zijn volgens de respondenten minder geschikte afdelingen om de Veder Methode te implementeren. Mensen zonder dementie hebben de extra prikkels die kenmerkend zijn voor de Veder Methode minder nodig. De praktijk wijst uit dat de mensen zonder dementie tijdens huiskamervoorstellingen in sommige gevallen geïrriteerd kunnen raken omdat het spelelement van de Veder Methode als betuttelend of kinderachtig wordt ervaren. Ook is het voorgekomen dat deze mensen twee keer dezelfde voorstelling meemaakten, en zich nog goed de eerste voorstelling konden herinneren.

Door de leidinggevenden van Veder wordt verder genoemd dat de Veder Methode zich ook goed leent als contactmethode in zorginstellingen waar sprake is van multiculturele diversiteit van bewoners. Het is een voordeel als de persoon die de Veder Methode toepast, de diverse culturen enigszins kent.

Strategie ('strategy')

Stichting Theater Veder heeft richtlijnen beschreven wanneer de Veder Methode goed wordt toegepast en wanneer niet. Voor de zorgverleners is het echter niet altijd duidelijk wanneer zij aan de kwaliteiten van acteerprestaties voldoen. Deze onduidelijkheid in gestelde kwaliteitseisen qua acteerprestaties kunnen er bij de zorgverleners toe leiden dat zij een drempel ervaren omdat zij het idee hebben dat zij nooit zo'n perfect theater kunnen neerzetten als de spelers van Stichting Theater Veder.

“...want Theater Veder heeft hier die voorstelling gedaan en wij hebben gezien hoe Theater Veder met de mensen aan de slag is gegaan. Vervolgens wordt gezegd: jullie gaan dat zelf doen. Dus wij koppelen automatisch van 'wij moeten dat gaan doen, wat zij hebben gedaan' daaraan. En toen was er een beetje paniek van 'o help'.”

3.1.2 Tijd en andere operationele randvoorwaarden

Strategie ('strategy')

Een van de geïnterviewden geeft aan dat het bij aanvang niet duidelijk is overgekomen wat de implicaties van deelname aan het project waren voor de zorginstelling:

"...Dat je drie jaar intensief ermee bezig bent en dat er allerlei dingen verwacht worden van de organisatie is wel gezegd hoor, maar niet doorgedrongen"

De trainer van Stichting Theater Veder geeft aan dat de keuze van Stichting Theater Veder om zorgverleners slechts een eendaagse training aan te bieden, een succesvolle methodiekoverdracht bemoeilijkt:

"ik vind eigenlijk dat je met een dag training en twee dagen coachen het niet redt. Of twee dagdelen coachen, twee uur Beklijft te weinig."

Beoogde effecten Veder Methode

In de sector Verpleging en Verzorging (V&V) zijn tijd en geld vaak belemmerende factoren bij de implementatie van zorginnovaties die niet direct met de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) te maken hebben. Dat blijkt ook uit de belemmerende factoren die hierna worden beschreven. Maar een opmerking van een zorgverlener biedt ook een ander perspectief op het investeren van tijd en geld in de invoering van de Veder Methode:

"als we daar toch tijd, geld en ruimte voor vrij zien te maken en daar mee aan de gang gaan, dan is dit zeer economisch, want je behaalt winst. Dat is mijn echte overtuiging."

Hiermee suggereert deze zorgverlener dat wanneer men de Veder Methode succesvol in de 24-uurszorg leert toepassen, dit uiteindelijk zal helpen de zorg voor mensen met dementie soepeler (en dus efficiënter) te laten verlopen omdat de bewoner die wordt verzorgd in een betere stemming is.

3.1.3 Personele en financiële middelen

Personeel ('staff') en Vaardigheden ('skills')

De methode is uit te voeren door mensen met verschillende functies. De Veder Methode kan volgens de geïnterviewden worden toegepast door activiteitenbegeleiders, verzorgenden en vrijwilligers.

De praktische uitwerking van de Veder Methode kan verschillen. De activiteitenbegeleiders kunnen de methode omzetten in een groepsactiviteit en de verzorgenden kunnen het in hun dagelijkse functioneren toepassen.

Uit de interviews komt naar voren dat men de methode zeer geschikt acht voor verzorgenden, omdat zij de meest vertrouwde personen zijn in de omgeving van mensen met dementie. Zij kunnen de methode gebruiken in het contact maken met de bewoners:

“Zij juist hè, want als ze dat kunnen implementeren dan kom je bij de basis dat die fysieke zorg een mix wordt van spel en souplesse in plaats van het rigide: ‘ik wil dat je schone kleren aantrekt en je moet naar mij luisteren, want ik heb geen tijd, schiet op.’”

De leidinggevenden van Stichting Theater Veder geven in het interview aan dat zij werken vanuit het idee dat er enthousiasme, gedrevenheid en zorgtalent ligt bij mensen die in de zorgsector werken en dat deze kwaliteiten positieve invloed hebben op hun vermogen de Veder Methode toe te passen. Ook een leidinggevende is van mening dat de Veder Methode aansluit bij de vaardigheden van zorgverleners:

“Ze moeten veel nieuwe dingen leren en in principe moeten ze heel veel van zichzelf geven. Ook een kernkwaliteit die ze in principe wel bezitten, maar eigenlijk heel weinig gebruiken.”

Een zorgverlener geeft aan dat ook vrijwilligers een geschikte groep zijn om getraind te worden in de toepassing van de Veder Methode, vooral als zij betrokken worden door bijvoorbeeld een zorgverlener:

“En voor vrijwilligers is het ook heel erg leuk, want je hebt ook heel veel mensen en die willen graag dat soort dingen doen met mensen. Daar komen ze voor en die moeten dan meestal wel iemand hebben die dan zegt van ‘ik ga het met jou samen doen’, dat er dan toch iemand (...) ze even meetrekt”

In bepaalde zorginstellingen is uit teamgesprekken en functioneringsgesprekken naar voren gekomen dat er behoefte is aan methoden om beter met bewoners om te gaan. In een andere instelling was het vooral de leidinggevende die de noodzaak zag van meer bewustwording bij het over wat het inhoudt om met psychogeriatrische bewoners te werken en hoe gedrag van de bewoners verklaard kan worden. In deze organisaties werd de Veder Methode dan ook positief ontvangen.

Een belemmerende factor voor de implementatie is dat zorgverleners bij de toepassing van de Veder Methode een drempel ervaren omdat zij meer van zichzelf moeten laten zien.

“Anderzijds is het ook beangstigend. Want dat is het echte punt: de bereidheid hebben om zelf te veranderen. (...) Je eigen patronen los te laten. Dus jezelf meer te laten zien.”

Als collega's onbekend zijn met de Veder Methode, onderschatten zij vaak de impact van de methode. Deze mensen zijn in sommige gevallen kritisch, wat belemmerend is voor de zorgverleners die de methode wel met enthousiasme toepassen.

Enthousiasme en ervaren effecten

Enthousiasme over de Veder Methode blijkt een belangrijke succesfactor voor de implementatie. Dit enthousiasme wordt gevoed door de voor hen zichtbare positieve resultaten van de toepassing van de Veder Methode.

Structuur ('structure')

Het werkt bevorderend voor de implementatie als het management een aantal (enthousiaste) personen aanwijst om de implementatie te trekken. Door deze personen vervolgens een bepaald aantal uren per week toe te wijzen om met de Veder Methode aan de slag te gaan, wordt hen ruimte gegeven verder initiatief te nemen. *“Dat werkt fantastisch”*, aldus de 'directeur zorgkoepel'. Wanneer er voldoende mensen met de Veder Methode aan de slag gaan in een organisatie, kan de methode scherp neergezet worden. Bovendien kan er, als er een bepaald volume (personeel en ingeroosterde tijd) wordt gereserveerd om aan de slag te gaan met de Veder Methode, expliciet teruggevraagd worden naar de resultaten van het werk.

Wanneer de Veder Methode bij aanvang van de implementatie wordt opgenomen in het budget van de afdeling/ zorginstelling, biedt dit ruimte om het project verder uit te rollen. Ook het *gebrek aan* budget en personele tijd komen in de interviews expliciet naar voren als factoren die de implementatie bemoeilijken. Daarnaast heeft het heersende personeelstekort in de zorg ook een negatieve invloed op de ruimte die er in een zorginstelling is om nieuwe methoden als de Veder Methode toe te passen.

Een belemmerende factor die wordt genoemd in het kader van de toepassing van de Veder Methode door zorgverleners, is dat de zorg en de opleiding enkele decennia lang vooral op de fysieke zorg gericht waren. Een zorgverlener geeft aan dat de opleiding daar deels de oorzaak van is:

“Want zorg is dus niet alleen het lichamelijke, maar ook het geestelijke. Maar ja, van school uit is dat eigenlijk nooit zo gebracht”

De Veder Methode benadrukt veel meer het ‘contact maken’. Er wordt opgemerkt dat het opnemen van de Veder Methode in het opleidingsprogramma van de zorgkoepel een bevorderende factor is of zou zijn.

Strategie (‘strategy’)

Bottom-up initiatief wordt ook genoemd als een succesvolle wijze waarop de implementatie plaats kan vinden. Mede omdat gemotiveerde mensen ook bereid bleken om, indien nodig, extra energie buiten werktijd in de Veder Methode te steken.

“De bereidheid om ook vrije tijd in te steken. (...) Ja, als mensen hun vrije tijd daar in steken, betekent echt dat ze er interesse in hebben”

Alle geïnterviewden van Stichting Theater Veder geven aan dat het ontbreken van (vaste) contactpersonen in de zorginstelling een belemmerende factor is voor de implementatie.

Ook een gebrekkige communicatie vooraf over welke commitment van de zorgverleners wordt verlangd, bleek volgens de trainer van Stichting Theater Veder problemen op te leveren voor het organiseren van de methodiekoverdracht.

3.1.4 Organisatiecondities

Centrale waarden in de organisatie (‘shared values’)

Betrokkenheid bij en interesse voor de Veder Methode in alle lagen van de organisatie bleek een belangrijke succesfactor in de verschillende fasen van de methodiekoverdracht en het implementatieproces.

Strategie (‘strategy’) en zichtbaarheid methodiek

Volgens de ‘directeur zorgkoepel’ heeft de grootte van de instelling ook invloed op de implementatie. Een grote koepelorganisatie waarin veel diversiteit in de zorg is, zal nooit volledig bekend raken met de Veder Methode omdat de methode zich richt op een bepaalde cliëntengroep in de organisatie. Dit kan nadelig werken op de methodiekoverdracht en het implementatieproces.

Vooraf bij een ruime diversiteit aan cliëntengroepen, is het belangrijk om vooraf te bepalen op welke afdelingen de Veder Methode wordt geïmplementeerd. Wanneer vervolgens al het personeel op die afdelingen wordt geschoold, wordt de methode zichtbaar, een belangrijke bevorderende factor voor de implementatie.

Interne veranderingen

Instabiliteit binnen een zorgkoepel door veranderingen en reorganisaties werkt belemmerend voor de implementatie.

Externe veranderingen

Een belemmerende factor die door alle geïnterviewden werd aangegeven is het feit dat zorginstellingen in toenemende mate onder druk staan door de groeiende zorgvraag, veranderende wet- en regelgeving en bezuinigingen. De directeur zorgkoepel beschrijft de context waarbinnen de implementatie van de Veder Methode plaatsvond:

“...toch in een hele turbulente tijd van fusie, van wet- en regelgeving, wijziging, financieringsstromen.., en implementatie van een aantal (red. andere) zaken die echt moeten gebeuren. Dan is het lastig.”

3.1.5 Overzichtstabel aanvangscondities implementatieproces

Tabel 3.1.5 Bevorderende en belemmerende factoren in de Aanvangscondities

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
<i>Kenmerken van Veder Methode</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nieuw en ervaren meerwaarde t.o.v. andere methoden - Zichtbare positieve effecten bij bewoners - Toepassing het beste bij mensen met dementie - Leent zich voor zowel groepsactiviteit als 1 op 1 contact - Leent zich voor toepassing in multiculturele gezelschappen 	<ul style="list-style-type: none"> - Geen heldere beschrijving van hoe de VM* idealiter wordt toegepast - Ervaren drempel bij zorgverleners door onduidelijke verwachtingen - Toepassing minder geschikt op somatische afdelingen
<i>Tijd en andere operationele randvoorwaarden</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Investeren in de methode kan leiden tot efficiëntere 24-uurszorg 	<ul style="list-style-type: none"> - Implicaties van deelname wat betreft tijdsinvestering niet helder - Onvoldoende trainingstijd om VM over te brengen op zorgverleners

Tabel 3.1.5 (vervolg) Bevorderende en belemmerende factoren in de Aanvangscondities

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
<i>Personele en financiële middelen</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Enthousiasme personeel - Uitvoerbaar mogelijk door mensen met verschillende functies: AB-ers, verzorging en vrijwilligers. - Aanwijzen zorgverleners die de implementatie trekken - Tijd beschikbaar stellen/toewijzen aan deze zorgverleners - Bottom-up initiatief - Behoeftte aan betere communicatie met bewoners - Opnemen van VM in budget en opleidingsprogramma - Zorgverleners bezitten het talent om de VM toe te passen 	<ul style="list-style-type: none"> - Ontbreken contactpersonen in de zorginstellingen - Onvoldoende communicatie over vereiste commitment - Gebrek aan budget en tijd - Personeelstekort - Verzorgenden vooral gericht op fysieke zorg - VM en impact ervan is onvoldoende bekend in zorginstelling - Ervaren drempel om VM toe te passen
<i>Organisatiecondities</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Betrokkenheid van alle lagen in de zorgorganisatie - Het gehele personeel op een afdeling scholen 	<ul style="list-style-type: none"> - Grote organisatie: relatief veel mensen onbekend met de VM - Interne veranderingen zorgkoepel - Zorg(personeel) onder toenemende (werk)druk - Veranderingen in zorg

- VM = Veder Methode

3.2 Voorbereidingsfase

3.2.1 Microniveau

Strategie ('strategy')

Stichting Theater Veder heeft vooraf een vast omlijnd programma opgesteld voor de implementatie. De contouren van de methodiekoverdracht op microniveau zijn daarin gedefinieerd, dat wil zeggen: het aantal theatervoorstellingen, huiskamervoorstellingen en

trainingen en coachings on the job en bruisplekken dat wordt gegeven is van tevoren vastgesteld. Tussentijdse bijstelling van het programma is echter mogelijk zodat optimale aansluiting gerealiseerd kan worden. Stichting Theater Veder beargumenteert deze aanpak vanuit het feit dat zij opereert binnen een *transitieprogramma*, waarin het aansluiten bij de praktijk en al doende het programma bijschaven (adaptieve implementatie), noodzakelijke ingrediënten zijn voor een succesvolle implementatie.

De medewerkers van Stichting Theater Veder die als rolmodel fungeren en de implementatie ondersteunen, zijn zorgvuldig geselecteerd en hebben een achtergrond in de gezondheidszorg en een trainers-, coaching- of docentenopleiding gevolgd, wat de overdracht van de Veder Methode op zorgverleners ten goede komt. Daarnaast werkt het bevorderend op de methodiekoverdracht als de zorgverleners de trainers al eerder hebben ontmoet in de huiskamervoorstellingen (gespeeld door Stichting Theater Veder).

De trainer van Stichting Theater Veder geeft tevens aan dat de planning van de trainingen voor het personeel werd belemmerd door plotselinge afzeggingen vanuit de zorginstellingen.

Systemen ('systems')

Een zorgkoepel in regio 1 heeft een eigen implementatieplan opgesteld om ervoor te zorgen dat de organisatie ook na de trainingen verder gaat met het toepassen van de methode:

"...het is bij de collega's blijven leven – dus we hebben zelf een voorstel gemaakt naar onze collega's intern, waarin we het al implementeren, zodat we borgen dat het doorgaat. Dus we hebben ook gepland dat elke maand een voorstelling moet worden gedaan (...)."

Bovendien heeft deze koepel gevraagd of zij de coachings on the job aansluitend aan de training kunnen krijgen en niet een jaar later. Dit versnelde de methodiekoverdracht en ook het implementatieproces binnen de instelling. Deze zorgkoepel in regio 1 heeft ook een evaluatieformulier opgesteld, om de kwaliteit te verbeteren en enige controle mogelijk te maken:

"...en twee collegaatjes gaan evalueren, zodat ze van elkaar leren en zodat wij ook weten dat het gebeurt."

3.2.2 Mesoniveau

Strategie ('strategy')

Bij het terugblikken op hoe de implementatie tot nu is verlopen, merkte de 'directeur zorgkoepel' op, dat concrete stappenplannen voor de implementatie op voorhand in haar

instelling ontbraken. Dit had als gevolg dat er in het derde jaar van het transitieprogramma meer tijdsdruk op de implementatie kwam te liggen.

De coördinator van een zorgkoepel in regio 1 die een eigen implementatieplan heeft opgesteld, geeft aan dat zij achteraf gezien meer begeleiding van Stichting Theater Veder hadden verwacht bij het verder implementeren van de Veder Methode in de instelling:

“Achteraf gezien hadden we eigenlijk meer vanuit Theater Veder nodig gehad. Maar goed. Dat kun je pas achteraf zeggen”

3.2.3 Overzichtstabel Voorbereidingsfase

Tabel 3.2.3 Bevorderende en belemmerende factoren in de voorbereidingsfase

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
<i>Microniveau</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aanpak St. Theater Veder afgestemd op praktijk - Medewerkers St. Theater Veder hebben achtergrond in de zorg - Het meemaken van een huiskamervoorstelling door medewerkers St. Theater Veder voorafgaand aan de training - Evaluatie aan de hand van formulier standaard onderdeel maken toepassing methode 	<ul style="list-style-type: none"> - Lange tijd tussen contactmomenten zorgverleners en trainers St. Theater Veder - Plotselinge afzeggingen van zorgverleners voor training
<i>Mesoniveau</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Opstellen implementatieplan voor de eigen organisatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Ontbreken concreet stappenplan voor implementatie in de koepel - Geringe begeleiding St. Theater Veder bij het implementeren en borgen van de methode in de instelling

3.3 Invoeringsfase

3.3.1 Microniveau

Zichtbare effecten

Beide zorgverleners geven aan dat de effecten die men gedurende het proces ziet bij bewoners, stimulerend werkt voor de zorgverleners om door te gaan met de implementatie. Alle geïnterviewden hebben gemerkt dat de methode bijdraagt aan meer wederkerigheid in het contact tussen mensen met dementie en de zorgverlener. De wederkerigheid in het contact leidt volgens de geïnterviewden onder andere tot meer zelfvertrouwen bij de persoon met dementie. Over het contact ervaren zegt degene die de Veder Methode heeft ontwikkeld:

“Op het moment dat jij en ik contact ervaren is er een vorm van verbinding”

Personeel ('staff')

Een aantal geïnterviewden geeft aan dat het enthousiasme van het personeel over de Veder Methode een positieve impuls geeft aan de implementatie. Het is gebleken dat enthousiaste mensen ook daadwerkelijk handen en voeten gaan geven aan de organisatie en uitvoering van de Veder Methode.

In een zorgkoepel in regio 1 is besloten alle activiteitenbegeleiders te verplichten om aan de training en coaching on the job mee te doen. Door hierbij te benadrukken dat zij vervolgens vrij zijn om er een eigen invulling aan de Veder Methode te geven, is geprobeerd deze verplichting een positief karakter te geven. Bovendien kunnen de activiteitenbegeleiders altijd met z'n tweeën samenwerken. Door het verplicht stellen is de kennis en ervaring met methode snel geïntegreerd in de instelling. Of het verplicht stellen ook negatieve gevolgen had, is de coördinator niet duidelijk.

Het is gebleken dat het invoeren ingewikkelder wordt wanneer er veel parttimers worden getraind. Zowel het inroosteren van een huiskamervoorstelling als de planning van de trainingen worden hierdoor bemoeilijkt. Uit de focusgroepen komt naar voren dat het voorbereiden en het uitvoeren van een huiskamervoorstelling altijd door twee aan elkaar gekoppelde zorgverleners gebeurt. Dit kan een extra belemmerende factor zijn omdat (met name parttime) koppels niet altijd samen zijn ingeroosterd, wat zowel de voorbereiding als de uitvoering van de huiskamervoorstelling kan bemoeilijken.

Vaardigheden ('skills')

Wanneer de gemotiveerde zorgverleners de Veder Methode blijven toepassen, *worden ze zekerder in hun presentatie*, aldus een trainer van Stichting Theater Veder.

Het bestendigen van de toepassing van de Veder Methode maakt de methode ook meer bekend bij andere collega zorgverleners en dit werkt bevorderend voor de implementatie. Het is

in dit kader van belang dat er voortdurend voldoende mensen in de instelling aanwezig zijn die de Veder Methode kunnen toepassen. Dit vereist onder andere het rekening houden met de mutatiegraad van je medewerkers.

De leidinggevenden geven aan dat het stimuleren van een vrije invulling van de methode door het personeel, ervoor zorgt dat de toepassing van methode beter aansluit bij de vaardigheden van zorgverleners:

“Het kan bijvoorbeeld zijn, dat iemand die niet zo goed kan acteren, die dat niet leuk vindt om op de voorgrond te treden, maar die doet dan bijvoorbeeld d.m.v. een liedje uit het eigen land of door een gedicht voor te lezen of gewoon de koffie te serveren.”

Wanneer de Veder Methode aansluit bij de kennis en vaardigheden van de zorgverleners werkt dit bevorderend voor de implementatie. Wanneer men bekend is met bijvoorbeeld het toepassen van reminiscentietechnieken of Validation, is het eenvoudiger voor het personeel om de Veder Methode toe te passen, aldus de trainer en directie van Stichting Theater Veder en de zorgverlener. Uit een ander interview kwam naar voren dat wanneer zorgverleners nog niet bekend zijn met principes zoals belevingsgericht werken, reminiscentie en Validation, dit belemmerend is voor de implementatie.

De activiteitenbegeleiders geven aan dat zij meer praktische begeleiding in het opzetten en uitvoeren van een huiskamervoorstelling op prijs zouden stellen:

“Maar ik vind het dan wel jammer dat we daar niet verder in getraind zijn, want nu krijgen we die opdracht om het drie keer zelf te proberen, maar dan mis ik toch wel een coach van Theater Veder.”

Momenteel zijn het voornamelijk activiteitenbegeleiders die de Veder Methode toepassen. De activiteitenbegeleiders geven zelf aan dat de Veder Methode goed aansluit bij de vaardigheden die zij in de opleiding aanleren:

“Ja, ik denk wel want je hebt sowieso nog al wat fantasie nodig (...) Als ik dan mijzelf vergelijk met verpleging – die dat wat minder als basis hebben dan... ja, dat omschakelen ben je gewoon al gewend vanuit de opleiding, vanuit het flexibel-zijn: van de ene situatie naar de andere situatie. Ja, ik denk wel dat het meer in de basis zit, in ons vak.”

“Wij zijn ook al meer gewend om te vragen aan de mensen wat ze willen.”

Stijl ('style')

Een belemmerende factor voor de implementatie, die ook al bij de aanvangscondities (3.1) aan de orde kwam, is de schroom bij het personeel om de theatrale elementen van de Veder Methode zelf toe te passen. Een leidinggevende zegt hier het volgende over:

“De grootste belemmering wat ik in de implementatie tegen ben gekomen is dat er na de cursusdagen heel veel mensen begonnen te roepen van: dit is niets voor mij.”

Deze reactie wordt meer bij verzorgenden geconstateerd dan bij activiteitenbegeleiders.

Systeem ('system')

De geïnterviewden die werkzaam zijn in de zorg geven allen aan dat de tijdsinvestering een belemmerende factor is omdat de methode momenteel nog *naast* de zorg staat. De Veder Methode wordt momenteel in speciaal georganiseerde activiteiten toegepast en die organisatie kost tijd. De beperkte beschikbare tijd wordt ook in de focusgroepen als een belemmerende factor genoemd.

3.3.2 Mesoniveau

Centrale waarden in de organisatie ('shared values')

Een zorgverlener ervaart het geringe besef bij het management van de werking van de Veder Methode als de grootste belemmering om de Veder Methode verder vorm te geven op haar afdeling.

Strategie ('strategy')

De implementatie van de Veder Methode is een transitieproject. Dit houdt in dat het een proces is waarin ruimte is om te pionieren, het product tijdens de rit verder te ontwikkelen en te leren van fouten. Vanuit die gedachte heeft het adaptieve implementatieproces ook vorm gekregen. Zowel Stichting Theater Veder als diverse sleutelfiguren in de zorgkoepels ervaren dit als een positief aspect omdat het project daardoor spannend en uitdagend wordt en zo goed mogelijk kan worden aangesloten bij lokale situaties.

“...dat is nu juist wat het hele transitie-experiment zo interessant maakt, dat je steeds weer kan schakelen tussen realiteit, plan en de oplossing die je daarvoor kunt aanbieden.”

Het wordt dus als positief ervaren dat men in een transitieproject zit. Het tegelijkertijd pionieren en implementeren blijkt echter ook keerzijden te hebben.

Uit een interview met een zorgverlener komt naar voren dat de organisatie en informatievoorziening van Stichting Theater Veder gestroomlijnder kan:

“Dus organisatorisch van hun kant zou wat strakker kunnen. Vaste mensen, aanspreekpunten en niet de ene keer die en de andere keer die.”

Evenals tijdens de voorbereidingsfase, is het hebben van een (eigen) plan van aanpak gedurende de methodiekoverdracht en het implementatieproces een bevorderende factor voor een zorginstelling. De aanwezigheid van een plan van aanpak voor de implementatie op de afdelingen geeft houvast, aldus leidinggevende 1 en 2. In zo'n plan van aanpak kunnen doelen gesteld worden en de wijze waarop deze doelen behaald kunnen worden. In dit plan kan de operationalisatie van randvoorwaarden worden opgenomen, bijvoorbeeld op het gebied van roostertechnische zaken.

De coördinator geeft hetzelfde aan door te vertellen dat het ontwikkelen van een plan van aanpak voor verdere implementatie een belangrijke stimulerende en procesversnellende factor is geweest gedurende de methodiekoverdracht.

De 'directeur zorgkoepel' geeft juist aan dat het *ontbreken* van een implementatieplan in de zorgkoepel een belemmerende factor bleek tijdens het implementatieproces.

Het tijdig en voortdurend bepalen van knelpunten en het oplossen ervan wordt ook als een bevorderende factor genoemd. Hierbij moet er rekening worden gehouden met de verschillende niveaus in de koepelorganisatie waarop knelpunten (kunnen) ontstaan en opgelost dienen te worden, wat betekent dat knelpunten langzamerhand meer en meer op 'hogere' niveau opgelost worden:

“ja, we moeten overstijgend gaan denken, we moeten net even daarboven uit: wat hebben we dan nog nodig?’. Dus iedere keer komt het eigenlijk weer een stapje verder, op een ander niveau komt het dan te staan”

Stichting Theater Veder geeft eerst zelf voorstellingen met professionele spelers, voordat de methode wordt overgebracht op de zorgverleners. Door deze voorstellingen kan bij de zorgverleners het idee ontstaan dat dezelfde acteerprestaties van hen verwacht worden. Dit kan de drempel verhogen voor zorgverleners om mee te doen.

De bruisplekken dragen in belangrijke mate bij aan de implementatie. Er is ruimte voor enthousiasme, creatieve nieuwe ideeën en er kan gezamenlijk worden gezocht naar oplossingen voor knelpunten die men in de praktijk tegen komt. Deze bruisplekbijeenkomsten worden met korte vragenlijsten geëvalueerd. De feedback wordt door Stichting Theater Veder gebruikt om toekomstige bruisplekken invulling te geven en om de verdere implementatie te optimaliseren.

Personeel ('staff')

De continuïteit van de medewerkers die betrokken zijn bij de implementatie is een belangrijke succesfactor. Wanneer er geen wisselingen zijn, kan er ook beter overdracht plaatsvinden van de methode op medewerkers die nog weinig ervaring hebben met de Veder Methode. Het aanstellen van een 'kerngroep' in de instelling die ervaring opdoet met de Veder Methode is in deze fase een bevorderende factor voor de implementatie. Vooral als de mensen in die kerngroep regelmatig aanwezig zijn:

"en in feite is het ook zo dat de mensen die nu mee doen, die hebben ook een vrij vast rooster, dus die zijn er sowieso iedere week. Dus dat scheelt ook."

In deze kerngroep kan bijvoorbeeld personeel zitten van verschillende afdelingen. Hierdoor kan dezelfde voorstelling meerdere keren gegeven worden op de verschillende afdelingen en bovendien zorgt deze samenwerking ervoor dat men van elkaar kan leren.

Een belemmerende factor voor de implementatie is overbelasting bij zorgverleners in de zorginstellingen. In dit kader stuitte Stichting Theater Veder meerdere malen op een gebrek aan motivatie en daadkracht bij zorgverleners om de Veder Methode te implementeren.

Een andere belemmerende factor in de samenwerking tussen Stichting Theater Veder en de zorginstelling was het feit dat zorginstellingen te maken hebben met een groot personeelsverloop. Hierdoor verdwenen ook sleutelfiguren tijdens de implementatie van de Veder Methode en daarmee kennis van en betrokkenheid bij de Veder Methode. Dit betekent blijvend investeren voor Stichting Theater Veder om ervoor te zorgen dat de Veder Methode toegepast blijft worden in de betreffende organisatie. Als de zorginstelling niet zelf zorgt voor vervanging van een zorgverlener die vertrekt, wordt de implementatie extra bemoeilijkt.

Stijl van leidinggeven ('style') en structuur ('structure')

Ook de interesse en ondersteuning van de directie is een belangrijke succesfactor voor de implementatie. Vanuit hen moet er groen licht komen voor managers om in bepaalde randvoorwaarden te voorzien en managers kunnen op hun beurt weer verantwoorden wat er is bereikt op de werkvloer. Op die manier wordt de Veder Methode door de hele organisatie gedragen. Een belangrijke randvoorwaarde is bijvoorbeeld het reserveren van werktijd, en dus het regelen van vervanging wanneer zorgverleners tijd nodig hebben om met de Veder Methode aan de slag te gaan.

Wanneer een zorginstelling al ervaring heeft met het efficiënt neerzetten van nieuwe projecten, kan dit voordelen hebben voor de implementatie, aldus de directie van Stichting Theater Veder.

Samenwerking

De geïnterviewden van de zorginstellingen zijn over het algemeen te spreken over de wijze waarop de samenwerking met Stichting Theater Veder verloopt. Ter illustratie wordt de heldere communicatie en afstemming op alle niveaus genoemd evenals het enthousiasme, het bezoek op locatie, de bereikbaarheid, de regelmatige positieve feedback en het frequente contact. Ook het feit dat Stichting Theater Veder altijd open staat voor kritiek en verbetering wordt als positief ervaren bij de medewerkers van de zorginstellingen.

Een zorgverlener geeft aan dat Stichting Theater Veder een *open oog en oor* heeft voor de problematiek in de zorg. In de organisaties zelf is er vaak weinig tijd om deze zaken te bespreken.

“ik merkte ook dat het een verademing is om met mensen uit te wisselen, te communiceren die zelf ook een ruim en diep begrip hebben van wat contact en welzijn betekent.”

Stichting Theater Veder is over het algemeen positief over de samenwerking met zorgverleners en noemt hier als bevorderende factoren de betrokkenheid van de zorgverleners bij hun werk. Deze betrokkenheid lijkt samen te hangen met de ‘drive’ om een bijdrage te leveren aan de introductie van een nieuwe manier van werken door middel van de Veder Methode.

Daarbij is de ervaring van de directie van Stichting Theater Veder dat de medewerkers van de zorginstellingen over het algemeen kundig genoeg zijn om de implementatie van de Veder Methode te organiseren en uit te voeren.

Zoals in paragraaf 1.4 vermeld staat, legt Stichting Theater Veder met haar project de nadruk op samenwerking tussen zorgkoepels. In het maandelijkse stedelijk overleg zitten mensen uit verschillende zorgkoepels die betrokken zijn bij alle aspecten van het project in een bepaalde regio, dus ook bij de implementatie. Dit overleg wordt noodzakelijk geacht voor de implementatie door de ‘directeur zorgkoepel’, omdat de volgende zaken aan de orde komen:

“Maar ook de monitoring: benoemen van welke resultaten wil je op welk moment hebben, gaat het goed, gaat het niet goed, kun je het bijsturen. Ja, dat is echt noodzakelijk.”

De leidinggevenden van Stichting Theater Veder noemen daarbij dat dit overleg voorkomt dat iedereen het wiel opnieuw uit moet vinden. De samenwerking leidt volgens hen tot nuttige uitwisseling en van elkaar leren.

De coördinator brengt enige nuance aan in het positieve beeld dat hier over deze samenwerking wordt geschetst. Zij vindt dat er te veel tijd in alle overleggen gaat zitten:

“Kijk, wij kijken heel duidelijk, we kijken maar eenzijdig, naar het belang van onze cliënten (...). Wij zien het nut [van het overleg (red.)] sowieso niet. Als wij samen willen werken weten wij de weg.”

Systemen ('systems')

Communicatie over de Veder Methode vindt plaats tussen Stichting Theater Veder en de zorgkoepel en via interne communicatie van de zorgkoepel. Stichting Theater Veder geeft aan dat het belangrijk is dat er sprake is van wederzijdse communicatie tussen de zorgkoepel en henzelf. Stichting Theater Veder erkent de noodzaak om hierin initiatief te nemen en in de communicatie een juist beeld van doelen en verwachtingen neer te zetten.

Interne communicatie in de zorgkoepel en instellingen kan bijdragen aan een succesvolle implementatie als er over de verschillende lagen in de organisatie uitwisseling van informatie plaatsvindt. Er wordt door zowel de zorgverlener, leidinggevendenden als de directie in de interviews aangegeven dat het belangrijk is om met elkaar te bespreken wat de methode inhoudt en waarom de methode bestaansrecht heeft in de organisatie, bijvoorbeeld in vergaderingen en teambesprekingen. Het zien van een huiskamervoorstelling of een dvd kan voor deze besprekingen essentieel beeldmateriaal zijn.

“Als je het een keer gezien hebt wordt je vanzelf enthousiast.”

Regelmatige communicatie rondom de Veder Methode op verschillende wijzen is al met al een belangrijke succesfactor bij de implementatie.

Dankzij de pilot in Amsterdam zijn reeds veel problemen die zich voordeden tijdens de methodiekoverdracht en de eerste implementatiestappen van de Veder Methode, gesignaleerd en verholpen. Hierdoor kan de implementatie in andere organisaties soepeler verlopen, aldus de directie van Stichting Theater Veder.

Structuur ('structure')

Op de locatie waar de leidinggevendenden werken, wordt de methode standaard twee keer in de week (ver van te voren) ingepland. De leidinggevendenden vinden dat dit voor de zorgverleners een ideale en haalbare, frequentie is:

“Gewoon twee keer in de week erbij stilstaan om gewoon samen even wat anders te doen. Samen gewoon de drukte van de dag even stop zetten en gewoon door de Veder Methode elkaar op een andere manier ontmoeten.”

Wanneer er van hogerhand geen randvoorwaarden worden geschapen om een huiskamervoorstelling voor te bereiden, worden zorgverleners belemmerd om de Veder Methode toe te passen:

“Je krijgt dus geen gelegenheid om je even hier vandaan te halen, zeg maar, om dan iets op te zetten. (...) Vanuit de bovenhand wordt het eigenlijk niet gestimuleerd om te zeggen van ‘nou, we gaan jullie uitplannen, zodat er een ander dan inderdaad voor jou invalt zodat je dat kan gaan doen. Dat is heel erg jammer.”

3.3.3 Macroniveau

Financiering

Een aanzienlijk deel van de financiering voor de methodiekoverdracht en de begeleiding bij het implementatieproces van de Veder Methode komt uit het Transitieprogramma. Een ander deel van de financiering komt bij de zorgkoepels zelf vandaan. Zonder de financiering vanuit het Transitieprogramma was de implementatie van de Veder Methode financieel onhaalbaar geweest, aldus de ‘directeur zorgkoepel’.

Ook voor Stichting Theater Veder is het van groot belang geweest dat er financiering voor een periode van drie jaar toegezegd was. Hierdoor kon zij zich richten op haar core-business en ook voor andere organisaties is het belangrijk om te weten of zij investeren in een bestendig project. Bovendien worden er bepaalde voorwaarden gesteld vanuit de financier (het Zorgkantoor) waarover verantwoording moet worden afgelegd. *“Dat soort deadlines houden je scherp,”* aldus de zakelijk leider van Stichting Theater Veder.

Al met al wordt een bepaalde zekerheid rondom financiering als essentieel beschouwd voor de methodiekoverdracht en het implementatieproces van de Veder Methode.

Ethische bezwaren

Bij de vraag of er ook ethische bezwaren aan de Veder Methode verbonden zijn, vertelde de ‘directeur zorgkoepel’ dat er bij een voorlichtingsbijeenkomst rond de start van het project een aantal mensen fel reageerde. Zij waren bang dat de methode betuttelend is of dat de mensen met dementie voor de gek worden gehouden.

3.3.4 Overzichtstabel Invoeringsfase

Tabel 3.3.4 Bevorderende en belemmerende factoren tijdens de invoeringsfase

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
<i>Microniveau</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Zichtbare effecten op de bewoners en toename wederkerigheid in het contact - Enthousiasme personeel - Vrijheid geven aan personeel in de wijze waarop de methode wordt ingevuld - VM blijven toepassen: toename ervaring - Voldoende getrainde zorgverleners aanwezig - VM sluit goed aan bij vaardigheden van activiteitenbegeleiders - Reeds aanwezige kennis van reminiscentie, Validation, etc. → Mogelijk bevorderend: medewerkers verplichten om scholing bij te wonen en de methode toe te passen 	<ul style="list-style-type: none"> - Het trainen van veel parttimers en weinig fulltimers - Gevormde koppels (tijdens de methodiekoverdracht) werken weinig samen - Behoefte aan meer coaching on the job - Schroom bij zorgverleners, met name bij verzorgenden - Geen kennis van reminiscentie, Validation, etc. - Opzetten van huiskamervoorstelling vergt grote tijdsinvestering
<i>Mesoniveau</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Transitie-experiment maakt aanpassing aan lokale situatie mogelijk - Implementatieplan - Reserveren van tijd voor VM in de planning: tijd om voor te bereiden en tijd om uit te voeren - Voortdurend signaleren en oplossen van knelpunten 	<ul style="list-style-type: none"> - Gering besef van de effectiviteit van VM bij management - Ontbreken implementatieplan - Personeelsverloop en daarmee het verdwijnen van sleutelfiguren - Gebrek aan vaste aanspreekpunten bij St. Theater Veder

Tabel 3.3.4 (vervolg) Bevorderende en belemmerende factoren tijdens de invoeringsfase

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
<i>Mesoniveau (vervolg)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Uitwisseling van ervaringen op bruisplekken - Continuïteit van de betrokken zorgverleners - Aanstellen van 'kerngroep' - Ondersteuning en interesse van management - Goede samenwerking tussen St. Theater Veder en zorginstellingen - Kundigheid bij zorgverleners om de implementatie te organiseren - Ervaring met opzetten nieuwe projecten - Van elkaar leren in stedelijk overleg - Wederzijdse communicatie tussen St. Theater Veder en zorginstelling/zorgkoepel - Regelmatige interne communicatie in hele zorgkoepel over VM via verschillende kanalen 	<ul style="list-style-type: none"> - Overbelasting zorgverleners - Onduidelijke verwachtingen bij zorgverleners over de kwaliteit die van hen verwacht wordt
<i>Macroniveau</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering grotendeels vanuit transitieprogramma 	<ul style="list-style-type: none"> - Ethische bezwaren bij mensen die de VM niet kennen

* VM = Veder Methode

3.4 Continueringfase

De mate waarin de Veder Methode geïntegreerd is in het dagelijks werk blijkt sterk te verschillen tussen zorginstellingen. De meeste mensen die geïnterviewd zijn, constateren dat de implementatie nog niet is afgerond. Van verankering/borging van de Veder Methode in de organisatie, is in het merendeel van de zorginstellingen namelijk nog geen sprake. In Hoofdstuk 4 wordt er meer aandacht besteedt aan de voorlopige resultaten van de implementatie.

3.4.1 Microniveau

Wetenschappelijk aangetoond effect

De wijze waarop borging van de Veder Methode zal plaatsvinden zal deels afhankelijk zijn van de uitkomsten van het wetenschappelijk onderzoek, aldus de 'directeur zorgkoepel'. Wanneer de Veder Methode effectief blijkt, is dit voldoende grond om in haar organisatie beleid te voeren waarin al het personeel dat werkt met mensen met dementie, geschoold wordt. Wanneer het wetenschappelijk onderzoek minder duidelijke resultaten laat zien, zal het beleid vooral gericht zijn op het stimuleren van personeel om de Veder Methode te gebruiken in het werk. Ook de directie van Stichting Theater Veder geeft aan dat borging van de Veder Methode eenvoudiger is als er positieve resultaten voor bewoners en/of personeel uit het onderzoek naar voren komen.

Personeel ('staff')

Naast het nut van een kerngroep tijdens de methodiekoverdracht, is de aanwezigheid van een kerngroep een bevorderende factor tijdens het navolgende implementatieproces binnen de instelling en de continueringfase. Deze kerngroep bestaat uit medewerkers die enthousiast en serieus met de Veder Methode bezig zijn en de methode eventueel ook kunnen overdragen op ander personeel. De Veder Methode wordt overdraagbaar geacht van zorgverlener op zorgverlener onder de voorwaarde dat de zorgverlener die het overdraagt voldoende ervaring heeft met het toepassen van de Veder Methode. Echter, uit de interviews komt ook naar voren dat een blijvende input van Stichting Theater Veder daarnaast gewenst is om de kwaliteit te waarborgen.

In de focusgroepen komt naar voren dat in regio 1 actief maatregelen getroffen zijn om ervoor te zorgen dat aan de randvoorwaarden wordt voldaan, hetgeen als essentieel wordt beschouwen voor het slagen van het implementatieproces. Voorbeelden van maatregelen die zijn genomen zijn het helder communiceren dat er een huiskamervoorstelling gepland is, wat er verwacht wordt van het overige personeel en het inzetten van vrijwilligers (bijvoorbeeld ervoor zorgen dat de groep niet wordt gestoord en hulp aan bewones wordt geboden wanneer zij hierom vragen).

In regio 2 zijn er ook enkele zorgverleners die dit soort maatregelen zelf actief treffen. Deze randvoorwaarden worden door de deelnemers van de focusgroepen gezien als noodzakelijk, maar niet altijd gemakkelijk te realiseren.

Systeem ('system')

Om uitwisseling van ideeën mogelijk te maken, heeft een zorgkoepel, zoals ook beschreven bij de methodiekoverdracht (paragraaf 3.2) een map op de computer aangemaakt waarin ideeën voor huiskamervoorstellingen worden opgeslagen. Dit maakt uitwisseling mogelijk zodat medewerkers elkaars ideeën kunnen gebruiken.

3.4.2 Mesoniveau

Strategie ('strategy')

De geïnterviewde medewerkers van zorgkoepels en de trainer van Theater Veder geven aan dat er behoefte is aan meer scholing en terugkerende aandacht voor de Veder Methode. De bruisplekken en de stedelijke overleggen zijn een belangrijke manier waarop Stichting Theater Veder nog input blijft geven aan de instellingen waar de methodiekoverdracht zich in een vergevorderd of afgerond stadium bevindt. Een citaat van een zorgverlener die positief is over de bruisplekken:

“De bruisplekken die zijn heel functioneel, omdat ze steeds evalueren via een enquête waar behoefte aan is. En dan kan iedereen aangeven van ‘ik heb behoefte aan gewoon puur liedjes’. ‘Oké: liedjes’. ‘Ik heb behoefte aan oefenen, spelen’. ‘Oké’. (..) en dan gebeurt dat.”

De bruisplekken voorzien al enigszins in de behoefte aan ondersteuning, maar extra coaching on the job is bijvoorbeeld gewenst. De voorkeur voor herhaling van het bestaande aanbod van Stichting Theater Veder gaat uit boven anderen vormen van bijscholing. Daarnaast oppert de trainer van Stichting Theater Veder het idee van een mogelijke ‘Veder-school’ en een zorgverlener het idee van een educatieve cursus-dvd.

Stijl (Style)

Zowel in de interviews als in de focusgroepen komt naar voren dat de mate waarin ruimte en (personeels)tijd wordt gereserveerd voor de voorbereiding en toepassing van de Veder Methode in de vorm van een huiskamervoorstelling regelmatig beperkt is. Tijdens de focusgroepen geven veel zorgverleners uit regio 1 aan dat zij hun tijd mogen gebruiken voor de Veder Methode. Maar uit de focusgroepen komt ook naar voren dat er op sommige locaties leidinggevenden zijn die niet enthousiast betrokken zijn en geen actieve ondersteuning bieden.

In de focusgroepen waren ook zorgverleners aanwezig die op het moment van het onderzoek geen huiskamervoorstellingen meer spelen en ook de bruisplekken niet meer bezoeken. Deze zorgverleners geven gebrek aan ondersteuning vanuit het management aan als de belangrijkste reden waarom ze niet meer actief zijn. Dit gebrek aan ondersteuning van het management uit zich in het feit dat er onvoldoende of geen (personeels)tijd en ruimte wordt gereserveerd om met de methode aan de slag te gaan.

“Het was zo frustrerend dat deze prachtige methodiek gewoon bij ons doodbloedde. Het management vond het niet belangrijk genoeg om daar geld aan uit te geven.”

Structuur ('structure')

In één zorgkoepel in regio 2 is de borging van de Veder Methode opgenomen in het beleidsplan.

In een zorgkoepel in regio 1 is de borging van de Veder Methode al in gang gezet door in het beleid van de koepel op te nemen dat activiteitenbegeleiders minimaal één huiskamervoorstelling in de maand organiseren, en die evalueren aan de hand van een formulier met een collega.

Twee zorgverleners uit de focusgroepen geven een voorbeeld van het organiseren van een theaterweek. Drie koppels bereiden dan een huiskamervoorstelling voor en de koppels rouleren op de afdelingen. De gehele instelling is hier dan van op de hoogte.

Communicatie

Stichting Theater Veder presenteert de Veder Methode op verschillende manieren naar buiten toe middels activiteiten als huiskamervoorstellingen, theatervoorstellingen en de trainingen. Ook worden er open dagen georganiseerd waarop geïnteresseerden meer te weten kunnen komen over de methode. Daarnaast is er een handboek samengesteld met praktische aanwijzingen, worden er symposia georganiseerd en er is tot slot een pers-communicatiebeleid ontwikkeld. Deze PR en bekendheid werken bevorderend voor de implementatie, aldus de betrokken respondenten.

3.4.3 Macroniveau

Kenmerken zorgsector

Door veranderingen in de financieringsstructuur van de V&V sector komt er steeds meer financiële druk en werkdruk op de verzorgenden te liggen. Door deze grote druk op de sector wordt de implementatie en borging van de Veder Methode bemoeilijkt.

Ook wordt er een aantal keer aangehaald dat het moeilijk is om verzorgenden te betrekken in de methode omdat er in de opleiding vooral aandacht is voor 'zorg' en minder voor 'welzijn'.

Financiering

Momenteel wordt de Veder Methode grotendeels gefinancierd vanuit het Transitieprogramma. Dit is een tijdelijke financiering, dus voor een goede borging van de Veder Methode is het essentieel dat zorgkoepels zoeken naar andere manieren waarop de Veder Methode gefinancierd kan worden. Alleen dan kan er ook in de toekomst handen en voeten worden gegeven aan de Veder Methode.

Een belemmerende factor om de Veder Methode werkelijk een geïntegreerd onderdeel te maken van de organisatie is het feit dat de financieringsstructuur in de zorg geen ruimte biedt voor dit soort methoden. Dit is bij een zorgkoepel in regio 1 de enige reden waarom het momenteel alleen de activiteitenbegeleiders zijn die de methode toepassen.

“Mensen moeten hun taken doen en activiteitenbegeleiding is dan de leuke dingen voor de mensen, zeg maar. En dat past dan in hun takenpakket. Maar de verzorgers die kunnen dat niet. (...) Daar kunnen we geen tijd in besteden. Daar kunnen we geen geld aan geven.”

3.4.4 Overzichtstabel Continueringfase

Tabel 3.4.4 Bevorderende en belemmerende factoren tijdens de continueringsfase

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
<i>Microniveau</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Positieve resultaten wetenschappelijke studie - Aanwezigheid kerngroep - Uitwisseling ideeën voor huiskamervoorstellingen via bijv. computerbestand - Vaste frequentie bepalen waarop VM wordt toegepast (planning) - Voorzien in randvoorwaarden tijdens voorstellingen 	
<i>Mesoniveau</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Bruisplekken - Externe communicatie van Theater Veder - Ondersteuning van management 	<ul style="list-style-type: none"> - Behoeftte aan meer scholing en begeleiding: coaching on the job
<i>Macroniveau</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Vinden van structurele financiering 	<ul style="list-style-type: none"> - Opleidingen verzorgenden gericht op zorg, minder op welzijn - Binnen huidige financieringsstructuur weinig mogelijkheden voor toepassing

* VM = Veder Methode

4. Voorlopige resultaten implementatie

In regio 2 is de methodiekoverdracht officieel afgerond en worden er in principe alleen nog bruisplekken georganiseerd in het kader van bevordering van het implementatieproces en borging van de Veder Methode in de instellingen. In regio 1 staan de coachings on the job voor dit jaar op de planning en worden er inmiddels al wel bruisplekken georganiseerd. Een van de zorgkoepels in regio 1 heeft op eigen verzoek de coachings on the job al ontvangen. In dit hoofdstuk worden bevindingen uit de interviews gepresenteerd met betrekking tot het (voorlopige) resultaat van de implementatie.

Vaardigheden ('skills')

Op de vraag of het getrainde personeel in de zorgkoepels de methode voldoende beheerst, merkt een van de leidinggevenden van Stichting Theater Veder op dat nog niet altijd aan alle gestelde voorwaarden wordt voldaan. Maar zij ziet ook veel enthousiasme bij de zorgverleners en dat de methode in de praktijk uitvoerbaar is. Wat ze daarnaast ziet is dat enkele elementen uit de methode worden meegenomen in het dagelijks werk, zoals het expliciet begroeten. Zij vindt dat het contact maken goed wordt opgepakt door de zorgverleners, maar ze signaleert dat het spelen van theatrale rollen van de Veder Methode meer scholing behoeft.

Ook de trainer van Stichting Theater Veder is van mening dat, op enkele natuurtalenten na, de meeste zorgverleners de Veder Methode nog onvoldoende beheersen.

Een leidinggevende geeft aan dat sommige medewerkers niet goed begrijpen wat de bedoeling is. In de ogen van de leidinggevende is het belangrijker om te zoeken naar hoe het beste contact gemaakt kan worden met de bewoner, dan om perfect toneel te spelen.

Een zorgverlener geeft ook aan dat de medewerkers de methode momenteel nog aan het leren zijn. De bruisplekken vervullen daarin een faciliterende rol. Zelf heeft de zorgverlener het idee dat ze de methode voldoende beheerst en toepast in het dagelijks werk. Vooral omdat ze, voordat ze de methode leerde, al op een soortgelijke wijze aan het werk was dankzij een andere training (therapeutische training).

Structuur ('structure')

Beide zorgverleners geven aan onvoldoende tijd te hebben om te investeren in het opzetten van specifieke activiteiten vanuit de Veder Methode en de overdracht van de methode op haar collega's. De deelnemers van de focusgroepen brengen hier enige nuancering in aan. Door hen wordt genoemd dat het vaak lastig is om samen met hun 'partner' tijd te vinden voor voorbereidingen en uitvoering (een voorstelling wordt doorgaans gegeven door twee aan elkaar gekoppelde zorgverleners). Met de partner tijd vinden, wordt extra moeilijk wanneer zij beide parttime werken.

Verschillende zorgverleners die mee hebben gedaan aan de focusgroepen benoemen hierbij dat een zorgvuldige voorbereiding van essentieel belang is omdat anders het doel, namelijk een positieve invloed op de stemming en het gedrag van bewoners, mogelijk niet bereikt wordt.

De 'directeur zorgkoepel' in regio 2 constateert dat de tijd en ruimte die beschikbaar is voor het toepassen van de Veder Methode sterk verschilt per zorginstelling. Ook blijkt dat de mate van ondersteuning vanuit leidinggevend en management om de Veder Methode uit te voeren, per zorginstelling verschilt.

Personeel ('staff')

Uit de interviews komt naar voren dat zorgverleners van sommige zorginstellingen, sinds de introductie van de Veder Methode, onderling meer adviezen uitwisselen over de benadering van bewoners.

Personeel dat niet getraind is, reageert in sommige gevallen afwerend op de Veder Methode. Ze zien het bijvoorbeeld als overdreven, luxe of overbodig, aldus zorgverlener 1.

Er is een gering aantal vrijwilligers en mantelzorgers getraind en gecoacht door Stichting Theater Veder. De vrijwilligers die getraind zijn, hebben alleen een training gevolgd.

Ervaren effecten van de methode

Omdat de methode dicht bij mensen staat, ervaart men direct dat het werkt en dat er meer diepgang is en dat geeft plezier, aldus een leidinggevende en 'directeur zorgkoepel'. Deze opmerking kan treffend worden geïllustreerd aan de hand van voorbeeld van een zorgverlener die in haar eentje voor een groep staat en merkte dat haar werk haar makkelijker afgaat en minder energie kost als zij de Veder Methode toepast.

"En zij was bijvoorbeeld helemaal niet gewend om in een groep met ze te werken, allemaal individuen (...) En toen zij die methode ging toepassen ontdekte ze pas wat voor verhalen en wat voor verbindingen mensen met elkaar konden maken. 'Ja zegt ze, als ik drie uur bezig ben in mijn eentje dan ben ik helemaal leeg, en een kwartiertje dit..wat het je oplevert qua energie!'" (Citaat trainer Stichting Theater Veder)

Het effect van de Veder Methode op de bewoners met dementie wordt door alle geïnterviewde medewerkers van de zorgkoepels als positief beschouwd. Ter illustratie: het levert wederkerigheid in het contact tussen zorgverleners en bewoners op, 'zinvolle momenten', plezier bij zowel de bewoners als de medewerkers, het helpt bewoners uit hun isolement te komen.

“En je ziet soms dingen van bewoners die je niet had verwacht: een bepaalde reactie of ze beginnen ineens over iets wat je normaal niet van ze hoort. Dat levert het op, dat je elkaar beter leert kennen’. (Citaat leidinggevende 2)

In de zorginstelling waar de Veder Methode tweewekelijks door middel van een huiskamervoorstelling wordt toegepast levert het *“leuke momenten met elkaar”* op.

Ook wordt door enkelen genoemd dat de toepassing van de methode in de 24-uurszorg vruchten afwerpt doordat er bijvoorbeeld minder weerstand bij de bewoners is. Hierdoor verloopt de dagelijkse zorg *‘speelser’* en minder stroef. Een zorgverlener spreekt uit ervaring dat het toepassen van de principes van de Veder Methode uiteindelijk ook leidt tot socialer gedrag tussen de bewoners:

“Ze gaan meer op elkaar letten en voor elkaar zorgen en handjes vasthouden.”

De activiteitenbegeleiders uit regio 1 brengen enige nuance aan in dit positieve beeld. Zij zijn van mening dat het spelen van een typetje ook weerstand kan oproepen bij sommige mensen:

“Dan voelen ze zich niet serieus genomen inderdaad. Maar ik denk: op de manier hoe wij het doen. Als je geen typetje speelt, niet verkleed gaat, dat je die mensen wel mee kunt krijgen.”

Tijdens de focusgroepen wordt genoemd dat de bewoners soms de zorgverleners herkennen ook al spelen ze een typetje. Dit kan verwarrend voor de bewoners zijn volgens sommige respondenten.

Maar de voorstellingen die door Stichting Theater Veder werden gespeeld vonden zij wel zeer succesvol:

“Het moment zelf dat het gebeurde, zag je bij sommige mensen reacties die normaal bijna nooit reageerden.”

Kosten versus baten

Het is mogelijk voor instellingen om te berekenen hoeveel zij investeren in de Veder Methode door bijvoorbeeld personeelsinzet, materialen etc. In dit kader benadrukken zowel de ‘directeur zorgkoepel’ als een leidinggevende dat deze kosten niet als ‘extra’ beschouwd moeten worden. Er is voor gekozen om de Veder Methode te implementeren, dus dit maakt dat zorgverleners iets ‘anders’ doen, niet iets ‘extra’s’. Vanzelfsprekend ga je er vanuit dat dit ‘anders’ ook effectiever en efficiënter is, maar daar is nog geen onderzoek naar gedaan.

Uit de interviews komt overigens naar voren dat, naast personeelsinzet, de kosten voor de implementatie gering zijn. Vaak worden attributen voor bijvoorbeeld een huiskamervoorstelling op inventieve wijze verzameld waardoor er weinig geld voor nodig is.

Zowel de 'directeur zorgkoepel' als een leidinggevende hebben het idee dat de opbrengsten opwegen tegen de kosten. Opbrengsten worden door de 'directeur zorgkoepel' onder andere uitgedrukt in toegenomen arbeidssatisfactie van zorgverleners.

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat en vindt terugkoppeling van de resultaten naar de theorie plaats. Ook worden de sterke en zwakke aspecten van het onderzoek belicht.

5.1 Conclusie

5.1.1 Belangrijkste bevindingen

Procesevaluatie implementatie

In deze studie is de methodiekoverdracht en het implementatieproces van de Veder Methode op psychogeriatrische afdelingen geëvalueerd middels interviews met sleutelfiguren en focusgroepen over de methodiekoverdracht en het implementatieproces binnen zorginstellingen. Daarbij vormden zowel het Evaluatieraamwerk implementatieproces, een model voor het opsporen van bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie (Dröes et al., 2003) en het 7s-model van McKinsey, zoals uitgewerkt door van der Kooij (2003) in de specifieke setting van zorginstellingen, het uitgangspunt. Op het moment van schrijven van deze procesevaluatie is het effect van de Veder Methode nog niet wetenschappelijk aangetoond. Bovendien is de implementatie nog niet afgerond, omdat de Veder Methode nog niet in alle instellingen een structurele plaats heeft gekregen in de organisaties (geborgd is) en er zodoende nog niet wordt voldaan aan de definitie van implementatie (Hulscher et al., 2000) (zie paragraaf 1.3). De uitkomsten van deze studie kunnen echter bijdragen aan het optimaliseren van de methodiekoverdracht en het implementatieproces met als doel de Veder Methode een structurele plaats te laten innemen in de instelling. Hiertoe zijn diverse factoren getraceerd die bevorderend en belemmerend hebben gewerkt voor de implementatie zoals deze tot nu toe is verlopen. Een beschouwing op deze factoren is in de volgende paragrafen opgenomen.

Eigenschappen en effecten Veder Methode

Uit de resultaten blijkt de toepassing van de Veder Methode in de ogen van de respondenten positieve resultaten oplevert voor zowel de bewoner als de zorgverlener. Er ontstaat volgens hen meer wederkerigheid in het contact tussen beide partijen en men ziet reacties bij bewoners die men normaal gesproken niet ziet. De methode heeft volgens de geïnterviewden meerwaarde ten opzichte van bestaande methoden, met name door de extra prikkels van theater en poëzie.

De door de respondenten aangegeven duidelijk zichtbare effecten op de bewoners lijken ervoor te zorgen dat zorgverleners enthousiast worden over de methode, wat bevorderend werkt voor de implementatie. Toch ervaren zorgverleners vaak een drempel om de methode toe te

passen. Dit heeft onder andere te maken met de onervarenheid met het gebruik van theatrale elementen, die juist kenmerkend zijn voor de methode. Ook is er onduidelijkheid over de verwachtingen ten aanzien van de kwaliteit van acteren die er wordt verwacht van zorgverleners.

Personeel ('staff') en Vaardigheden ('skills')

Activiteitenbegeleiders lijken voornamelijk het actiefst betrokken te worden bij de implementatie van de Veder Methode als groepsactiviteit. Reden hiervoor is dat de Veder Methode en specifiek het neerzetten van een huiskamervoorstelling aansluit bij de vaardigheden zoals aangeleerd in de opleiding van met name activiteitenbegeleiders, waarbij de focus op 'welzijn' ligt. Tevens past het uitvoeren van een huiskamervoorstelling en het organiseren van een groepsactiviteit goed bij hun takenpakket. De methode wordt minder door verzorgenden toegepast omdat het momenteel minder goed in hun takenpakket lijkt te passen en hun discipline minder gewend is om dergelijke activiteiten te organiseren voor bewoners. Toch zijn juist de geïnterviewde zorgverleners zelf van mening dat de Veder Methode zeer goed te integreren zou zijn in hun dagelijkse werk en ADL-taken. Hier ligt dan nog een uitdaging voor de toekomst, aangezien aan de invoering van de Veder Methode in de 24-uurszorg tot nog toe weinig aandacht is besteed.

Personeel dat al bekend is met methoden als reminiscentie en Validation, zoals activiteitenbegeleiders en verzorgenden, blijkt een goede basis te hebben voor het aanleren van de Veder Methode. Er zijn weinig vrijwilligers en vrijwel geen mantelzorgers getraind in de afgelopen periode. De vrijwilligers die getraind zijn, hebben alleen de training en niet de coaching on the job ontvangen. Om die reden kon er in dit onderzoek geen goed beeld verkregen worden van de mogelijkheden die er bij deze doelgroep liggen om de methode aan te leren en toe te passen. Tot slot wordt er door alle geïnterviewden aangedragen dat er meer behoefte is aan training en coaching on the job van Stichting Theater Veder. Meer training en coaching zou met name een goede toepassing van de theateerlementen ten goede komen. Coaching kan plaatsvinden op de werkvloer, maar dit kan ook op afstand, digitaal. Op deze wijze kan er, zonder enorme meerkosten meer structurele coaching geboden worden tijdens de implementatie binnen een zorginstelling. Digitale coaching is tijdsbesparend en kan op momenten dat het extra nodig is gerichte ondersteuning bieden. Tevens kan digitaal contact houden een stimulerend effect hebben op de planning en het aantal keren dat een groepsactiviteit georganiseerd wordt.

Strategie en structuur

Het opstellen van een implementatieplan wordt als belangrijke bevorderende factor aangedragen door met name de leidinggevenden en aanstuurders van het project. Dit kan een plan voor zowel Stichting Theater Veder als de zorgkoepel/-instelling zijn.

In het implementatieplan van de zorginstelling kan worden opgenomen wie de Veder Methode toepast, op welke manier, met welke frequentie en wanneer evaluatie en terugkoppeling plaatsvindt. Ook kan hierin beschreven worden hoe de integratie van de methode in de 24-uurszorg plaats kan vinden. Wanneer in het zorgleefplan de effectieve elementen van de Veder Methode bij integratie in de 24-uurszorg worden opgenomen, zullen meer verzorgenden de methode gaan toepassen. De ondersteuning vanuit het management en leidinggevenden, zich uitend in het voorzien in belangrijke randvoorwaarden zoals tijd om een huiskamervoorstelling voor te bereiden, blijkt al met al essentieel te zijn voor een succesvolle implementatie.

Ook is de aanwezigheid van een kerngroep waarin mensen zitten die enthousiast zijn over de methode en deze regelmatig toepassen, belangrijk tijdens de methodiekoverdracht en voor de verdere implementatie van de Veder Methode binnen de zorginstellingen. Om continuïteit en zichtbaarheid van de methode te waarborgen is het van belang dat er rekening wordt gehouden met de mutatiegraad van de werknemers.

Samenwerking

In het kader van de samenwerking tussen Stichting Theater Veder en zorginstellingen is het van belang dat men voorafgaand aan de samenwerking wederzijdse verwachtingen duidelijk communiceert, dat beide partijen vaste contactpersonen hebben en er stroomlijning van de organisatie van de implementatie plaatsvindt.

De nadruk die Stichting Theater Veder ligt op samenwerking in plaats van concurrentie in een regio, uit zich in het frequent organiseren van overlegmomenten tussen instellingen en zorgkoepels. Deze samenwerking heeft positieve kanten zoals het van elkaar leren en niet opnieuw het wiel uit hoeven vinden. Echter, er gaat ook veel tijd en energie in zitten waarvan niet door iedereen de meerwaarde wordt gezien. Er kan geconcludeerd worden dat er op dit punt een spanning aanwezig is. Het is van belang dat de zorginstellingen een eigen afweging maken van de voor- en nadelen van de nadruk op samenwerking. Ook kan er gezocht worden naar alternatieven die minder tijd in beslag nemen, zoals uitwisseling via een interactieve website.

Macro-niveau

Enkele respondenten geven aan dat de financiële druk in de V&V-sector belemmerend werkt tijdens de methodiekoverdracht en het implementatieproces. De methode sluit echter wel aan bij de focus van zorgverzekeraars die op kwaliteit van zorg is gericht. Bovendien is het te verwachten dat wanneer bewoners zich beter voelen, zij ook minder zorg vragen. Het is van belang dat financierders inzien dat er met dit soort methoden winst te behalen valt.

5.1.2 Terugkoppeling van bevindingen naar theorie

Eerdere studies

Een aantal bevorderende en belemmerende factoren die in dit onderzoek zijn gevonden, worden ook in de literatuur genoemd. De meerwaarde van de innovatie ten opzichte van bestaande methoden bleek in een studie van Dröes et al. (2003) een bevorderende factor.

Enthousiasme van het personeel komt in meerdere studies als belangrijke stimulerende factor voor de implementatie naar voren (Berkhout et al., 2009; Dröes et al., 2003; van der Kooij, 2003). De aanpassing van de organisatiestructuur (bijvoorbeeld het inroosteren van tijd in de planning) en ondersteuning en waardering van het management blijkt ook in een studie naar implementatie van 'snoezelen' van belang (van Weert, 2004). De noodzaak van herhaalde opleiding en training komt in de studie van Berkhout et al. (2009) net als in deze studie als belangrijke factor naar voren. Het belang van het opstellen van een plan van aanpak en het evalueren van de toepassing van de methode komt ook in de studie van van Weert et al. (2004) naar voren.

7s-model

Het 7s-model benadrukt het innovation-values-fit principe, het aansluiten van innovatie op de centrale waarden in de organisatie (Klein & Sorra, 1996). Er is sprake van een innovatie (de Veder Methode van Stichting Theater Veder) en een zorginstelling. Er is een sterke gedeelde waarde ('shared value'), namelijk het optimaliseren van de zorg voor mensen met dementie. Echter, de andere factoren uit het 7s-model blijken evenzeer van belang om een succesvolle implementatie te waarborgen. Er zijn met name bevorderende en belemmerende factoren getraceerd in de volgende gebieden van het 7s-model: structuur, strategie, personeel en vaardigheden. De implementatiestrategie (een plan van aanpak) en het opnemen van de Veder Methode in de structuur (tijd en ruimte bieden) blijken belangrijk te zijn om borging van de methode te bewerkstelligen. Bovendien blijken de aanwezige vaardigheden van het personeel een belangrijke invloed te hebben op de implementatie en blijken extra investeringen op het gebied van training gewenst.

5.2 Discussie

Het theoretisch kader dat het uitgangspunt in dit onderzoek is systematisch opgezet. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt het theoretisch kader handvatten te bieden om op gestructureerde wijze bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie te traceren in interviews en focusgroepen, afgestemd op de functie en de expertise van de persoon die is geïnterviewd.

In dit onderzoek is een diversiteit aan sleutelfiguren en zorgverleners geïnterviewd, die betrokken waren en nog steeds zijn bij de methodiekoverdracht en het implementatieproces van de Veder Methode. Er is voor gekozen om deze personen te selecteren in de twee regio's waar de implementatie van de Veder Methode het verst gevorderd was. Doordat sleutelfiguren met verschillende functies uit verschillende instellingen en regio's te interviewen, kon een breed beeld verkregen worden van de methodiekoverdracht en van het implementatieproces. Het aantal geïnterviewden (12 individuele interviews en 35 deelnemers aan focusgroepen) is echter beperkt en kan ertoe hebben geleid dat niet alle bevorderende en belemmerende factoren boven water zijn gekomen.

Gedurende het opzetten van dit onderzoek bleek dat de methodiekoverdracht van de Veder Methode in de ene instelling anders was verlopen dan in de andere. Daarnaast waren de activiteiten van Stichting Theater Veder ten tijde van het onderzoek voornamelijk gericht op het overdragen van de methode (methodiekoverdracht) en in mindere mate op het consolideren van de methode (het implementatieproces), wat voor een groot gedeelte door de zorginstelling zelf vorm gegeven moet worden. Dit geldt voor zowel de groepsactiviteit als het toepassen van de methode als geïntegreerd onderdeel van de 24-uurszorg. Stichting Theater Veder en de zorginstellingen bevonden zich tijdens het evaluatieonderzoek goed beschouwd nog in de eerste fase van het implementatieproces. Concrete stappen om borging te bewerkstelligen worden momenteel in iedere regio gemaakt. Dit onderzoek dient daarom opgevat te worden als een tussentijdse evaluatie van de methodiekoverdracht en een deel van het implementatieproces, maar kan niet beschouwd worden als een evaluatie van het volledige implementatieproces. Het is daarom aan te bevelen om een dergelijke procesevaluatie over 1 à 2 jaar te herhalen, ervan uitgaande dat Stichting Theater Veder en de deelnemende zorginstellingen concrete stappen zullen ondernemen om het implementatieproces en de borging van de Veder Methode verder mogelijk te maken. In 2010 heeft Stichting Theater Veder reeds eerste acties ondernomen om de methodiekoverdracht en het implementatieproces beter te laten verlopen. Zij hebben randvoorwaarden opgesteld voor de zorgkoepels ter verduidelijking van wederzijdse verwachtingen en verantwoordelijkheden (zie bijlage III). Dit onderzoek biedt bovendien een overzicht van bevorderende en belemmerende factoren die voorafgaand aan en tijdens de invoering van de Veder Methode, of een soortgelijke innovatie, meegenomen kunnen worden in het bepalen van een effectieve strategie voor de implementatie.

5.3 Wat levert deze procesevaluatie op voor wetenschap en praktijk?

Dit onderzoek draagt bij aan de ontwikkeling van nieuwe kennis op het gebied van implementatie van een nieuwe innovatie in de zorg in de specifieke setting van psychogeriatrische afdelingen van zorginstellingen. Er is tot op heden weinig implementatie-onderzoek gedaan in de V&V-sector, een sector die momenteel onderhevig is aan allerlei veranderingen op het gebied van wet- en regelgeving en zich meer en meer op een concurrerende markt begeeft. Innovaties als de Veder Methode, gericht op belevingsgerichte zorg, krijgen in deze tijd meer en meer aandacht. De resultaten van dit onderzoek bieden handvatten aan managers en leidinggevenden van zorginstellingen die van plan zijn innovaties op het gebied van belevingsgerichte zorg door te voeren binnen hun zorginstelling.

6. Aanbevelingen

Hier volgen aanbevelingen voor zowel de praktijk als voor vervolgonderzoek. De aanbevelingen voor de praktijk worden besproken aan de hand van de volgende indeling: (1) bij aanvang van de implementatie, (2) tijdens de voorbereidingsfase, (3) tijdens de invoeringsfase en (4) tijdens de continueringsfase (verdere borging binnen de instelling).

6.1 Bij aanvang van en tijdens de implementatie

- Implementeer de Veder Methode op afdelingen met bewoners met dementie
- Zorg ervoor dat het helder is voor alle medewerkers wat de methode inhoudt en welke aspecten kenmerkend zijn voor een goede uitvoering van de methode
- Zorg voor een enthousiasmerende introductiefase gericht op het personeel waar eventuele drempels voor zorgverleners om mee te doen worden verlaagd of weggenomen
- Wijs zorgverleners aan die de implementatie trekken, probeer hiervoor zorgverleners te selecteren die "Veder Methode-talenten" bezitten
- Zorg voor heldere afspraken met Stichting Theater Veder over wie contactpersonen zijn in zowel de eigen organisatie als binnen Stichting Theater Veder
- Zorg ervoor dat wederzijdse verwachtingen van Stichting Theater Veder en de instelling duidelijk zijn
- Betrek alle lagen van de organisatie erbij
- Organiseer scholing van het gehele personeel op de geselecteerde afdelingen

6.2 Tijdens de voorbereidingsfase

- Maak medewerkers vooraf bekend met de komst van Stichting Theater Veder en maak hen enthousiast voor de methode middels het bijwonen van een huiskamervoorstelling, gespeeld door acteurs van Stichting Theater Veder
- Maak een implementatieplan, met daarin onder andere aandacht voor: inroosteren tijd aan uitvoerend personeel, evaluatie en terugkoppeling
- Zorg ervoor dat ook vrijwilligers en mantelzorgers betrokken worden bij het project en zodoende zowel de training als coaching on the job ontvangen
- Zorg voor korte periodes tussen de trainingen en coachings on the job van Stichting Theater Veder
- Het uitbreiden van de training en het aantal coachings on the job kan bijdragen aan een verbeterde methodiekoverdracht
- Verzeker u ervan dat er voldoende expertise beschikbaar is om het implementatieproces te begeleiden

6.3 Tijdens de invoeringsfase

- Maak (effecten van de) Veder Methode zichtbaar in de hele organisatie, onder andere middels een sterk intern communicatiebeleid
- Zorg voor voldoende begeleiding van de medewerkers middels training
- Zorg voor continuïteit van mensen die de verantwoordelijkheid nemen voor de implementatie. Stel hier een voor kerngroep aan
- Voorzie in randvoorwaarden om de huiskamervoorstellingen voor te bereiden en de Veder Methode toe te passen: neem deze tijd op in de planning

6.4 Tijdens de continueringsfase

- Maak digitale uitwisseling van ideeën over thema's van huiskamervoorstellingen mogelijk zodat men elkaars creativiteit en geïnvesteerde tijd kan benutten
- Onderzoek de mogelijkheden van bijscholing van de Veder Methode door middel van ICT-toepassingen
- Zorg voor een kerngroep die de kar blijft trekken
- Zoek naar mogelijkheden voor structurele financiering

6.5 Vervolgonderzoek

Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het evalueren van de mate waarin de Veder Methode in de vorm van een groepsactiviteit/huiskamervoorstelling is geïmplementeerd. Ook het zoeken naar causale verbanden tussen mediërende bevorderende en belemmerende factoren uit het theoretisch kader van dit onderzoek en het welslagen van de implementatie en de effectiviteit van de Veder Methode is interessant voor vervolgonderzoek. Ten slotte is onderzoek wenselijk naar de mogelijkheden voor toepassing en implementatie van de Veder Methode als contactmethode in de 24-uurszorg.

Literatuur

- Alzheimer Nederland (2010). Opgehaald op 16 februari 2010. URL: <http://www.alzheimer-nederland.nl/content.jsp?objectid=450>
- Berkhout, A.J.M.B., Boumans, N.P.G., Mur, I., & Nijhuis, F.J.N. (2009). Conditions for successfully implementing resident-oriented care in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring*, 23, 298–308.
- Boekholdt, M. & Pepels, R. (1994). Implementatie: het invoeren van vernieuwingen in de ouderenzorg. In H. Nies & S. Kollaard. De praktijk van vernieuwingswerk in de ouderenzorg. *[Implementation: introducing innovations in the field of care for the elderly. In Innovation work in the field of care for the elderly in practice, Houten/Zaventem: Bohn, Stafleu Van Lochem.*
- Bokhoven, M.A. van, Koch, H., Dinant G-J, Bindels, P.J.E., Grol, R.P.T.M., & Weijden, T. van der (2008). Exploring the black box of change in improving test-ordering *routines*. *Family Practice*, 1-7.
- Bliss, J. & Emshoff, J.G. (2002). *Workbook for designing a process evaluation* (ed.). Georgia: Georgia State University, Department of human Devision of Public Health.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, C., Mitchie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing en evaluating complex interventions: the new medical research council guidance. *BMJ*, 337, 979-983.
- Dijk, A.M. van, Hermanns, S.S.T., Weert J.C.M. van, Glind, P. van de, & Dröes (2011). Arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaardering in relatie tot de toepassing van de Veder Methode: een onderzoek onder zorgverleners die de Veder Methode toepassen. In A.M. van Dijk, J.C.M. van Weert, & R.M. Dröes (Red.), *Evaluatie van de Veder Methode; theater als contactmethode in de psychogeriatrische zorg* (Deel 3b, pp. 175 -225). Amsterdam: EMGO+, VU medisch centrum & Amsterdam School of Communication Research, Universiteit van Amsterdam.

- Dröes, R.M., Meiland, F.J.M., Schmitz, M.J., Vernooij, M.J.F.J., Lange, J. de, Derksen, E., et al. (2003). *Implementatie Model Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers: een onderzoek naar de voorwaarden voor succesvolle landelijke implementatie van ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers*. Eindrapport oktober 2003. Amsterdam/Enschede: PrintPartners Ipskamp B.V..
- Finnema, E., Dröes, R.M., Ribbe, M., & Tilburg, W. van (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia; a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (2), 141-161.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.
- Grol, R., Baker R., & Moss, F. (2002). Quality improvement research: understanding the science of change in health care. *Qual Saf Health Care*, 11, 110–111.
- Grol, R. & M. Wensing, (2006). *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (ed.) Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Hulscher, M., Wensing, M, & Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: theorieën en strategieën* (ed.). Den Haag: ZonMw/ Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) Universiteit Nijmegen/ Universiteit Maastricht.
- Klein, K.J. & Sorra, J.S. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.
- Kooij, C.H. van der (2003). *Gewoon lief zijn? Het maïeutisch zorgconcept en het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen* (ed.). Utrecht: Lemma BV
- Lange, J. de (2004). *Omggaan met dementie. Het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen: een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment* (ed.). Utrecht: Trimbos Instituut.
- Lauriks, S., Osté, J.P., Hertogh, C.M.P.M., & Droës, R.M. (2008). *Meer levenskwaliteit met domotica: effectonderzoek naar de toepassing van domotica in kleinschalige groepswoningen voor mensen met dementie* (ed.). Amsterdam: VU medical center.

- Meiland, F.J.M., Dröes, R.M., Lange, J. de, & Vernooij-Dassen, M.J.F.J. (2004). Development of a theoretical model for tracing facilitators and barriers in adaptive implementation of innovative practices in dementia care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38 (9), 279–90.
- Meiland, F.J.M., Dröes, R.M., Lange, J. de, & Vernooij-Dassen, M.J.F.J. (2005). Facilitators and barriers in de the implementation of the meeting centres model for people with dementia and their carers. *Health Policy*, 71, 243-253.
- NVivo (1999). Qualitative Solutions and Research. Melbourne, Australia: NUD*IST Vivo . Pty. Ltd.
- Osté, J.P. & Droës, R.M. (2004). Implementatieonderzoek ‘Surinaams Ontmoetingscentrum voor mensen met dementia en hun verzorgers’. Amsterdam: VU medisch centrum.
- Peters, T.J. & Waterman, R.H. jr. (1982). *In Search for excellence: lessons from America’s Best-run companies*, hoofdstuk 1. New York: Harper and Row Publications.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320, 114-116.
- Tol, F., Weert, J.C.M. van, Hermanns, S.S.T. & Dröes, R.M. (2011). De Veder Methode: Een nieuwe manier van communiceren tussen zorgverleners en mensen met geheugenproblemen in verpleeghuizen. In A.M. van Dijk, J.C.M. van Weert, & R.M. Dröes (Red.), *Evaluatie van de Veder Methode; theater als contactmethode in de psychogeriatrische zorg* (Deel 1, pp. 17-69). Amsterdam: EMGO+, VU medisch centrum & Amsterdam School of Communication Research, Universiteit van Amsterdam.
- Verkaik, R., Weert, J.C.M. van, & Francke, A.L. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (4), 301-314.
- Weert, J.C.M. van, Kerkstra, A., Dulmen, A.M. van, Bensing, J.M., Peter, J.G., & Ribbe, M.W. (2004). The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (4), 397-409.

Bijlage I: Opbouw basistraining Stichting Theater Veder

De Veder Methode

De Veder Methode bestaat uit de volgende vier stappen:

- Kennismaken via één op één contact
- Contact maken met het lange termijn geheugen; aanhaken op onderwerpen, situaties of voorwerpen die herkend worden door de doelgroep en herinneringen ophalen
- Contact maken met het korte termijn geheugen, in het hier en nu
- Afronden door één op één contact

Inhoud van de training

Deelnemers leren de vier stappen van de Veder Methode kennen. Ook maken zij kennis met de belangrijkste onderliggende principes van de Veder Methode

- Validation
- reminiscentie
- belevingsgerichte zorg
- wederkerigheid
- neuro linguïstisch programmeren

Deelnemers staan stil bij wat die principes in hun dagelijkse praktijk betekenen.

Deelnemers leren plezier te hebben in samenspel en in contact.

Deelnemers leren dat je “blij mag blunderen”, dat je mag falen in het samenspel.

Deelnemers leren “ja” te zeggen in contact.

Deelnemers leren wat afstemming toevoegt bij het maken van contact.

Deelnemers oefenen met het declameren en leren over: intonatie, stemgebruik (volume en articulatie), gebaren, ritme, tempo en beeldvorming.

Deelnemers maken een mini-presentatie van 5 minuten waarbij zij een reminiscerend thema uitwerken tot een korte ontmoeting met de bewoners waarin de Veder Methode met poëzie en zang gehanteerd wordt. Feedback wordt gegeven op:

- Eén op één contact
- Hantering korte en lange termijn geheugen
- Afronding

Bijlage II: Interviewschema ter opsporing van bevorderende en belemmerende factoren van implementatie

Besproken thema's bij interviews met sleutelfiguren

A	Aanvangscondities	7s model
	<u>Kenmerken Veder Methode (A1 - A9)</u>	
A01	Voor welke bewoners?	-
A02	Voor welk personeel bedoeld?	-
A03	Aansluiting VM bij de hedendaagse zorg voor mensen met dementie?	- style, structure
A04	Soortgelijke benaderingswijze/interventie die al heel erg lijkt op de VM?	- style
A05S	Interventie geboren uit noodzaak of innovatie?	- strategy
A06	Overige kenmerken	-
	<u>Operationele Randvoorwaarden (A11 - A19)</u>	
A11	Duidelijk plan opgesteld?	- strategy
A12	Genoeg tijd beschikbaar?	-
A13	Overige randvoorwaarden	-
	<u>Personele en financiële middelen (A21 - A29)</u>	
A21	Personen aangewezen die het project gaan trekken?	- structure
A22	Genoeg kennis en ervaring in huis?	- skills
A23	Genoeg motivatie in huis?	- shared values/staff
A24	Genoeg geld beschikbaar?	- strategy
A25	Voldoende personeel beschikbaar?	- staff
A26	Overige personele en financiële middelen	-
	<u>Organisatiecondities (A31 - A39)</u>	
A31	Houding organisatie tegenover VM?	- style
A32	Heeft de organisatie genoeg kennis en ervaring in huis?	- skills
A33	Kenmerken regio?	-
A34	Op welke schaal binnen de organisatie wordt VM geïmplementeerd?	-
A35	Onderneemt organisatie initiatieven tot zorginnovatie?	-
A36	Grootte Organisatie?	-
A37	Andere veranderingen (tegelijktijd of niet)?	-
A38	Overige Organisatiecondities	-

B Implementatieproces

Microniveau

Personeel (B01 - B10)

- | | | |
|------|---|-----------------------|
| B01 | Mening personeel over VM? | - staff |
| B02 | Welk personeel gaat werken met VM? | - structure |
| B03 | Hoe wordt personeel geselecteerd? | - |
| B04 | Behoeftte vanuit personeel aan methodes zoals VM? | - staff |
| B05 | Aantal zorgverleners dat VM gaat toepassen? | - |
| B06 | Aansluiting bij vaardigheden personeel? | - skills |
| B07S | Krapte personeelsbezetting | - staff |
| B08S | Sluit VM aan bij de werkstijl van de afdeling? | - shared values |
| B09S | Sluit VM aan bij waarden medewerkers? | - shared values/staff |
| B10 | Overige personeelskenmerken implementatie | - |

Koepels (B21 - B29)

- | | | |
|-----|--|---|
| B21 | Bijdrage van de koepels voor de implementatie? | - |
| B22 | Welke koepels komen in aanmerking voor VM? | - |
| B23 | Hoe zijn de koepels benaderd? | - |
| B24 | Overige kenmerken koepels implementatie | - |

Training & Uitvoering (B31 - B39)

- | | | |
|------|--|-----------------|
| B31 | Waaruit bestaat de training? | - skills |
| B32 | Hoe is de training ervaren door het personeel? | - skills |
| B33S | Bestaat de mogelijkheid te oefenen?
(buiten de praktijk, bijvoorbeeld rollenspel en training) | - skills |
| B34S | Kan VM ook in de praktijk geoefend worden? | - skills |
| B35S | Is er genoeg stimulans van leidinggevende om te oefenen? | - skills/ style |
| B36S | Wordt er geëvalueerd? En hoe? (Vaardigheden en uitvoering) | - systems |
| B37 | Uitvoering VM | - |
| B38 | Overige facetten training | - |

Mesoniveau

Overleg (B41)

- | | | |
|-----|---|-------------|
| B41 | Stuurgroep? | - structure |
| | Breder dan alleen de betrokken instelling | |
| B42 | Werkgroep | - |
| | Alleen binnen de betrokken instelling | |

Samenwerking (B51 - B59)

- | | | |
|-----|-------------------------------|--------------------|
| B51 | Verloop samenwerking? | - |
| B52 | Contactpersonen? | - |
| B53 | Stabiliteit sleutelfuncties | - staff/ structure |
| B54 | Overige samenwerkingsfactoren | - |

Strategie (B61 - B69)

- B61 Plan van aanpak? -
- B62 Mogelijke knelpunten? -
vooraf over nagedacht
- B63S Duidelijkheid over hoe en wanneer de VM opgenomen wordt? -
- B64S Duidelijkheid over eventuele veranderingen in zorgbenadering? -
- B65S Pilot of structurele verandering - strategy
- B66 Bruisplekken -
- B67S Inbedding VM en ondersteuning VM door het management - shared values/
structure
- Leidinggevend en geïnstrueerd personeel te ondersteunen? -
- B68 Overige strategiefacetten Implementatie -

Communicatie (B71 - B72)

- B71 Communicatie met personeel mbt het overgaan op VM -
- B72S Kan duidelijk beargumenteerd naar het personeel
worden waarom VM toegepast gaat worden? - shared values
- B73S Hoe is het personeel betrokken bij de keuze voor VM? - strategy
- B74S Is er genoeg stimulans van de leidinggevende
om VM te gebruiken - style

Macroniveau

- B81 Hoe is implementatie gefinancierd? -
- B82 Ethische vezwaren aan de methode -
- B83 Overige macroniveau factoren implementatie -

C (Tussen)Resultaat implementatie
Microniveau

Personeel (C01 - C09)

C01	Beheersing methode door personeel?	- skills
C02	Tijd en ruimte?	- structure
C03	Hoe geïmplementeerd in dagelijkse werk?	- structure/strategy
C04	Hoe is werk veranderd?	-
C05	Hoe reageren de bewoners?	-
C06	Obstakels toepassing?	- strategy
C07	Hoe kijken collega's tegen de methode aan? (die niet met VM werken)	- style
C08	Hoe kijken leidinggevendenden tegen de methode aan?	- style
C09	Wat is het effect van de VM op werknemers?	-
C10	Overige personeelsfactoren resultaat	-

Koepels (C11 - C19)

C11	Hoe is de implementatie verlopen?	-
C12	Verschil tussen afdelingen?	-
C13	VM op meer afdelingen toepassen?	-
C14	Wat kost VM de organisatie?	-
C15	Wat levert de VM de organisatie op?	-
C16	Hoe wordt personeel ondersteund om met VM te werken?	-
C17	Overige factoren koepels resultaat	-

Training (C21 - C29)

C21	Kan personeel extra geschoold worden?	- skills
C22	Kan personeel VM overbrengen op ander personeel/zorgverleners?	- skills
C23	Overige factoren training resultaat	-

Mesoniveau

Aansturing (C31 - C39)

C31	Verantwoordelijke personen voor VM in organisatie?	- structure/staff
C32	Overige factoren resultaat aansturing	-

Strategie (C41 - C49)

C41	Hoe wordt VM naar buiten toe gepresenteerd?	-
C42	Hoe is VM opgenomen in beleid organisatie koepel?	- system/ structure
C43	Overige factoren strategie resultaat	-

Macroniveau (C51 - C59)

C51	Is VM opgenomen in budget?	- strategy
C52	Wet- en regelgeving	-
C53	Overige factoren macroniveau resultaat	-

Bijlage III: Randvoorwaarden voor de betrokken zorgkoepels ten behoeve van het Transitieproject “Verbeelding als werkmethode”, opgesteld door Stichting Theater Veder (geïmplementeerd in 2010).

1. Transitie

Het transitieproject “de Veder Methode” stelt zich ten doel een verandering tot stand te brengen in de communicatie met ouderen met geheugenproblemen waardoor hun gevoel van welbevinden toeneemt. Door overdracht van de methode aan de zorgomgeving wordt wederkerigheid in de communicatie bevorderd en daarmee het omgangspannen van de betrokken zorgverleners, mantelzorgers en familieleden. Hiermee beoogt het project een positieve bijdrage te leveren aan de arbeidssatisfactie van de medewerkers in de zorgsector en in bredere zin aan de (dreigende) tekorten aan personeel in de zorgsector. Het project is een experiment met het predicaat “lerend”; in de praktijk wordt geleerd, teruggekoppeld en bijgesteld. Een open houding van alle betrokkenen en de bereidheid tot het geven van feedback dragen bij aan het proces.

Bij de implementatie spelen de 4 K's als kernbegrippen een belangrijke rol: Kwetsbaarheid, Kracht en Kunde van ieder individu en de toepasbaarheid van Kunst in de communicatie. Synergie, wederkerigheid in de communicatie en het win-win principe worden zowel door het projectteam uitgedragen in de gemeenschappelijke organisatie van het project met de betrokken koepels als in de trainingen.

Bij de uitvoering van het project (kunnen) worden betrokken: de zorgmanagers, de EVV-ers (eerste verzorgenden in lijn), activiteitenbegeleiders, familie, mantelzorgers, de coördinator op het gebied van scholing/training, de vrijwilligerscoördinatoren en vrijwilligers.

De trainingen worden aangeboden i.s.m. het scholingscentrum/opleidingscentrum van de betrokken zorgkoepels. In het kader van het transitiekarakter worden de medewerkers in de gelegenheid gesteld om de training onder werktijd te volgen.

Het project wordt begeleid door een wetenschappelijk onderzoek om de effecten van het toepassen van de methode te meten zowel bij de bewoners als bij de zorgomgeving. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door het Alzheimer Centrum van de Vrije Universiteit i.s.m. Universiteit van Amsterdam, faculteit communicatiewetenschappen. Wij vragen de betrokken zorgkoepels om te participeren in dit onderzoek.

2. Stedelijk overleg

In een stedelijk overleg worden de drie betrokken koepels door minimaal twee coördinatoren gerepresenteerd (in onderstaande tekst “coördinator” genoemd). De coördinatoren zijn

verantwoordelijk voor de invulling, planning en verdere interne organisatie en uitvoering van het project binnen hun zorgkoepel. De bijeenkomsten staan onder voorzitterschap van Veder.

Drie maanden voor het project (indien mogelijk eerder) wordt door Veder een contourplanning overhandigd. Dit betreft een voorlopige indeling in periodes waarin per koepel de volgende activiteiten kunnen worden gepland: de informatiebijeenkomsten voor de managers van de betrokken zorglocaties, de huiskamervoorstellingen, de theatervoorstellingen en de trainingen. In onderling overleg tussen de drie koepels en Veder wordt een datum voor een mogelijke openingsactiviteit vastgesteld en een definitieve planning gemaakt van de activiteiten per koepel.

De coördinatoren zijn verantwoordelijk voor het uitwerken van deze planning in hun eigen organisatie. Zij leveren bij de productieleiding van Veder aan:

- Naam van medewerkers die binnen de organisatie contactpersoon zijn bij de organisatie van het project + hun verantwoordelijkheden in deze.
- Namen/adressen van de zorgmanagers van de locaties die bij het project betrokken zijn + datum waarop zij de informatiebijeenkomst bezoeken.
- Weekschema's van de huiskamervoorstellingen binnen de koepel: datum, naam en adres van de locatie + gegevens van contactpersonen (zie 3)
- Planning van de theatervoorstellingen (zie 4)
- Planning van de trainingdagen (zie 5)

3. Openingsactiviteit

Een eventuele openingsactiviteit wordt in overleg door de drie koepels en Veder vorm gegeven en georganiseerd. Inhoud en uitwerking hebben te maken met locale ideeën en belangstelling. Door de koepels wordt een passende locatie gezocht waar de openingsactiviteit kan plaatsvinden en gezorgd voor het versturen van uitnodigingen aan genodigden en eventuele publiciteit. In het tweede en derde jaar staan uitwisseling en overdracht tussen de koepels in de vorm van een symposium of congres centraal.

4. Huiskamervoorstellingen

- Per koepel worden 20 huiskamervoorstellingen aangeboden, per afdeling (10) vinden twee voorstellingen voor dezelfde groep plaats.
- Managers van de betrokken locaties wonen de gezamenlijke informatiebijeenkomsten bij en informeren en enthousiasmeren de medewerkers van de betrokken afdelingen.
- De contactpersonen/ betrokken medewerkers ontvangen een brochure met achtergrondinformatie over de huiskamervoorstelling en praktische aanwijzingen wat hiervoor nodig is.
- De coördinator organiseert in overleg met de contactpersonen van de locaties en de medewerkers van de afdelingen, geschikte groepen van maximaal 14 bewoners die de huiskamervoorstelling bijwonen.

- De productieleiding informeert tevoren bij de contactpersonen/begeleiding naar bijzonderheden van de groep of bewoners en checkt of de info ontvangen is.
- Bij voorkeur draagt de coördinator of afdeling zorg voor een aankondiging van de voorstelling zodat ook mantelzorgers en overig personeel geïnformeerd zijn.
- Per huiskamervoorstelling is (zijn) minimaal één (bij voorkeur twee) medewerker(s) aanwezig als begeleiding. Bij een groepsgrootte van meer dan 12 ouderen zijn minimaal twee begeleiders aanwezig. In overleg zijn mantelzorgers en vrijwilligers aanwezig.
- Voor de huiskamervoorstelling is een afgeschermd (liefst afsluitbare) ruimte nodig waar geen buitenstaanders door heen kunnen lopen.
- Koffie/thee/fris en versnapering tijdens pauze van de huiskamervoorstelling, liefst met een feestelijk tintje, verzorgd door de medewerkers van de locatie.
- Geschikte afsluitbare kleedruimte voor twee spelers.
- Na afloop van de huiskamervoorstelling moet tijd worden ingepland voor een korte evaluatie (mondeling of schriftelijk, ca. 10 minuten) van de spelers met de begeleiding.

5. Theatervoorstellingen tijdens festivalweek

Per koepel wordt een geschikte (theater)ruimte vrijgemaakt voor de presentatie van de 2 theatervoorstellingen (middag en avond):

- *met plaats voor ongeveer 60-70 personen (waaronder met rolstoel) voor de ouderen en hun begeleiding, mantelzorgers en vrijwilligers.*
- *geen/minimale sprake is van geluidsoverdracht van nevenruimtes.*
- *gelegenheid voor het productieteam van Veder om in deze theaterruimte in de ochtend voorafgaande aan de voorstellingen een decor op te bouwen.*
- *bij voorkeur gebruik van aanwezige technische faciliteiten (licht en geluid)*
- *voldoende (invalide) toiletten rond de theaterruimte.*
- *voldoende parkeermogelijkheden.*
- *goede in- en uitstapmogelijkheden, ook voor rolstoelgaanden*
- *de theaterlocatie is verantwoordelijk voor het regelen van hapjes en drankjes en bedienend personeel (eventueel vrijwilligers) voor tijdens de voorstelling.*
- *een medewerker van de theaterlocatie die tijdens de voorstellingsdag contactpersoon is en de interne logistiek coördineert.*
- *afsluitbare kleedruimte voor drie spelers en drie muzikanten.*
- *de theaterlocatie zorgt voor een lunch en warme maaltijd voor de spelers/muzikanten/ technici.*

De koepels dragen t.b.v. de theatervoorstellingen individueel zorg voor:

- uitnodigen van de bewoners en verzorgenden/mantelzorgers/vrijwilligers die aanwezig waren bij de huiskamervoorstellingen (dit t.b.v. de overdracht van de Veder Methode)

- planning (welke locatie op welke datum gaat)
- tijdige communicatie met de contactpersonen van de betrokken locaties over de theatervoorstellingen, vervoer en logistieke consequenties.
- tijdig schriftelijk uitnodigen van mantelzorgers, familie en overige bezoekers zodat de zaal goed gevuld is (60 tot 70 personen).
- het vervoer van de ouderen (per auto of bus) naar het theater waarbij de ouderen op tijd aanwezig zijn voor de voorstelling en ook weer op tijd worden opgehaald.
- inroosteren van medewerkers, familieleden en vrijwilligers om de bewoners te begeleiden naar en tijdens de voorstelling.

6. Training methodiek huiskamervoorstellingen

De deelnemende zorginstelling zorgt bijtijds voor:

- Het aanmelden van 50 tot 60 medewerkers, mantelzorgers en vrijwilligers per koepel voor de 5 trainingdagen (per dag maximaal 12 deelnemers). Hierbij hebben voorrang de verzorgenden, vrijwilligers e.a. begeleiding die aanwezig waren bij de huiskamer- en/of de theatervoorstelling (dit t.b.v. de overdracht van de Veder Methode).
- Mogelijkheid voor deze medewerkers om gedurende werkdagen vrij geroosterd te worden zodat zij deel kunnen nemen aan de training onder werktijd.
- Ter beschikking stellen van één vaste trainingsruimte per koepel waar geen buitenstaanders door heen kunnen lopen. Gezien de praktische oefeningen die de medewerkers moeten uitvoeren heeft een ruimte van minimaal 10 x 20 de voorkeur.
- Bij voorkeur: aanwezigheid van beamer, laptop en boxen.
- Het organiseren van koffie/thee tijdens ochtend en de middagpauze van de training.
- Bij voorkeur kantine faciliteit in de (directe) omgeving van de trainingsruimte.

7. Vrijwilligers

Doel van het transitieproject is om in de loop van de drie jaar durende implementatie ook andere betrokkenen in de zorgketen rond de bewoner bij het project te betrekken. Per locatie denken we aan 2 tot 3 vrijwilligers.

- De vrijwilligers zijn aanwezig bij de twee huiskamervoorstellingen en vervullen daarbij mogelijk ondersteunende taken zoals het begeleiden van de bewoners, koffie en thee schenken e.d. waarbij zij de zorgmedewerkers ontlasten en tegelijk kennis kunnen nemen van de methodiek.
- De vrijwilligers worden betrokken bij het begeleiden van het bezoek aan de theatervoorstelling.
- De vrijwilligers wordt de mogelijkheid geboden om een training te volgen waarin naast kennismaking met de methode en het één op één contact kunnen maken, ook termen als reminiscentie en belevingsgerichte zorg worden uitgelegd.



**Effecten van de Veder Methode
op gedrag, stemming en de
kwaliteit van leven van mensen
in de psychogeriatrische zorg**

*Een onderzoek naar de effecten van
huiskamervoorstellingen volgens
de Veder Methode*

Inhoudsopgave Deel 3a

Samenvatting	144
1. Inleiding	146
2. Methode	148
2.1 Design.....	148
2.2 Deelnemers.....	149
2.3 Interventie	150
2.4 Procedure.....	151
2.5 Uitkomstmaten	152
2.6 Uitvoering van de interventie	154
2.7 Data analyse	154
3. Resultaten	156
3.1 Respons.....	156
3.2 Achtergrondkenmerken	156
3.3 Kenmerken en uitvoering van de interventie.....	159
3.4 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB).....	159
3.5 Uitkomsten	163
4. Discussie	165
Literatuur	169

Samenvatting

Achtergrond In de afgelopen twee decennia zijn er verscheidene psychosociale zorg- en begeleidingsmethoden ontwikkeld om de communicatie en het contact met mensen met dementie in verpleeghuizen te stimuleren en zo hun kwaliteit van leven te verbeteren. In Nederland is onlangs een nieuwe methode ontwikkeld om het contact met mensen met dementie te verbeteren; de zogenaamde *Veder Methode*. Zorgverleners worden getraind om deze methode toe te passen in een groepsactiviteit ('huiskamervoorstelling') waarin theatrale prikkels, zoals zang en poëzie, gebruikt worden in combinatie met eerder bewezen psychosociale zorg- en begeleidingsmethoden zoals reminiscentie en Validation therapie.

Het primaire doel van dit onderzoek was de meerwaarde van de groepsactiviteit volgens de *Veder Methode* te bepalen ten opzichte van een gebruikelijke reminiscentie groepsactiviteit. Een tweede doel was te onderzoeken of professionele zorgverleners dezelfde effecten kunnen bereiken met de *Veder Methode* als professionele acteurs.

Methode Het onderzoek vond plaats op 22 psychogeriatrische afdelingen in dertien Nederlandse verpleeghuizen. Er is gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksontwerp met drie groepen van bewoners met dementie. Experimentele groep 1 (E1; n=65) nam deel aan een 'huiskamervoorstelling' aangeboden door hiervoor getrainde professionele zorgverleners. Experimentele groep 2 (E2; n=31) nam deel aan een 'huiskamervoorstelling' verzorgd door professionele acteurs. De controlegroep (n=55) ontving een gebruikelijke reminiscentie groepsactiviteit. Verschillende aspecten van gedrag, stemming en kwaliteit van leven werden gemeten met behulp van gestandaardiseerde observatielijsten op drie momenten: (T1) voormeting; (T2) tijdens de interventie, en (T3) nameting, twee uur na de interventie.

Resultaten Tijdens de interventie werden significante, positieve effecten gevonden ten gunste van de experimentele groep die een 'huiskamervoorstelling' door professionele acteurs aangeboden kreeg (E2). Mensen in E2 lachten meer en waren minder verward in vergelijking met de controlegroep. Ze voelden zich ook meer thuis en hadden een betere (zorg)relatie dan mensen in E1. Daarnaast bleken mensen in E1 hoger te scoren op 'affectieve aanraking' dan de controlegroep. In de controlegroep waren scores op 'spraak' (spontaan spreken en herinneringen ophalen) tijdens de interventie hoger dan in de experimentele groepen. Bij de nameting lieten personen in E2 meer positief affect zien, zij voelden zich meer thuis en hadden een betere (zorg)relatie dan personen in E1. Ze waren ook vrolijker, genoten meer en werkten beter samen dan deelnemers in E1. Daarnaast reageerden zij alerter op activiteiten in hun omgeving en luisterden beter naar stem/geluid in vergelijking met zowel E1 als de controlegroep. Bovendien haalden mensen in E2 bij de nameting meer herinneringen op en vertoonden minder sociaal geïsoleerd gedrag dan deelnemers in de controlegroep.

Conclusie Een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode heeft positieve effecten op gedrag en stemming van mensen met dementie wanneer deze aangeboden wordt door professionele acteurs. Deze resultaten laten een meerwaarde van de Veder Methode zien. Nader onderzoek is nodig naar acteurs die de Veder Methode gebruiken in het contact met mensen met dementie. Zorgverleners waren nog maar beperkt getraind en gecoacht in de toepassing van de Veder Methode en de huiskamervoorstellingen waren meestal nog niet geïmplementeerd in de gebruikelijke zorg. Meer onderzoek is nodig naar de huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode wanneer deze wordt aangeboden door meer ervaren en getrainde zorgverleners. Tot slot is er onderzoek nodig naar hoe (elementen van) deze methode geïntegreerd kunnen worden in de 24-uurs dementiezorg.

1. Inleiding

Het aantal mensen met dementie neemt snel toe. Wereldwijd wordt het aantal geschat op 35,6 miljoen personen en dit aantal zal elke twintig jaar verdubbelen tot 115,4 miljoen in 2050 (Alzheimer Disease International, 2009). In Nederland lijden 230.000 mensen aan dementie. Hiervan ontvangt 35% professionele 24-uurszorg in verpleeghuizen (Alzheimer Nederland, 2010). Het ziekteverloop gaat vaak gepaard met het optreden van psychiatrische symptomen zoals depressie, angst, onrust en psychotische symptomen, met prevalentiecijfers variërend van 1 tot 84% (Bakker et al., 2010). Een onderzoek in Nederland wees uit dat 30 tot 35% van de mensen met dementie in verpleeghuizen apathisch, onrustig en agressief gedrag vertoont (Zuidema, Koopmans, & Verhey, 2007). In combinatie met de aanwezigheid van cognitieve en zintuiglijke beperkingen die resulteren in een verminderd communicatievermogen, kan dit voor zorgverleners de communicatie met de mensen met dementie voor wie zij zorgen, ernstig bemoeilijken. Methoden die zorgverleners helpen communiceren met mensen met dementie kunnen de zorgrelatie en daarmee uiteindelijk het welzijn van de persoon met dementie verbeteren (Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert, & Koopmans, 2010).

Om de communicatie met mensen met dementie in verpleeghuizen en hun kwaliteit van leven te verbeteren, zijn in de afgelopen decennia vele psychosociale interventies en belevingsgerichte zorgbenaderingen ontwikkeld en geïmplementeerd (bijv. Bourgeois, Burgio, Schulz, Beach, & Palmer, 1997; Finnema et al., 2005; Gibson, 1994; Hopman-Rock, Staats, Tak, & Droes, 1999; Sloane et al., 2004; van Weert, van Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe, & Bensing, 2005b). Psychosociale methoden en belevingsgerichte zorgbenaderingen worden gekenmerkt door aandacht voor de subjectieve ervaringen van mensen met dementie en hun individuele manier van omgaan met hun ziekte (Finnema, Droes, Ribbe, & van Tilburg, 2000; van Mierlo, van der Roest, Meiland, & Droes, 2010). Een voorbeeld van een psychosociale interventie is reminiscentie (Woods, Spector, Jones, Orrell, & Davies, 2005) en een voorbeeld van een belevingsgerichte zorgbenadering in de psychogeriatric is Validation (Feil, 1992). Beide benaderingen hebben een sterke focus op empathische communicatie tussen zorgverlener en mensen met dementie. Daarnaast is er onderzoek gedaan naar het gebruik van muziek en theater om de communicatie met mensen met dementie te verbeteren en hun kwaliteit van leven te optimaliseren (Vink, Birks, Bruinsma, & Scholten, 2004). Ontvankelijkheid voor muziek blijft behouden tot in de late stadia van dementie (Aldridge, 1996) en communicatie via toneelspel kan het voor mensen met dementie gemakkelijker maken herinneringen op te halen en hun gevoelens te uiten (Sandel & Johnson, 1987).

In Nederland wordt momenteel een recent ontwikkelde methode toegepast om het contact met mensen met dementie te verbeteren, de zogenaamde Veder Methode. Deze door een theatergroep (Stichting Theater Veder) ontwikkelde methode, is in de afgelopen vier jaar op grote schaal als groepsactiviteit geïmplementeerd in Nederlandse verzorgings- en

verpleeghuizen met psychogeriatrische afdelingen. In totaal zijn ongeveer 880 zorgverleners op 149 afdelingen getraind in het aanbieden van de groepsactiviteit waarin theatrale prikkels, zoals zang en poëzie, gebruikt worden in combinatie met elementen uit psychosociale zorg- en begeleidingsmethoden, zoals reminiscentie (Woods et al., 2005), Validation (Feil, 1992) en Neuro Linguistisch Programmeren (NLP) (Bandler & Grinder, 1975). Kostuums, rekwisieten en herkenbare karakters worden gebruikt om een toneelsetting te creëren. Een groepsactiviteit die op psychogeriatrische afdelingen volgens de Veder Methode wordt uitgevoerd, wordt ook wel een 'huiskamervoorstelling' genoemd.

Het doel van de Veder Methode is om de wederkerigheid in de communicatie tussen mensen met dementie en hun zorgverleners te stimuleren en het gevoel van persoonlijke identiteit en eigenwaarde van mensen met dementie te versterken door hun lange termijn geheugen te activeren.

Het innovatieve aspect van de Veder Methode is dat verschillende theatertechnieken worden gecombineerd met elementen uit andere, in de dementiezorg gebruikte, psychosociale zorgmethoden zoals reminiscentie, Validation en de daaruit voortgevloeide geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Ondanks het feit dat dit bekende en veelgebruikte zorgmethoden in de dementiezorg zijn, is er vooralsnog weinig wetenschappelijk bewijs met betrekking tot de effectiviteit van deze methoden (Dröes, van Mierlo, van der Roest, & Meiland, 2010; Finnema et al., 2000; van Mierlo et al., 2010; Woods et al., 2005). De integratie van verschillende methoden zou de effectiviteit kunnen vergroten vergeleken met het gebruik van ieder van deze methoden op zichzelf. Bovendien maakt het gebruik van toneelspel de communicatie explicieter dan alleen verbale communicatie, waardoor een grotere wederkerigheid tussen zorgverlener en de persoon met dementie mogelijk wordt. Daarnaast kunnen de theatrale elementen de fantasie van mensen met dementie stimuleren en/of associaties oproepen, reminiscentie verbeteren, en zelfexpressie stimuleren (Lepp, Ringsberg, Holm, & Sellersjo, 2003; Sandel et al., 1987). Waar woorden soms ontbreken vanwege verminderd taalvermogen, kunnen gedichten en muziek de fantasie van mensen met dementie stimuleren en hen helpen herinneringen op te halen en op een andere manier met elkaar om te gaan, bij voorbeeld via non-verbale communicatie, zoals zingen en lachen, en non-verbale uiting van emoties (Wilkinson, Srikumar, Shaw, & Orrel, 1998).

Het belangrijkste doel van deze studie was de meerwaarde van de huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode (hierna: 'huiskamervoorstelling') in vergelijking met een gebruikelijke reminiscentie groepsactiviteit te onderzoeken voor het gedrag, de stemming en de kwaliteit van leven van mensen met dementie in de psychogeriatrische zorg. Een tweede doel was om na te gaan of professionele zorgverleners dezelfde effecten kunnen bereiken met de Veder Methode als de professionele acteurs van Stichting Theater Veder.

2. Methoden

2.1 Design

Er werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel non-equivalent onderzoeksdesign met drie groepen. Het onderzoek vond plaats op psychogeriatrische afdelingen van verpleeghuizen. Daarbij werden drie groepen van mensen met dementie vergeleken: de eerste twee groepen (experimentele groepen) namen deel aan een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode en de derde groep (controlegroep) aan een doorsnee reminiscentie activiteit. Experimentele groep 1 (E1) nam deel aan een huiskamervoorstelling verzorgd door professionele zorgverleners. Experimentele groep 2 (E2) kreeg een huiskamervoorstelling aangeboden door professionele acteurs van Stichting Theater Veder. Er werd gekozen voor het onderscheiden van deze twee experimentele groepen om de mogelijke verschillen in effect te kunnen vaststellen tussen de toepassing van de Veder Methode door professionele zorgverleners en door echte acteurs van Stichting Theater Veder. De derde groep mensen met dementie nam deel aan een reminiscentie groepsactiviteit (controlegroep). De geselecteerde afdelingen voor de eerste experimentele groep (E1) werden gematched met vergelijkbare afdelingen voor experimentele groep 2 (E2) en de controlegroep (C). Matching vond plaats op ernst van de dementie van bewoners, samenstelling van verzorgend personeel en het gebruikte zorgmodel. De systematische metingen van gedrag, stemming en kwaliteit van leven van de deelnemende bewoners werden uitgevoerd op drie meetmomenten:

(T1) tijdens de voormeting, op een dag zonder huiskamervoorstelling of reminiscentie groepsactiviteit, 1-7 dagen voorafgaand aan T2;

(T2) tijdens een huiskamervoorstelling of reminiscentiegroep en;

(T3) tijdens de nameting, anderhalf tot twee uur na de groepsactiviteit.

De metingen werden uitgevoerd tussen februari en november 2010. Het onderzoek werd goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het VU medisch centrum in Amsterdam, aangevuld met lokale haalbaarheidsverklaringen van de directies van de deelnemende verpleeghuizen.

2.2 Deelnemers

Verpleeghuizen

Het onderzoek vond plaats op 22 afdelingen in dertien Nederlandse verpleeghuizen. Het onderzoek werd uitgevoerd in verpleeghuizen die voldeden aan de selectiecriteria. Voor E1 waren deze selectiecriteria 1) aanwezigheid van een psychogeriatrische afdeling; 2) aanwezigheid van personeel dat training en coaching had ontvangen van Stichting Theater Veder en; 3) bereidheid van het personeel om een huiskamervoorstelling te organiseren. Selectiecriteria voor E2 waren 1) aanwezigheid van een psychogeriatrische afdeling en; 2) bereidheid van personeel om een huiskamervoorstelling te organiseren samen met Stichting Theater Veder. De selectiecriteria voor de controlegroep (C) waren 1) aanwezigheid van een psychogeriatrische afdeling; 2) aanwezigheid van personeel dat geen training en coaching had ontvangen van Stichting Theater Veder en; 3) bereidheid van het personeel om een reminiscentie groepsactiviteit te organiseren.

Om de steekproefgrootte te berekenen werd een power analyse uitgevoerd. Om gematigde effecten te vinden met een significantieniveau van $p=0.05$ en een power van 0.8 waren 64 personen per groep nodig (Cohen J., 1988). Op basis van de verwachting dat per afdeling ongeveer 10 tot 14 personen zouden deelnemen aan de huiskamervoorstellingen (Tol, van Weert, Hermanns, & Dröes, 2011, pp. 31), waren dus per groep (E1, E2 en C) ongeveer zes afdelingen nodig.

In vier verpleeghuizen konden de deelnemers voor de groepen E1 ($n=5$) en C ($n=4$) geworven worden uit verschillende afdelingen, aangezien er twee of drie vergelijkbare afdelingen waren. In twee verpleeghuizen werden alleen E1 groepen geworven ($n=3$), omdat de volledige staf getraind was door Stichting Theater Veder. De controlegroepen ($n=3$) werden dus geworven in twee andere, vergelijkbare verpleeghuizen met vergelijkbare psychogeriatrische afdelingen. In twee verpleeghuizen werden de E1 groep ($n=2$) en de C groep ($n=2$) geworven uit dezelfde psychogeriatrische afdeling, omdat deze verpleeghuizen slechts een grote psychogeriatrische afdeling hadden. In deze gevallen werden de interventieactiviteiten (T2) georganiseerd in een afgesloten ruimte, gescheiden van de woonkamer en ook op verschillende dagen om contaminatie van effecten te voorkomen. In totaal werden tien experimentele E1 en negen C groepen geselecteerd in tien verschillende verpleeghuizen. E2 groepen ($n=5$) werden geworven op vijf afdelingen in drie andere verpleeghuizen.

Bewoners

Inclusie criterium voor personen met dementie (hierna: bewoners) was een medische diagnose van dementie. Exclusiecriteria waren 1) zeer ernstige gehoorbeperking/doofheid en/of 2) gezichtsbeperking/blindheid; 3) diagnose Korsakov syndroom; en 4) bedlegerigheid.

Personen die de interventie leidden

In experimentele groep E1 werd de huiskamervoorstelling geleid door speciaal door Stichting Theater Veder getrainde professionele zorgverleners (n=20). Professionele acteurs van Stichting Theater Veder (n=10) leidden de huiskamervoorstellingen in de experimentele groep E2. Activiteitenbegeleiders en verzorgend personeel (n=11) die gewend waren een reminiscentie groepsactiviteit te leiden, boden deze aan in de controlegroep (C). Een belangrijk inclusiecriteria voor zorgverleners die de huiskamervoorstelling in experimentele groep E1 leidden was dat zij training en coaching ontvangen hadden van Stichting Theater Veder. Een vergelijkbaar inclusiecriteria voor degenen die de reminiscentie activiteit in de C groep leidden was ervaring met het leiden van reminiscentie groepsactiviteiten. Exclusiecriteria was ontvangen training en coaching door Stichting Theater Veder.

2.3 Interventie

In dit onderzoek namen mensen met dementie deel aan een huiskamervoorstelling (groep E1 en E2) of een reminiscentie activiteit (groep C).

Een deel van de *huiskamervoorstellingen* volgens de Veder Methode werd georganiseerd door twee zorgverleners die ten minste een trainingssessie en twee

'coaching on-the-job' sessies hadden ontvangen van Stichting Theater Veder (E1). Een ander deel van de huiskamervoorstellingen werd geleid door twee acteurs van Stichting Theater Veder (E2). De training voor professionele zorgverleners bestond uit het aanleren van de basisprincipes van de Veder Methode: een Veder groepsactiviteit is opgebouwd volgens een vaste volgorde, beginnend met persoonlijk één op één contact om de mensen te verwelkomen, activeren van het lange termijn geheugen, pauze, activeren van het korte termijn geheugen en afsluiting met persoonlijk één op één contact. Verder wordt tijdens de training speciale aandacht besteed aan het gebruik van Validation, reminiscentie en theatrale prikkels. Tijdens de 'coaching on-the-job' sessies moesten de zorgverleners de Veder Methode toepassen in een huiskamervoorstelling. Daarna kregen zij feedback van een coach van Stichting Theater Veder. Een huiskamervoorstelling heeft een centraal thema en dit thema wordt door de acteurs/ zorgverleners zelf ingevuld. Iedere acteur/zorgverlener speelt een rol die betrekking heeft op dat thema. Er worden kostuums, rekwisieten en herkenbare personages gebruikt om een toneelsetting te creëren. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van zowel liedjes en gedichten, als voorwerpen, geuren en smaken die te maken hebben met het centrale thema. Theatrale prikkels zoals zang en poëzie worden gebruikt in combinatie met elementen uit bestaande zorgmethoden zoals reminiscentie (Woods et al., 2005), Validation (Feil, 1992) en Neuro Linguïstisch Programmeren (Bandler et al., 1975). Een belangrijk doel is om de fantasie en het lange termijn geheugen van mensen met dementie te stimuleren en om de wederkerigheid in de zorgrelatie te verbeteren. In E2 werd de huiskamervoorstelling gegeven door professionele acteurs van Stichting Theater Veder.

De *reminiscentie groepsactiviteit* werd geleid door een of twee zorgverleners die niet getraind waren door Stichting Theater Veder, maar wel ervaring hadden met het leiden van *reminiscentie groepsactiviteiten*. Een *reminiscentie groepsactiviteit* wordt geleid door een of twee zorgverleners en gaat over een thema dat gerelateerd is aan het verleden. Het gesprek wordt gestimuleerd door informatie aan te reiken over het betreffende thema met behulp van foto's en andere voorwerpen en door vragen te stellen over de ervaringen van de mensen met betrekking tot het thema. Alle zorgverleners kregen dezelfde mondelinge en schriftelijke instructies. De onderzoeker (AMvD) besprak de basisprincipes van *reminiscentie* (Barendsen & Boonstra, 2008) met de zorgverleners, zoals het kiezen van een centraal thema en het gebruik van voorwerpen en foto's die samenhangen met het gekozen thema. Verder waren de zorgverleners vrij om te beslissen over de inhoud van de *reminiscentie activiteit*.

2.4 Procedure

De geselecteerde verpleeghuizen stuurden per post een informatiebrief over het onderzoek naar de wettelijke vertegenwoordigers van alle bewoners die voldeden aan de inclusiecriteria. De wettelijke vertegenwoordigers werden verzocht een toestemmingsverklaring (informed consent) te ondertekenen om toestemming te geven voor de deelname van de persoon met dementie aan het onderzoek, en specifiek voor (video) observatie en het verzamelen van (medische) achtergrondinformatie over de persoon met dementie. Zij ontvingen een gefrankeerde antwoordenvolp om het gemakkelijk te maken om de toestemmingsverklaring terug te sturen. Indien de toestemmingsverklaring niet binnen drie weken geretourneerd was, dan werden de wettelijk vertegenwoordigers telefonisch benaderd. De wettelijke vertegenwoordigers werden geïnformeerd over hun recht om de persoon met dementie op elk gewenst moment terug te trekken uit het onderzoek. Aan de personen met dementie die in staat waren verbaal te communiceren werd ook (mondeling) toestemming gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek en om geobserveerd te worden.

De deelnemende professionele zorgverleners werden over het onderzoek geïnformeerd door de hoofdonderzoeker (AMvD) en de contactpersoon in het verpleeghuis. Voorafgaand aan de observaties werd hun (mondelinge) toestemming gevraagd voor de (video) observatie. Direct na de metingen hadden de zorgverleners de mogelijkheid om hun ervaringen met betrekking tot de uitvoering van de interventie en het geobserveerd worden te bespreken met de hoofdonderzoeker (AMvD).

De effectiviteit van de interventie werd onderzocht door de deelnemers te observeren op T1, T2 en T3. Een observator observeerde maximaal vier deelnemers en er waren maximaal twee observatoren (dus maximaal acht geobserveerde deelnemers) per meting aanwezig. De observatoren waren niet op de hoogte van het doel van het onderzoek en hadden vooraf geen informatie over welke groep (experimentele of controle groep) zij observeerden.

De training van de observatoren bestond uit het geven van achtergrondinformatie over dementie, uitleg over het gebruik van de observatieschalen, oefenen van het toepassen van de observatieschalen, het scoren van dezelfde patiënten aan de hand van een video opname, en het achteraf bespreken van verschillen in scores.

De observaties van de voor- en nameting (T1 en T3) werden uitgevoerd in de huiskamer van de verpleeghuisafdeling. Metingen tijdens de interventie (T2) vonden plaats in dezelfde huiskamer of in een speciale activiteitenruimte. De observatoren zaten in een hoek, van waaruit zij de bewoners konden zien. De interventie werd ook opgenomen op video om achteraf aanvullende observaties te kunnen doen (onder andere voor het beoordelen in hoeverre de interventie volgens de Veder Methode werd uitgevoerd en voor het uitvoeren van observaties ten behoeve van het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid).

2.5 Uitkomstmaten

Achtergrondkenmerken

Socio-demografische en medische achtergrondkenmerken van bewoners zoals gegevens over de (duur van de) ziekte, het gebruik van psychofarmaca en recente gebeurtenissen werden verzameld via de afdeling van de deelnemende bewoner. De mate van cognitieve beperking werd gemeten met de Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). De MMSE werd afgenomen door de onderzoeker (AMvD) of een onderzoeksassistent (PvdG of CM) op een andere dag dan de observatiedagen. Voor de mensen waarbij geen MMSE kon worden afgenomen, is de Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) ingevuld door een zorgverlener van de afdeling. Tot slot werden de scores van de MMSE of BCRS op basis van de classificatie van (Reisberg et al., 2003) ingedeeld in de Global Deterioration Scale (GDS).

Gedrag van bewoners

Kwaliteit van leven werd gemeten met de *Qualidem* (Ettema, Dröes, de Lange, Mellenbergh, & Ribbe, 2007b; Ettema, Dröes, de Lange, Mellenbergh, & Ribbe, 2007a), een gestructureerde observatielijst voor gebruik in intramurale zorgsettings. De *Qualidem* bestaat uit 37 items die observeerbaar gedrag beschrijven, verdeeld over 9 subschalen. De subschalen zijn: zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gespannen gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen en iets om handen hebben. De mate waarin het gedrag voor kwam werd beoordeeld op een vierpuntsschaal met als antwoordmogelijkheden: nooit, zelden, soms en vaak. In het algemeen wordt bij het gebruik van de *Qualidem* oordeel gegeven over het gedrag van de persoon met dementie in de afgelopen twee weken. In dit onderzoek was sprake van een beperkte tijdspanne aangezien de observaties slechts 30 – 90 minuten duurden.

Vier items werden verwijderd omdat ze in de beperkte tijd of in de context van de groepsactiviteit niet goed te observeren waren: 'wijst hulp van verzorgenden af', 'stelt hulp op prijs die hij of zij krijgt', 'accepteert hulp' (items uit subschaal 'zorgrelatie') en 'zoekt zelf dingen te doen zonder hulp van anderen' (item uit subschaal 'iets te doen hebben'). In eerder onderzoek werd de Qualidem valide en betrouwbaar bevonden. Ettema et al. (2007a, 2007b) vonden voldoende interne consistentie (Cronbach's alpha = 0,59-0,89) en voldoende betrouwbaarheid binnen de subschalen ($\rho = 0,60-0,90$). De test-hertest betrouwbaarheid varieerde van 0,74 tot 0,88.

Om het gedrag van bewoners te beoordelen werd de uitgebreide versie van het meetinstrument *INTERACT* gebruikt (van Weert, van Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe, & Bensing, 2005a). De uitgebreide versie van *INTERACT* bestaat uit 30 items verdeeld over de subcategorieën stemming, spraak, relatie tot persoon, relatie tot omgeving, behoefte aan aanmoediging en stimuleringsniveau. In dit onderzoek waren 24 van de 30 items van toepassing. Daarnaast werd het oorspronkelijke *INTERACT* item 'aandacht voor/reageert op/gericht op activiteit/voorwerpen' verdeeld in twee items, te weten 'aandacht voor/gericht op activiteit/voorwerpen' en 'reageert op activiteit/voorwerpen'. Bovendien werden specifiek voor dit onderzoek twee items toegevoegd aan de subcategorie stemming, namelijk 'lachen' en 'enthousiasme'. De 28 items werden gescoord op een 5-punts Likertschaal, met een range van (0) 'helemaal niet' tot (4) 'bijna de hele tijd'. De *INTERACT* is oorspronkelijk ontwikkeld voor de evaluatie van snoezelsessies (Baker & Dowling, 1995; van Weert et al., 2005a) en is derhalve ook geschikt om de effecten van de groepsactiviteiten in onze studie te evalueren. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (gemiddelde Pearson r) van de *INTERACT* items was 0.83 (range 0,68-0,99) in eerder onderzoek (van Weert et al., 2005a).

De algemene stemming van de bewoners werd gemeten aan de hand van een 3-puntsschaal door een keuze te maken uit drie gezichtsuitdrukkingen (FACE) (Volicer et al., 1999; van Weert et al., 2005a):

- ☹ bij hoofdzakelijk sombere uitdrukking
- ☺ bij neutrale gezichtsuitdrukking
- ☺ bij hoofdzakelijk glimlachen

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van FACE was 0,84 (gemiddelde Pearson r) in het onderzoek van van Weert et al. 2005.

Daarnaast werd de *betrokkenheid* van de bewoners gemeten op een 4-punts Likertschaal: (0) teruggetrokken en geen contact, (1) alert op de omgeving, korte of onderbroken betrokkenheid, (2) geconcentreerd maar af te leiden, en (3) zeer betrokken. Deze schaal is afgeleid van de Nederlandse Dementia Care Mapping scorelijst (Beavis, Simpson, & Graham, 2002).

Voor alle genoemde uitkomstmaten werd data verzameld op de drie meettijdstippen (T1, T2 en T3).

Ten slotte werd een enkele vraag, afgeleid van de RAND-36, mondeling beantwoord door de deelnemers ten tijde van de voor- en nameting (T1 en T3) om de ervaren kwaliteit van leven te meten. Antwoordmogelijkheden varieerden van (10) uitstekend tot (1) slecht (van der Zee & Sanderma, 1993).

2.6 Uitvoering van de interventie

Om de correcte toepassing van de Veder Methode (uitvoering) te meten, is in een eerder onderzoek (Tol et al., 2011) een instrument ontwikkeld om de kwaliteit van de uitvoering van de huiskamervoorstelling (T2) te meten (uitvoering Veder Methode, interbeoordelaar-betrouwbaarheid = 71,9%). De lijst bestaat uit 20 items, gemeten op een 4-punts Likertschaal (range 1-4). Voorbeelden van vragen in dit instrument zijn 'Wordt de communicatie (qua lichaamshouding, spreektoon, spreektempo en ademhalingsritme expressief stemgebruik) aangepast aan de persoon?' 'Wordt er geïmproviseerd?' 'Wordt de waardigheid van de bewoners gewaarborgd?' 'Was er variatie in de aangeboden prikkels?'

Daarnaast werd het aantal aangeboden theatrale prikkels geteld en werd per prikkel een oordeel gegeven over de kwaliteit van de uitvoering (oogcontact, houding/lichaamstaal, volume, articulatie, expressief stemgebruik) op een 4-puntsschaal. Ook werden de duur van de interventie en het aantal mensen met dementie dat deelnam aan de interventie genoteerd. Voor het invullen van deze lijst werden de video-opnamen gebruikt.

Tevens werd voor dit onderzoek een lijst met 14 items ontwikkeld om de uitvoering van de reminiscentie groepsactiviteit te beoordelen. Deze lijst was gebaseerd op de uitgangspunten en randvoorwaarden van reminiscentie (Barendsen et al., 2008). Voorbeelden van vragen van deze lijst zijn 'wordt er een goede balans gevonden tussen informatie vragen en informatie geven?', 'krijgen de bewoners voldoende ruimte om zelf dingen te zeggen?', 'wordt er samengevat wat de bewoners vertelt?' en 'is er een duidelijk thema?'

2.7 Data analyse

Voor de data-analyse is het programma SPSS-Windows 15.0 gebruikt. Van alle groepen, inclusief non-responders en uitvallers, werden socio-demografische en medische achtergrondgegevens verzameld. Om te achterhalen of de experimentele groepen en de controlegroep vergelijkbaar waren op beschrijvende variabelen, werd gebruik gemaakt van een chi-kwadraat toets op nominale variabelen. De Kruskal-Wallis toets en Mann-Whitney U-toets werden uitgevoerd om verschillen tussen groepen op ordinale en intervalvariabelen te

onderzoeken. Dezelfde statistische toetsen werden gebruikt om een non-respons analyse uit te voeren om zo de verschillen te analyseren tussen de deelnemers aan het onderzoek en de groep mensen met dementie waarvan de wettelijke vertegenwoordigers geen toestemming gaven, of in het geheel niet reageerden. De non-respons analyse werd gedaan op de belangrijkste achtergrondgegevens (te weten leeftijd, geslacht, type dementie, belangrijkste kenmerken van de ziekte en duur van de ziekte). De groep die uitviel tijdens het onderzoek werd ook vergeleken met de overblijvende steekproef, om na te gaan of de uitvallers vergelijkbaar waren met de overgebleven deelnemers.

Om te bepalen welke variabelen als confounders in de effectanalyses meegenomen moesten worden, werden Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënten, Mann-Whitney U-toetsen en chi-kwadraat toetsen uitgevoerd tussen de uitkomstmaten en de ordinale en nominale variabele(n) die significant verschilden tussen de experimentele en controlegroepen ($p < 0,100$), Mann-Whitney U-toetsen werden ook uitgevoerd om groepen te vergelijken op de mate waarin de interventie correct werd uitgevoerd.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB) met betrekking tot bewonersgedrag werd gemeten door een deel van de systematische gedragsobservaties te herhalen aan de hand van de video-opnames. In totaal werd tien procent van het totale aantal observaties van elke observator nogmaals beoordeeld door een tweede, onafhankelijke observator. Op deze manier zijn 109 IBB observaties uitgevoerd. Vervolgens werd de Cohen's kappa berekend tussen de oorspronkelijke score en de tweede score op de Qualidem, INTERACT en betrokkenheid. Aangezien op veel items geen kappa kon worden berekend vanwege lege cellen (dat wil zeggen onvoldoende variatie in scores), werden de scores gedichotomiseerd. Waarden tussen 0,21 en 0,40 worden beschouwd als matig, tussen 0,41 en 0,60 redelijk, en waarden $> 0,61$ als goed (Altman, 1991). Voor FACE, een 3-puntsschaal, werd een Pearson's correlatiecoëfficiënt berekend. De IBB werd niet gemeten voor het gedrag dat bij minder dan 2% van de deelnemers geobserveerd werd (Ford et al., 1996).

Voor de effectanalyses werden univariate covariantieanalyses (ANCOVA's) uitgevoerd, waarbij de uitkomstmaten op T2 (tijdens de interventie) in de drie groepen vergeleken werden, terwijl de baseline data (T1) en confounders als covariaten werden meegenomen in de analyse. Hetzelfde werd gedaan met de scores op de uitkomstmaten ten tijde van T3 (posttest). Deze strategie wordt aanbevolen voor kleine steekproeven (Cohen J., 1988). Vanwege de verwachte meerwaarde van de Veder Methode is er gebruik gemaakt van eenzijdige toetsen met een significantieniveau van 5%. Om de effectgroottes van de uitkomstvariabelen te berekenen werd gebruik gemaakt van de gemiddelde scores van T2 (tijdens de interventie) en T3 (posttest), aangepast voor baseline scores, en standaardafwijkingen van de aangepaste scores van de experimentele groepen en de controlegroep. De effectgrootte werd beoordeeld als klein ($f^2 = 0,2$), middelgroot ($f^2 = 0,5$) of groot ($f^2 \geq 0,8$) volgens de richtlijn van (Cohen J., 1988).

3. Resultaten

3.1 Respons

In totaal kwamen 220 mensen met dementie in aanmerking voor deelname. Hun wettelijke vertegenwoordigers werd gevraagd om schriftelijke toestemming (informed consent) te geven. Van deze wettelijke vertegenwoordigers reageerden 168 personen (76,8%) positief, 33 (15,0%) weigerden deelname en 15 (6,8%) reageerden niet. In het stroomdiagram (Figuur 1) worden de redenen voor weigering weergegeven. Nadat de toestemming ontvangen was vielen drie bewoners alsnog af omdat duidelijk werd dat zij niet voldeden aan de inclusiecriteria.

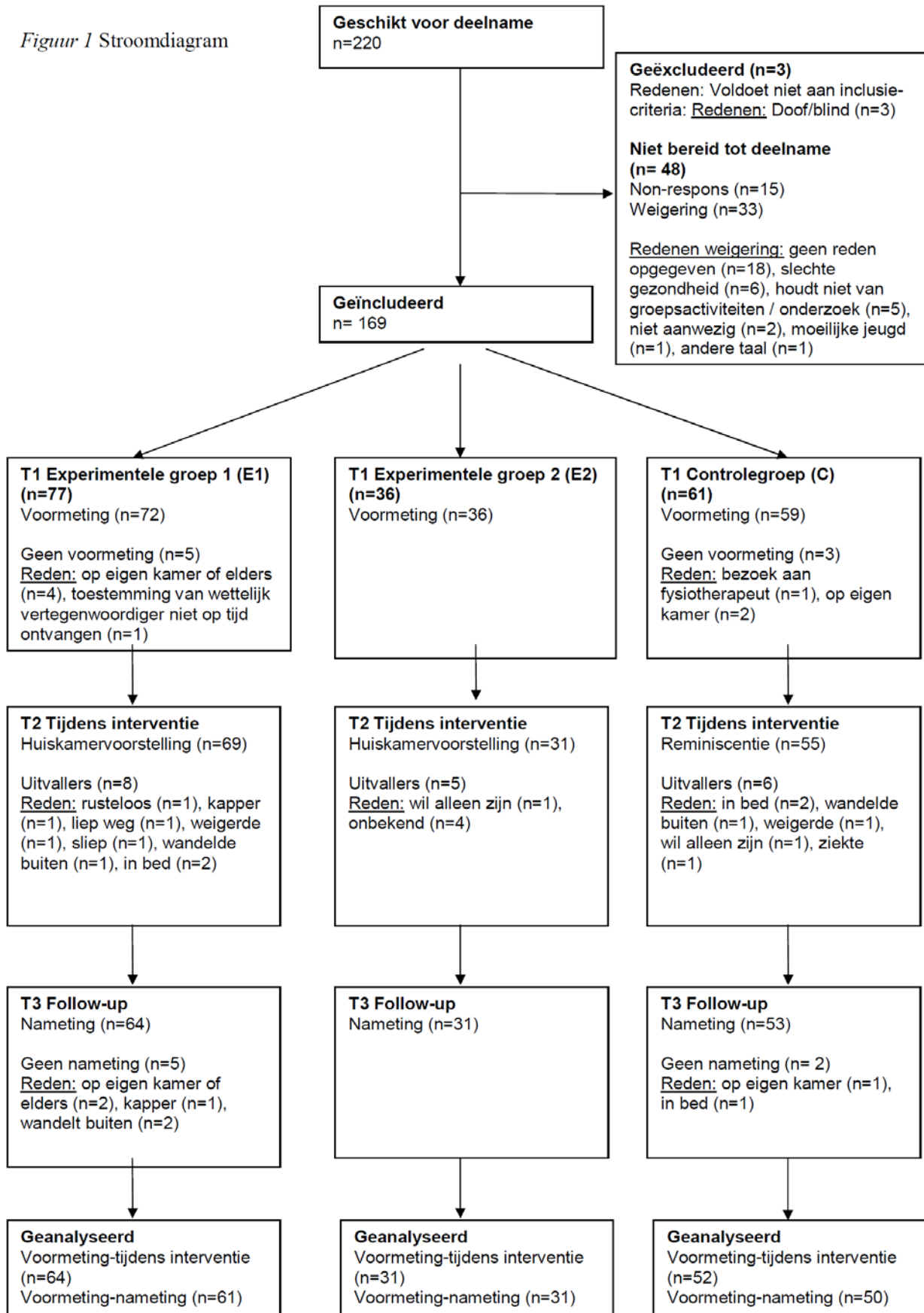
De achtergrondgegevens van de mensen waarvoor geen toestemming verkregen werd (n=48) werden vergeleken met de achtergrondgegevens van de deelnemers aan het onderzoek. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen deelnemers aan de studie en mensen die niet wilden deelnemen op leeftijd, geslacht, type dementie, belangrijkste kenmerken en duur van de ziekte.

De achtergrondgegevens van uitvallers op T2 (experimenteel (n=8), controle (n=6) werden vergeleken met die van de deelnemers aan het onderzoek op leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, diagnose, belangrijkste kenmerken, duur van de ziekte en MMSE-score. Er werden eveneens geen significante verschillen gevonden. Ontbrekende waarden tijdens de voor- en nameting zijn ook opgenomen in het stroomdiagram, evenals de redenen voor deze ontbrekende observaties.

3.2 Achtergrondkenmerken

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de achtergrondkenmerken van de deelnemers in de twee experimentele groepen en de controlegroep. De tabel geeft significante verschillen tussen groepen aan voor de variabelen opleidingsniveau ($p < 0,05$), geslacht ($p < 0,10$) en gebruik van psychofarmaca ($p < 0,10$). Aangezien er een significante correlatie was tussen geslacht en uitkomstvariabelen ($p < 0,10$), werd geslacht opgenomen als covariaat in de ANCOVA's. Het aantal gebruikte psychofarmaca correleerde met slechts één uitkomstmaat en werd als covariaat meegenomen in de analyses van deze uitkomstvariabele (zie tabel 3). Er waren significant meer mensen met alleen een lagere schoolopleiding in E2 (75,0%, $p < 0,05$). Vergelijken met de controlegroep en E2 waren er minder vrouwen in E1 (73,9%, $p < 0,10$). In E2 kregen meer mensen meerdere psychofarmaca dan in de andere twee groepen (22,6%, $p < 0,10$).

Figuur 1 Stroomdiagram



Tabel 1. Achtergrondkenmerken naar behandelingsgroep

Bewonerskenmerken	E1: Veder Methode professionele zorgverleners (n=69)		E2: Veder Methode Acteurs (n=31)		C: Reminiscentie professionele zorgverleners (n=55)		X ² & p- waarde ^c
	n _{totaal}	Waarde	n _{totaal}	Waarde	n _{totaal}	Waarde	
Vrouw, n (%)	69	51 (73,9)	31	29 (93,5)	55	46 (83,6)	X ² = 5,73, p = 0,057 [#]
Leeftijd, jaren (SD)	68	84,4 (7,9)	31	85,6 (5,9)	55	86,1 (6,2)	X ² = 0,99 P = 0,208
Opleiding, n (%)	38		24		39		X ² = 13,29 p = 0,039 [*]
- Lagere school		12 (31,6)		18 (75,0)		17 (43,6)	
- Laag		10 (26,3)		4 (16,7)		7 (17,9)	
- Middelhoog		9 (23,7)		2 (8,3)		8 (20,5)	
- Hoog		7 (18,4)		0 (0,0)		7 (17,9)	
Recente gebeurtenissen, n (%)	67		31		55		X ² = 0,90 p = 0,637
Ja		14 (20,9)		27 (87,1)		10 (18,5)	
Nee		53 (79,1)		4 (12,9)		44 (81,5)	
Jaren in verpleeghuis, gemiddelde (SD)	66	1,6 (1,7)	29	2,0 (1,7)	53	1,9 (2,4)	X ² = 1,91 p = 0,384
Duur van ziekte in jaren, ge- middelde (SD)	65	3,3 (3,0)	25	3,3 (2,5)	50	3,0 (2,4)	X ² = 0,41 p = 0,817
Type dementie, n (%)	67		31		54		X ² = 9,13 p = 0,331
- Alzheimer		32 (47,8)		18 (58,1)		21 (39,6)	
- Vasculaire dementie		9 (13,4)		6 (19,4)		4 (7,5)	
- Alzheimer + andere dementie		7 (10,4)		1 (3,2)		8 (15,1)	
- Niet-gespecificeerde dementie		13 (19,4)		5 (16,1)		13 (24,5)	
- Anders		6 (9,0)		1 (3,2)		7 (13,2)	
Belangrijkste kenmerken, n (%)	66		31		53		X ² = 12,37 p = 0,718
- Ongecompliceerd		48 (72,7)		31 (100,0)		44 (84,6)	
- Met delirium		5 (7,6)		0 (0,0)		2 (3,8)	
- Met psychose		3 (4,5)		0 (0,0)		1 (1,9)	
- Met depressieve stoornis		6 (9,1)		0 (0,0)		3 (5,8)	
- Anders		4 (6,1)		0 (0,0)		2 (3,8)	
MMSE-score, gemiddelde (SD)	67	10,8 (7,9)	N.g. ^a		51	13,2 (6,6)	Z = -1,64 ^a p = 0,102
GDS-score, gemiddeld (SD)	68	5,4 (1,3)	24	5,3 (0,9)	53	5,1 (1,2)	X ² = 2,69 p = 0,260
Aantal psychofarmaca, n (%)	65		31		54		X ² = 12,33 p = 0,055 [#]
- Geen pf ^b		36 (55,4)		15 (48,5)		36 (66,7)	
- 1 pf		18 (27,7)		9 (29,0)		14 (25,9)	
- 2 pf		6 (9,2)		7 (22,6)		4 (7,4)	
- 3 pf		5 (7,7)		0 (0,0)		0 (0,0)	

Significant op een p < 0,10 niveau * Significant op een p < 0,05 niveau.

a. N.g. = Niet gemeten. Er werden geen MMSE-scores verzameld van mensen met dementie in experimentele groep 2. Een Mann-Whitney U toets werd gebruikt om verschillen in MMSE-scores tussen de controlegroep en experimentele groep 1 te onderzoeken.

b. De aanduiding 'pf' staat voor psychofarmaca

c. Verschillen tussen groepen worden beschreven in de tekst.

3.3 Kenmerken en uitvoering van de interventie

In Tabel 2 zijn kenmerken opgenomen van de interventie groepsactiviteiten ten tijde van T2. De interventie voor E1 en C werd geleid door professionele zorgverleners. In E2 voerden professionele acteurs de interventie uit. De gemiddelde duur van de interventie in E1 varieerde van 30 tot 78 minuten, in E2 van 55 tot 75 minuten en in de controlegroep duurde de groepsactiviteit tussen de 35 en 60 minuten. De uitvoeringsscore van de Veder Methode (= kwaliteit van uitvoering van de methode) was het hoogst in E2. Een paarsgewijze vergelijking liet significante verschillen zien tussen E2 en C en tussen E1 en C ($p < 0,05$), ten gunste van de experimentele groepen. De reminiscentie uitvoeringsscore varieerde tussen groepen. Er was echter alleen een significant verschil tussen E2 en E1 ($p < 0,10$), waarbij E2 meer elementen van reminiscentie gebruikte. Het aantal theatrale prikkels was het hoogst in E2 en voor alle groepen verschillend. Paarsgewijze vergelijkingen toonden aan dat er significante verschillen waren tussen E1-E2, E1-C en E2-C ($p < 0,001$).

Tabel 2. Beschrijving van interventies (T2)

	Experimentele groep 1 (E1)	Experimentele groep 2 (E2)	Controlegroep (C)
Kenmerken			
Type interventie	Huiskamervoorstelling	Huiskamervoorstelling	Reminiscentie activiteit
Leiders van de interventie	prof. zorgverleners	prof. acteurs	prof. zorgverleners
Aantal bewoners die deelnemen aan de interventie, gemiddelde (SD)	7,6 (1,9)	8,9 (1,5)	12,4 (3,3)
Duur in minuten, range	30-78	55-75	35-60
Uitvoering van de interventie			
Uitvoeringsscore Veder Methode, gemiddelde (SD) (range=20-80)	66,2 (8,3)**	75,4 (0,9)**	54,2 (4,8)**
Uitvoeringsscore Reminiscentie, gemiddelde (SD) (range=14-56)	44,6 (5,9)*	50,6 (1,5)*	47,0 (4,4)*
Theatrale prikkels, gemiddeld aantal (SD)	10,3 (3,7)***	26,6 (3,9)***	1,2 (1,9)***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (zie tekst voor toelichting op paarsgewijze vergelijkingen)

3.4 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB)

De gemiddelde IBB (kappa) voor de subschalen van de Qualidem was 0,428 (range 0,315-0,644), voor de INTERACT items 0,327 (range 0,119-0,591) en voor betrokkenheid 0,372. De IBB (gemiddelde Pearson r) voor FACE was 0,484.

Tabel 3. Effecten op uitkomstmaten tijdens interventie en bij de nameting (significante effecten zijn vetgedrukt).

Qualidern (range)	Tijdens interventie										Nameting				
	Voormeting														
	mE1 (se)	mE2 (se)	mC (se)	mE1 ^a (se)	mE2 ^a (se)	mC ^a (se)	F	P	f2	mE1 ^a (se)	mE2 ^a (se)	mC ^a (se)	F	P	f2
Zorgrelatie (0-12)	10,73 (.31)	11,19 (.38)	11,00 (.29)	11,27 (.14)	11,96 (.21)	11,71 (.16)	4,31	0,008	0,11	10,56 (.20)	11,77 (.28)	11,26 (.22)	6,36	0,001	0,15
Positief affect (0-18)	9,69 (.58)	11,90 (.71)	10,65 (.62)	13,05 (.43)	13,95 (.63)	12,85 (.48)	1,03	0,180	0,37	9,84 (.44)	11,91 (.62)	11,29 (.48)	4,28	0,008	0,41
Negatief affect (0-9)	8,23 (.22)	8,68 (.11)	8,40 (.15)	8,63 (.08)	8,89 (.12)	8,83 (.09)	2,03	0,068	0,09	8,34 (.12)	8,68 (.17)	8,64 (.13)	1,86	0,080	0,25
Rusteloos gedrag (0-9)	6,16 (.35)	7,65 (.36)	6,96 (.33)	7,21 (.22)	7,78 (.32)	7,60 (.24)	1,23	0,148	0,47	6,87 (.26)	7,57 (.36)	7,01 (.28)	1,28	0,141	0,58
Positief zelfbeeld (0-9) ^b	8,50 (.20)	8,68 (.13)	8,42 (.15)	8,58 (.08)	8,83 (.12)	8,97 (.09)	5,07	0,004	0,16	8,56 (.11)	8,77 (.15)	8,78 (.12)	1,16	0,158	0,16
Sociale relaties (0-18)	9,73 (.49)	11,68 (.69)	11,92 (.51)	10,65 (.38)	10,75 (.54)	11,16 (.42)	0,42	0,330	0,48	10,74 (.38)	11,73 (.52)	11,66 (.41)	1,76	0,088	0,66
Sociaal isolement (0-9)	7,48 (.24)	8,23 (.23)	8,17 (.18)	8,04 (.16)	8,34 (.23)	8,11 (.18)	0,57	0,284	0,31	7,89 (.15)	8,56 (.21)	7,95 (.16)	3,75	0,013	0,54
Zich thuis voelen (0-12)	10,13 (.30)	10,74 (.23)	10,60 (.26)	10,56 (.20)	11,34 (.28)	11,11 (.21)	3,18	0,023	0,18	10,26 (.17)	11,28 (.24)	10,76 (.18)	6,23	0,002	0,41
Iets om handen hebben (0-8)	1,66 (.17)	2,52 (.33)	2,34 (.23)							2,12 (.16)	1,66 (.23)	2,38 (.18)	2,95	0,028	0,34
INTERACT (range 1-5)															
	Voormeting					Tijdens interventie					Nameting				
	mE1 (se)	mE2 (se)	mC (se)	mE1 ^a (se)	mE2 ^a (se)	mC ^a (se)	F	P	f2	mE1 ^a (se)	mE2 ^a (se)	mC ^a (se)	F	P	f2
Stemming															
Tranen / verdrietig	1,55 (.11)	1,13 (.06)	1,48 (.12)	1,40 (.08)	1,07 (.11)	1,26 (.08)	3,18	0,022	0,09	1,44 (.09)	1,25 (.12)	1,33 (.09)	0,92	0,201	0,21
Vrolijk / tevreden	2,88 (.15)	3,45 (.20)	3,27 (.15)	3,73 (.12)	4,01 (.18)	3,73 (.13)	1,03	0,181	0,16	3,12 (.11)	3,53 (.15)	3,17 (.12)	2,63	0,038	0,46
Bang / angstig	1,39 (.10)	1,32 (.10)	1,31 (.09)	1,28 (.06)	1,05 (.08)	1,15 (.06)	2,90	0,029	0,48	1,36 (.07)	1,20 (.10)	1,24 (.08)	1,24	0,145	0,52
Verward	1,61 (.11)	1,58 (.13)	1,67 (.14)	1,44 (.08)	1,14 (.12)	1,53 (.09)	3,34	0,019	0,33	1,67 (.10)	1,48 (.13)	1,42 (.10)	1,66	0,097	0,33
Lachen	1,80 (.11)	2,32 (.18)	2,00 (.13)	2,57 (.10)	2,76 (.15)	2,36 (.11)	2,61	0,039	0,34	1,89 (.10)	2,15 (.15)	2,02 (.11)	1,02	0,182	0,29
Enthousiast	2,02 (.13)	2,42 (.17)	2,19 (.15)	2,78 (.13)	3,00 (.18)	2,94 (.14)	0,65	0,262	0,34	1,72 (.11)	2,31 (.16)	2,13 (.12)	5,37	0,003	0,43
Verveeld / inactief	2,64 (.17)	2,55 (.17)	2,58 (.18)	2,04 (.12)	1,73 (.17)	1,93 (.13)	1,13	0,165	0,32	2,58 (.13)	2,28 (.18)	2,50 (.14)	0,90	0,205	0,44
Alert / actief	3,05 (.14)	3,35 (.15)	3,58 (.25)	3,78 (.10)	3,98 (.15)	3,89 (.11)	0,64	0,264	0,66	3,35 (.13)	3,78 (.18)	3,33 (.14)	2,42	0,047	0,48
Ontspannen / tevreden	3,17 (.15)	3,81 (.19)	3,63 (.15)	3,84 (.12)	4,26 (.18)	4,04 (.13)	1,89	0,078	0,14	3,56 (.12)	3,95 (.16)	3,75 (.13)	1,90	0,077	0,30

Tabel 3 (vervolg). Effecten op uitkomstmaten tijdens interventie en bij de nameting (significante effecten zijn vetgedrukt).

	Voormeting					Tijdens interventie					Nameting				
	mE1 (se)	mE2 (se)	mC (se)	mE1 ^a (se)	mE2 ^a (se)	mC ^a (se)	F	p	f2	mE1 ^a (se)	mE2 ^a (se)	mC ^a (se)	F	p	f2
Sprekten															
Spreekt spontaan	2,59 (.14)	2,77 (.17)	2,75 (.15)	2,57 (.12)	2,30 (.17)	2,80 (.13)	2,66	0,037	0,54	2,68 (.12)	2,63 (.16)	2,60 (.13)	0,13	0,439	0,47
Haat herinneringen op	1,33 (.10)	1,64 (.13)	1,69 (.15)	2,07 (.11)	2,33 (.16)	3,16 (.12)	22,82	0,000	0,68	1,44 (.09)	1,72 (.13)	1,34 (.10)	2,98	0,027	0,29
Sprak duidelijk	3,66 (.18)	4,30 (.18)	3,90 (.17)	3,93 (1,3)	4,23 (.97)	4,25 (.99)	1,34	0,132	0,90	4,22 (.10)	3,98 (.14)	4,12 (.11)	0,92	0,201	1,04
Sprak verstandig	3,69 (.17)	4,40 (.17)	4,10 (.16)	4,21 (.11)	4,29 (.16)	4,41 (.12)	0,76	0,236	0,72	4,17 (.11)	4,30 (.15)	4,40 (.11)	1,09	0,170	0,79
Sprak in zinnen van normale lengte	3,72 (.17)	4,33 (.18)	3,77 (.19)	3,85 (.11)	3,80 (.16)	4,30 (.12)	5,18	0,004	0,93	4,05 (.12)	4,02 (.17)	4,21 (.13)	0,60	0,275	0,71
Relatie met persoon															
Toepasselijk oogcontact	3,86 (.14)	4,13 (.16)	4,33 (.12)	4,24 (.10)	4,43 (.14)	4,23 (.11)	0,81	0,223	0,80	3,99 (.10)	4,28 (.14)	4,27 (.11)	1,98	0,071	0,36
Aanraken	1,63 (.11)	1,81 (.14)	1,75 (.13)	2,06 (11)	2,00 (.15)	1,56 (.12)	5,49	0,003	0,17	1,57 (.09)	1,80 (.13)	1,63 (.10)	1,01	0,184	0,09
Goede relatie met anderen	3,94 (.15)	4,26 (.14)	4,15 (.17)	4,46 (.09)	4,39 (.12)	4,46 (.09)	0,10	0,453	0,38	4,19 (.10)	4,46 (.14)	4,47 (.11)	2,21	0,057	0,29
Werkt mee	4,17 (.14)	4,61 (.13)	4,19 (.18)	4,39 (.11)	4,48 (.15)	4,51 (.12)	0,35	0,353	0,05	4,10 (.12)	4,58 (.17)	4,57 (.13)	4,32	0,008	0,16
Luistert naar stem/geluid	3,73 (.11)	4,19 (.12)	3,90 (.13)	4,26 (.09)	4,25 (.14)	4,26 (.10)	0,00	0,499	0,21	3,74 (.10)	4,34 (.14)	3,83 (.10)	6,77	0,001	0,29
Reageert op spreken	3,34 (.16)	3,23 (.18)	3,38 (.18)	3,38 (.11)	3,29 (.15)	3,40 (.12)	0,16	0,428	0,62	3,35 (.13)	3,43 (.18)	3,27 (.14)	0,26	0,386	0,42
Relatie tot omgeving															
Volgt prikkels	3,27 (.13)	3,87 (.15)	3,60 (.14)	3,94 (.12)	3,95 (.18)	3,82 (.14)	0,28	0,380	0,36	3,54 (.11)	3,83 (.15)	3,66 (.12)	1,16	0,158	0,45
Gepaste aanraking	4,25 (.12)	4,42 (.16)	4,60 (.12)	4,54 (.09)	4,68 (.13)	4,56 (.10)	0,40	0,336	0,28	4,50 (.09)	4,58 (.13)	4,55 (.10)	0,18	0,417	0,39
Aandacht voor activiteit	2,89 (.15)	3,87 (.12)	3,71 (.14)	4,04 (.14)	4,15 (.19)	3,96 (.15)	0,45	0,319	0,14	3,24 (.12)	4,00 (.17)	3,37 (.13)	6,64	0,001	0,26
Reageert op activiteit	2,19 (.15)	3,26 (.14)	2,73 (.16)	3,12 (.14)	3,15 (.20)	3,34 (.15)	0,66	0,258	0,22	2,50 (.13)	2,79 (.18)	2,68 (.14)	0,86	0,213	0,37
Opmerkingen of vragen over activiteiten	2,25 (.13)	2,32 (.19)	2,37 (.16)	2,39 (.12)	2,30 (.18)	2,46 (.14)	0,25	0,390	0,23	2,23 (.12)	2,10 (.17)	2,31 (.13)	0,50	0,303	0,25
Behoeft aanmoediging															
Deed dingen uit zichzelf	2,42 (.16)	2,68 (.16)	2,90 (.17)	2,34 (.13)	2,08 (.19)	2,43 (.14)	1,15	0,160	0,14	2,46 (.14)	2,59 (.19)	2,76 (.15)	1,04	0,179	0,28
Stimulatie niveau															
Dwalen / onrustig	1,92 (.16)	1,48 (.13)	1,56 (.15)	1,36 (.09)	1,16 (.12)	1,36 (.09)	1,05	0,177	0,20	1,68 (.11)	1,44 (.16)	1,60 (.12)	0,78	0,230	0,57
Geniet/ vermaakt zichzelf	2,63 (.15)	2,90 (.19)	2,96 (.16)	3,65 (.13)	3,99 (.18)	3,70 (.14)	1,26	0,143	0,19	2,60 (.11)	3,11 (.16)	2,96 (.12)	4,10	0,010	0,48
Verveeld / inactief	2,64 (.17)	2,55 (.17)	2,58 (.18)	2,04 (.12)	1,73 (.17)	1,93 (.13)	1,13	0,165	0,32	2,58 (.13)	2,28 (.18)	2,50 (.14)	0,90	0,205	0,44
Alert / actief	3,05 (.14)	3,35 (.15)	3,58 (.25)	3,78 (.10)	3,98 (.15)	3,89 (.11)	0,64	0,264	0,66	3,35 (.13)	3,78 (.18)	3,33 (.14)	2,42	0,047	0,48
Ontspannen / tevreden	3,17 (.15)	3,81 (.19)	3,63 (.15)	3,84 (.12)	4,26 (.18)	4,04 (.13)	1,89	0,078	0,14	3,56 (.12)	3,95 (.16)	3,75 (.13)	1,90	0,077	0,30

Tabel 3 (vervolg). Effecten op uitkomstmaten tijdens interventie en bij de nameiting (significante effecten zijn vetgedrukt).

Uitkomstmaat	Voormeting					Tijdens interventie					Nameiting				
	mE1 (se)	mE2 (se)	mC (se)	mE1 ^a (se)	mE2 ^a (se)	mC ^a (se)	F	p	f2	mE1 ^a (se)	mE2 ^a (se)	mC ^a (se)	F	p	f2
Stemming (FACE-scale) (range 0-2)	0,94 (.08)	1,36 (.10)	1,12 (.08)	1,27 (.68)	1,58 (.50)	1,35 (.055)	0,53	,593	0,27	1,04 (0,07)	1,26 (.10)	1,08 (.07)	1,66	0,097	0,27
Betrokkenheid (range 0-3)	1,59 (.13)	1,87 (.17)	1,63 (.13)	2,06 (.97)	2,48 (.77)	2,06 (.86)	1,26	,287	0,27	1,50 (.11)	1,96 (.15)	1,78 (.11)	3,44	0,018	0,37
Algemene kwaliteit van leven- vraag	7,52 (.34)	8,05 (.21)	7,93 (.22)						7,02 (.29)	7,73 (.34)	7,50 (.24)	1,40	0,127	0,44	

- Gemiddelde scores tijdens interventie en bij nameiting zijn aangepast voor scores op de voormeting en geslacht.
- Gemiddelde scores tijdens interventie en bij nameiting zijn aangepast voor aantal medicijnen en voor scores op de voormeting en geslacht.

gE1 = Gemiddelde score Experimentele groep 1

gE2 = Gemiddelde score Experimentele groep 2

gC = Gemiddelde score Controlegroep

sf = standaardfout

F = F-ratio

f2 = effectgrootte (Klein = 0.2, gematigd = 0.5, groot = ≥ 0.8)

3.5 Uitkomsten

In 95,2 % (118 van 124) van alle gevallen werd de bewoner bij de drie metingen (T1 tot T3) geobserveerd door dezelfde persoon.

De voor- en nameting (T1 en T3) vonden plaats op twee verschillende dagen op hetzelfde tijdstip van de dag en duurden 90 minuten per meting. Aan het einde van de observaties van de voor- en nameting werd aan de mensen met dementie een vraag voorgelegd over de kwaliteit van hun leven, tenzij zij niet meer tot verbale communicatie in staat waren (n=63).

In Tabel 3 zijn alle gemiddelde scores (gecontroleerd voor confounders) en standaardfouten van de uitkomstmaten opgenomen van de voormeting (T1), tijdens de interventie (T2) en van de nameting (T3). De resultaten laten significante verschillen tussen groepen zien tijdens de interventie (T2) op de Qualidem subschalen zorgrelatie, zich thuis voelen en positief zelfbeeld. Paarsgewijze vergelijkingen toonden aan dat mensen met dementie in E2 een significant betere zorgrelatie hadden dan de mensen in E1 (gemiddeld verschil = 0,69; BI = [0,08;1,31]). Tijdens de interventie voelden mensen met dementie in E2 zich ook meer thuis dan mensen in E1 (D = 0,78, BI = [-1,62; 0,05]). De mensen in E1 scoorden tijdens de interventie lager op positief zelfbeeld dan de mensen in de controlegroep (reminiscentie) (D = 0,34; BI = [0,04; 0,06]), maar effectgroottes geven aan dat de verschillen verwaarloosbaar zijn ($f^2 < 0,20$).

Tijdens de interventie (T2) werden significante verschillen gevonden tussen groepen op de volgende negen INTERACT uitkomstmaten: stemming (verdriet, angst, verwardheid, lachen), spontaan spreken, herinneringen ophalen, in zinnen van normale lengte spreken en aanraken. Mensen met dementie in E2 waren minder verward in vergelijking met de controlegroep (D = 0,39; BI = [-,76; -0,02]) en lachten significant meer dan mensen in de controlegroep (D = 0,41; BI = [-0,04; 0,85]). In E1 lieten de mensen met dementie meer affectieve aanraking zien vergeleken met de controlegroep (D = 0,49; BI = [0,11; 0,87]). Mensen in E2 bleken minder verdrietig te zijn tijdens de interventie dan mensen in E1 (D = 0,34; BI = [-0,60; -0,07]) en ook minder bang/angstig in vergelijking met mensen in E1 (D = -0,23; BI = [-0,46; 0,01]). In E2 spraken mensen minder vaak spontaan dan mensen in de controlegroep (D= -0,50; BI = [-1,03; 0,03]). In E1 en E2 haalden mensen met dementie minder herinneringen op in vergelijking met de controlegroep (D = -1,09; BI = [-0,83; -0,07] en D = -0,83; BI [-1,32; -0,34]) en spraken zij minder in zinnen van normale lengte dan de mensen in de controlegroep (D = -0,45; BI = [-0,83; -0,07] en D= - 0,50; BI = [-1,00; -0,03]). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen groepen op de FACE schaal (uiting algemene stemming) en betrokkenheid tijdens de interventie.

De resultaten van de metingen na de interventie (T3) laten significante verschillen zien tussen groepen op de volgende vijf Qualidem subschalen: zorgrelatie, positief affect, sociale isolatie, zich thuis voelen en iets te doen hebben. De mensen in E2 scoorden hoger op positief affect ($D = 2,06$; $BI = [0,18; 3,95]$) en op zich thuis voelen ($D = 1,02$; $BI = [0,31; 1,72]$) dan mensen in E1. Ook lieten zij een positief effect op de zorgrelatie zien in vergelijking met de mensen in E1 ($D = 1,20$; $BI = [0,35; 2,06]$), maar dit effect was zeer klein ($f^2 < 0,20$). Paarsgewijze vergelijkingen lieten ook zien dat mensen in E2 tijdens de nameting minder sociaal geïsoleerd gedrag vertoonden dan mensen in de controlegroep ($D = 0,60$; $BI = [-0,03; 1,23]$). Daarnaast scoorden mensen in E1 lager op 'iets te doen hebben' in vergelijking met de controlegroep ($D = -0,71$; $BI = [-1,42; 0,00]$).

Verschillen tussen groepen bij de nameting werden ook gevonden op tien INTERACT items: de twee stemmingsitems vrolijk/tevreden en enthousiasme, herinneringen ophalen, meewerken, luisteren naar stem/geluid, reageren op spreken, genieten, boos praten, negatief/klagen en weerstand bieden. Tijdens de nameting haalden mensen in E2 meer herinneringen op dan de mensen in de controlegroep ($D = 0,38$; $BI = [0,00; 0,77]$). Mensen in E2 scoorden ook hoger op 'luistert naar stem/geluid' in vergelijking met mensen in E1 en de controlegroep (E2-E1: $D = 0,60$; $BI = [0,19; 1,01]$; E2-C: $D = 0,51$; $BI = [0,10; 0,93]$), hetgeen aangeeft dat zij alerter waren. Zij hadden ook meer aandacht voor activiteiten na de interventie in vergelijking met E1 en de controlegroep (E2-E1: $D = 0,76$; $BI = [0,23; 1,29]$, E2-C: $D = 0,63$; $BI = [0,12; 1,15]$). Mensen in E2 en de controlegroep werkten beter samen dan mensen in E1 (E2-E1: $D = 0,48$; $BI = [-1,00; 0,03]$; C-E1: $D = 0,47$; $BI = [0,03; 0,91]$). Uit paarsgewijze vergelijking bleek ook dat de mensen in E2 vrolijker/tevredener waren ($D = 0,42$; $BI = [-0,04; 0,88]$), enthousiaster waren (E2-E1: $D = 0,28$; $BI = [0,11; 1,06]$; C-E1: $D = 0,40$; $BI = [0,00; 0,81]$) en meer genoten na afloop van de groepsinterventie (huiskamervoorstelling) in vergelijking met mensen in E1 ($D = 0,51$; $BI = [0,03; 0,99]$).

Er werden geen verschillen gevonden tussen groepen op de FACE schaal en de zelf gerapporteerde algehele kwaliteit van leven. Tijdens de nameting waren de personen in E2 meer betrokken bij hun omgeving dan personen in E1 ($D = 0,46$; $BI = [0,01; 0,91]$).

4. Discussie

Het belangrijkste doel van deze studie was te onderzoeken wat de meerwaarde van de Veder Methode is ten opzichte van reminiscentie voor het gedrag, de stemming en kwaliteit van leven van mensen met dementie in de psychogeriatrische zorg. De resultaten van ons onderzoek laten in de eerste plaats verschillen zien tussen het *type* interventie: de huiskamervoorstellingen volgens de Veder Methode uitgevoerd door professionele zorgverleners of acteurs versus reminiscentie. Uitvoeringsscores van de Veder Methode waren significant hoger in 'huiskamervoorstellingen' in vergelijking met reminiscentie activiteiten. Daarnaast werd in een 'huiskamervoorstelling' veel meer gebruik gemaakt van theatrale prikkels dan in de reminiscentie activiteit. Significante verschillen op uitvoeringsscores van reminiscentie werden alleen gevonden tussen experimentele groep 1 (E1; uitvoering door zorgverleners) en experimentele groep 2 (E2; uitvoering door acteurs), ten gunste van E2. Deze resultaten geven aan dat een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode niet alleen in theorie verschilt van een reminiscentie groepsactiviteit, maar ook in de feitelijke toepassing tijdens een groepsactiviteit (huiskamervoorstelling).

In dit onderzoek werden de effecten van het bijwonen van een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode onderzocht op het gedrag, de stemming en de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Dit werd onderzocht tijdens de interventie en twee tot vier uur na afloop van de interventie (nameting). De resultaten op uitkomstmaten tijdens de interventie geven een duidelijke meerwaarde aan van de door professionele acteurs aangeboden huiskamervoorstelling. De personen met dementie uit deze groep lachten meer tijdens de interventie en waren minder verward dan de personen in de reminiscentiegroep. De effecten op lachen die gevonden werden zijn voor zover bekend bij ons niet eerder gerapporteerd in effectonderzoek naar psychosociale zorg- en begeleidingmethoden. Een vermindering van desoriëntatie werd wel gevonden in eerdere onderzoeken, zoals bijvoorbeeld naar het effect van deelname aan een life review programma (Tabourne, 1995).

In E1 lieten mensen met dementie tijdens de interventie meer aanraking zien dan de mensen in de controlegroep. In een eerder onderzoek naar de effectiviteit van snoezelen in de 24-uurszorg toonde het verzorgend personeel meer 'affectieve aanraking' (van Weert et al., 2006), maar het effect van meer affectieve aanraking door mensen met dementie is voor zover wij weten niet eerder beschreven. In de controlegroep waren de scores op 'spraak' (bijv. spontaan spreken en herinneringen ophalen) tijdens de interventie hoger dan in de experimentele groepen. Verbeteringen in spraak tijdens de interventie werden niet gevonden in eerdere onderzoeken naar reminiscentie activiteiten, maar wel in onderzoeken naar bewegingsactivering, een 'hond als huisdier voor bewoners' en snoezelen (Diesfeldt & Diesfeldt-Groenendijk, 1977; McCabe, Baun, Speich, & Agrawal, 2002; van Weert et al., 2005a).

Aangezien het stimuleren van gesprekken een van de belangrijkste doelen is van reminiscentiegroepen, is het niet verrassend dat de controlegroep hier hoger op scoorde.

Een verrassender resultaat is dat personen in E2 significant meer herinneringen ophaalden in vergelijking met de controlegroep na de interventie (tijdens de nameting). Een soortgelijk effect hebben wij niet gevonden in andere onderzoeken. Bij de nameting lieten personen in E2 ook significant minder sociaal geïsoleerd gedrag zien en meer alertheid ('luisteren naar stem/geluid') dan de controlegroep. Vergelijkbare positieve effecten op sociale interactie en sociale betrokkenheid zijn gevonden in effectstudies over snoezelen, een life review programma, bewegingsactivering en ontmoetingscentra (Volicer et al., 1999; Dröes et al., 2010; Dröes, Breebaart, Ettema, van, & Mellenbergh, 2000; Dröes, & van Tilburg, 1996; Fritsch et al., 2009; Hopman-Rock et al., 1999; Tabourne, 1995; van Weert et al., 2005a).

Een tweede doel van ons onderzoek was om na te gaan of professionele zorgverleners die getraind zijn in het toepassen van de Veder Methode in een groepsactiviteit dezelfde effecten kunnen bereiken als professionele acteurs. Ons onderzoek wijst uit dat professionele acteurs andere en meer positieve effecten bereiken op gedrag, stemming en kwaliteit van leven van mensen met dementie dan getrainde zorgverleners. De resultaten laten verschillen zien tijdens de interventie op zorgrelatie, zich thuis voelen, en stemming (verward en bang/angstig), ten gunste van de personen die meededen aan de door acteurs aangeboden huiskamervoorstelling. Bij de nameting scoorden de personen in de 'acteursgroep' beter op zorgrelatie, positief affect, stemming, genieten en betrokkenheid bij hun omgeving.

Er zijn verschillende kanttekeningen te maken bij deze resultaten. Tijdens de kwalitatieve evaluatie van de interventie met de zorgverleners, gaven de zorgverleners aan minder tevreden te zijn met de uitvoering van de huiskamervoorstelling dan de zorgverleners in de reminiscentiegroep. Zorgverleners die de huiskamervoorstelling leidden meldden vaker dat zij nerveus waren vanwege het onderzoek en de (video-)observaties dan zorgverleners die een reminiscentie activiteit organiseerden. Sommigen voelden zich ongemakkelijk en gaven aan dat het aanbieden van een huiskamervoorstelling normaal niet zo moeilijk was voor hen. Een mogelijke reden voor dit verschil is dat zorgverleners meer gewend zijn om een reminiscentie activiteit te leiden dan een huiskamervoorstelling, aangezien reminiscentie al lange tijd gebruikt wordt in Nederland. De zorgverleners werden relatief kort geleden getraind in het geven van een huiskamervoorstelling en de huiskamervoorstellingen werden nog niet standaard toegepast als gebruikelijke zorg, hetgeen bij reminiscentie wel het geval was. Ook werden verschillende door zorgverleners gegeven huiskamervoorstellingen verstoord, bijvoorbeeld door een tandarts die binnenkwam om een bewoner voor behandeling op te halen en booractiviteiten in de muur naast de ruimte waar de huiskamervoorstelling gegeven werd.

Verder verdienen enkele methodologische overwegingen de aandacht. Wij gebruikten een quasi-experimenteel design met drie groepen. Een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (RCT) zou het risico op vertekende resultaten vanwege verschillen tussen verpleeghuizen en bewoners verkleind hebben. Om de vergelijkbaarheid van de groepen te verbeteren en het risico op vertekening van het effect (effect bias) te verkleinen, werden de verpleeghuizen vooraf gematched op ernst van de dementie van de bewoners, samenstelling van verplegend personeel en het gebruikte zorgmodel. Verschillen tussen groepen op baseline kenmerken werden onderzocht en indien nodig meegenomen in de analyses.

Een tweede beperking van dit onderzoek is dat het aantal deelnemers in ons onderzoek iets lager was dan gepland en de deelnemers niet geheel gelijkmatig verdeeld waren over de groepen. Met name de groep die meedeed aan de huiskamervoorstelling door professionele acteurs was kleiner dan de andere twee groepen. De belangrijkste reden hiervoor was het gebrek aan tijd om dit te organiseren. Vanwege de relatief kleine steekproef zijn mogelijke effecten misschien niet gevonden. De kleine steekproefgrootte van deze studie is ook van invloed op de generaliseerbaarheid van de resultaten.

Een derde beperking in ons onderzoek was dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB) van sommige items en subschalen laag was. In eerdere studies waarin hetzelfde instrument gebruikt werd, was de IBB voldoende tot goed. De lage IBB in dit onderzoek is wellicht beïnvloed door het feit dat de tweede observaties niet rechtstreeks ('live') gedaan werden, maar door het bekijken van video-opnames achteraf. De kwaliteit van deze video-opnamen (beeld en geluid) was niet goed. Doordat meerdere bewoners gelijktijdig gefilmd werden, waren details moeilijk te zien en waren de observaties anders dan de 'live' observaties. Dit maakte het voor de tweede beoordelaar moeilijk om de observatielijst op betrouwbare wijze in te vullen. Om de betrouwbaarheid van de metingen te maximaliseren werd elke bewoner tijdens de drie meetmomenten (T1 tot T3) geobserveerd door dezelfde persoon.

Ondanks deze beperkingen draagt dit onderzoek bij aan de ontwikkeling van evidence-based, gestandaardiseerde groepsactiviteiten (Livingston et al., 2005; Vasse et al., 2010). In deze studie werd een nieuwe psychosociale interventie om de communicatie met mensen met dementie te verbeteren onderzocht. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar interventies waarin verschillende psychosociale zorg- en begeleidingsmethoden worden geïntegreerd en gecombineerd met theatrale prikkels (Fritsch et al., 2009). Wij vonden positieve resultaten van de Veder Methode op gedrag, aspecten van stemming, spraak en sociale betrokkenheid tijdens en na de interventies. Dit illustreert het belang van het organiseren van groepsactiviteiten in verpleeghuizen.

Onze resultaten suggereren een meerwaarde van de huiskamervoorstellingen volgens de Veder Methode aangeboden door professionele acteurs in vergelijking met huiskamervoorstellingen en reminiscentieactiviteiten verzorgd door hiervoor getrainde zorgverleners. Daarom adviseren wij meer onderzoek met grotere steekproeven en een groter onderscheidingsvermogen om de effecten van de huiskamervoorstellingen zoals uitgevoerd door professionele acteurs verder te onderzoeken. Een tweede aanbeveling is om verder onderzoek te doen naar de uitvoering van huiskamervoorstellingen door zorgverleners die werken op afdelingen waar de huiskamervoorstellingen in de gebruikelijke zorg zijn opgenomen en die (inmiddels) meer ervaren zijn in het aanbieden van huiskamervoorstellingen. Een laatste aanbeveling is onderzoek te doen naar de haalbaarheid en effectiviteit van de toepassing van elementen uit de Veder Methode in de 24-uurs dementiezorg.

Literatuur

- Aldridge, D. (1996). The body, its politics, posture and poetics. *The Arts in Psychotherapy*, 23, 105-112.
- Alzheimer Disease International (2009). *World Alzheimer Report 2009*.
- Alzheimer Nederland (2010). *How many people suffer from dementia?*
- Baker, R. & Dowling, Z. (1995). *INTERACT* Bournemouth, UK: Dorset Healthcare NHS Trust.
- Bakker, T. J., Duivenvoorden, H. J. van der, L. J., Olde Rikkert, M. G., Beekman, A. T., & Ribbe, M. W. (2010). Integrative Psychotherapeutic Nursing Home Program to Reduce Multiple Psychiatric Symptoms of Cognitively Impaired Patients and Caregiver Burden: Randomized Controlled Trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1975). *The Structure of Magic I: a book about language and therapy*. Palo Alto, California: Science and Behaviour Books, Inc.
- Barendsen, I., & Boonstra, W. (2008). *In Dutch: Terug naar Toen*. (2e ed.) Baarn: HB Uitgevers.
- Beavis, D., Simpson, S., & Graham, I. (2002). A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 725-736.
- Bourgeois, M. S., Burgio, L. D., Schulz, R., Beach, S., & Palmer, B. (1997). Modifying repetitive verbalizations of community-dwelling patients with AD. *Gerontologist*, 37, 30-39.
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Diesfeldt, H. F. & Diesfeldt-Groenendijk, H. (1977). Improving cognitive performance in psychogeriatric patients: the influence of physical exercise. *Age Ageing*, 6, 58-64.
- Dröes, R. M., Breebaart, E., Ettema, T. P., Tilburg, W. van, & Mellenbergh, G. J. (2000). Effect of integrated family support versus day care only on behavior and mood of patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 12, 99-115.
- Dröes, R. M., Mierlo, L. D. van, Roest, H. G. van der, & Meiland, F. J. (2010). Focus and effectiveness of psychosocial interventions for people with dementia in institutional care settings from the perspective of coping with the disease. *Non-pharmacological therapies in dementia*, 1, 139-161.

- Dröes, R. M., & Tilburg W. van (1996). Amélioration du comportement agressif par des activités psychomotrices. *L'Année Gériatologique*, 10, 471-482.
- Ettema, T. P., Dröes, R. M., Lange J. de, Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007a). QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument -- validation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 424-430.
- Ettema, T. P., Dröes, R. M., Lange, J. de, Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007b). QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument. Scalability, reliability and internal structure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 549-556.
- Feil, N. (1992). Validation therapy. *Geriatric Nursing*, 13, 129-133.
- Finnema, E., Dröes, R. M., Ettema, T., Ooms, M., Ader, H., Ribbe, M. et al. (2005). The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 330-343.
- Finnema, E., Dröes, R. M., Ribbe, M., & Tilburg, W. van (2000). A review of psychosocial models in psychogeriatrics: implications for care and research. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14, 68-80.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fritsch, T., Kwak, J., Grant, S., Lang, J., Montgomery, R. R., & Basting, A. D. (2009). Impact of TimeSlips, a creative expression intervention program, on nursing home residents with dementia and their caregivers. *Gerontologist*, 49, 117-127.
- Gibson, F. (1994). What can reminiscence contribute to people with dementia? In J.Ed.Bornat (Ed.), *Reminiscence Reviewed: Evaluations Achievements, Perspectives*. (pp. 46-60). Buckingham: Open University Press.
- Hopman-Rock, M., Staats, P. G., Tak, E. C., & Drees, R. M. (1999). The effects of a psychomotor activation programme for use in groups of cognitively impaired people in homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 633-642.

- Lepp, M., Ringsberg, K. C., Holm, A. K., & Sellersjo, G. (2003). Dementia -- involving patients and their caregivers in a drama programme: the caregivers' experiences. *Journal of Clinical Nursing, 12*, 873-881.
- McCabe, B. W., Baun, M. M., Speich, D., & Agrawal, S. (2002). Resident dog in the Alzheimer's special care unit. *West Journal of Nursing Research, 24*, 684-696.
- Mierlo, L. D. van, Roest, H. G. van der, Meiland, F. J., & Droes, R. M. (2010). Personalized dementia care: proven effectiveness of psychosocial interventions in subgroups. *Ageing Research Reviews, 9*, 163-183.
- Reisberg, B., Doody, R., Stoffler, A., Schmitt, F., Ferris, S., & Mobius, H. J. (2003). Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *The New England Journal of Medicine, 348*, 1333-1341.
- Sandel, S. L. & Johnson, D. R. (1987). *Waiting at the gate. Creativity and hope in the nursing home*. New York: The Haworth Press.
- Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J. et al. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*, 1795-1804.
- Tabourne, C. E. (1995). The effects of a life review program on disorientation, social interaction and self-esteem of nursing home residents. *International Journal of Aging and Human Development, 41*, 251-266.
- Tol, F., Weert, J. C. M. van, Hermanns, S. S. T., & Dröes, R. M. (2011). De Veder Methode; Een nieuwe methode van communiceren tussen zorgverleners en mensen met geheugenproblemen in verpleeghuizen (Deel 1, pp. 17-69. In A.M. van Dijk, J.C.M. van Weert, & R.M. Dröes (Red.), *Evaluatie van de Veder Methode; theater als contactmethode in de psychogeriatrische zorg* (1^e druk)
- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Spijker, A., Rikkert, M. O., & Koopmans, R. (2010). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics, 22*, 189-200.
- Vink, A. C., Birks, J. S., Bruinsma, M. S., & Scholten, R. J. (2004). Music therapy for people with dementia. *Cochrane.Database.Systematic Reviews*, CD003477.

- Volicer, L., Camberg, L., Hurley, A. C., Ashley, J., Woods, P., Ooi, W. L. et al. (1999). Dimensions of decreased psychological well-being in advanced dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders.*, 13, 192-201.
- Weert, J. C.M. van, Janssen, B. M., Dulmen, A. M. van, Spreeuwenberg, P. M., Bensing, J. M., & Ribbe, M. W. (2006). Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 656-668.
- Weert, J. C.M. van, Dulmen, A. M. van, Spreeuwenberg, P. M., Ribbe, M. W., & Bensing, J. M. (2005a). Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *Journal of the American Geriatric Society*, 53, 24-33.
- Weert, J. C.M. van, Dulmen, A. M. van, Spreeuwenberg, P. M., Ribbe, M. W., & Bensing, J. M. (2005b). Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient.Education and .Counseling.*, 58, 312-326.
- Wilkinson, N., Srikumar, S., Shaw, K., & Orrel, M. (1998). Drama and Movement therapy in Dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 25, 195-201.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia (Cochrane Review). *Cochrane.Database.Systematic Reviews*, CD001120. John Wiley & Sons Ltd, Chichester.
- Zee, K. I. van der, & Sanderman, R. (1993). *Het meten van de gezondheidstoestand met de RAND-36: een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Zuidema, S., Koopmans, R., & Verhey, F. (2007). Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20, 41-49.

Deel 3b: Effectonderzoek zorgverleners



**Arbeidssatisfactie, werkbeleving
en zelfwaardering in relatie tot
de toepassing van de Veder Methode**

*Een onderzoek onder zorgverleners die
de Veder Methode toepassen*

Inhoudsopgave Deel 3b

Samenvatting	178
1. Inleiding	180
1. Toepasbaarheid	183
2. Arbeidssatisfactie	183
3. Werkbeleving	183
4. Zelfwaardering	184
2. Methoden	185
2.1 Focusgroepen	185
2.2 Deelnemers focusgroepen	185
2.3 Procedure	185
2.4 Data-analyse	187
3. Resultaten	188
3.1 Kenmerken deelnemers	188
3.2 Beschrijving groepsproces per focusgroep	189
3.3 Toepasbaarheid	192
3.4 Arbeidssatisfactie	195
3.5 Werkbeleving	203
3.6 Zelfwaardering	207
3.7 Randvoorwaarden	209
4. Conclusies en discussie	212
4.1. Samenvatting van de resultaten	212
4.2. De waarde en beperkingen van het onderzoek	215
Literatuur	217

Bijlage I: Analyseschema Focusgroepen

Samenvatting

Achtergrond De Veder Methode is een nieuwe methode die ontwikkeld is om de communicatie tussen zorgverleners en mensen met dementie te verbeteren. De Veder Methode onderscheidt zich van andere belevingsgerichte methoden, doordat het elementen uit bestaande methoden, zoals reminiscentie, Validation, (non)verbale belevingsgerichte communicatietechnieken en Neuro Linguïstisch Programmeren (NLP) combineert en integreert met de toepassing van theater aspecten en poëzie. Hierbij staat het één op één contact centraal. Het doel van de methode is niet alleen het welzijn van mensen met dementie te bevorderen, maar ook om de kwaliteit van het werk van zorgverleners te verbeteren. De verwachting is dat betere communicatie met mensen met dementie de arbeidssatisfactie, werkdruk, werkstress en zelfwaardering van zorgverleners positief kan beïnvloeden. Sinds 2007 is de Veder Methode geïmplementeerd in 12 zorgkoepels op 180 locaties. Er zijn meer dan 650 zorgverleners getraind om de methodiek toe te passen in zogenaamde huiskamervoorstellingen.

In dit deelonderzoek zijn de ervaringen van zorgverleners met het werken met de Veder Methode in kaart gebracht. De focus lag daarbij op de toepasbaarheid van de Veder Methode door zorgverleners en de invloed van het werken met de methode op hun arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaardering.

Methoden Er zijn vijf focusgroepen gehouden, waaraan in totaal 35 zorgverleners, werkzaam in 21 verschillende locaties in de regio's Zuid-Nederland en de Randstad hebben deelgenomen. Aan de focusgroepen namen zowel zorgverleners deel die nog naar de bruisplekbijeenkomsten (gemeenschappelijke nascholing voor gebruikers van de Veder Methode) gingen (n=29), als zorgverleners die niet meer actief betrokken waren bij het project (n=6). Deelnemers aan de focusgroepen hadden allen training en/of coaching van Stichting Theater Veder ontvangen.

Alle verbatim uitgetypte focusgroepgesprekken werden geanalyseerd en gecategoriseerd op tekstfragmenten. De transcripten zijn onafhankelijk gecodeerd door twee onderzoekers, waarna er door middel van discussie consensus werd bereikt over de codering. Met behulp van het kwalitatieve dataverwerkings-programma NVivo zijn alle gecodeerde tekstfragmenten vervolgens per subcategorie geanalyseerd.

Resultaten Wat betreft de *toepasbaarheid* van de Veder Methode geven de zorgverleners overwegend aan dat de toepassing van de Veder Methode in huiskamervoorstellingen hen goed afgaat, mits zij goede voorbereidingen treffen. De methode is momenteel niet specifiek aangepast op integratie in de 24-uurs zorg, maar blijkt daar wel handvatten voor te bieden, onder meer door de wijze van contact maken en aansluiten op de belevingwereld van bewoners.

De *arbeidssatisfactie* van zorgverleners lijkt positief te worden beïnvloed door de toepassing van de Veder Methode. De zorgverleners geven aan dat zij dankzij het gebruik van de Veder Methode emoties van bewoners beter herkennen, anders contact maken en zich beter kunnen inleven in de belevingswereld van de bewoners. Bewoners geven, mede hierdoor, meer en positievere reacties en dit is een belangrijke component die bijdraagt aan het werkplezier van zorgverleners. Het werkplezier wordt ook verhoogd door het extra collegiale contact en het toepassen van theaterelementen. Hierdoor ontstaat een gevoel van vrijheid, humor en lichtheid in de omgang met bewoners.

De *werkbeleving* lijkt eveneens positief te worden beïnvloed door de toepassing van de Veder Methode doordat zorgverleners bewuster en belevingsgerichter communiceren met de bewoners. Zorgverleners geven aan meer individueel contact met bewoners te hebben. Meerdere zorgverleners zeiden dat de Veder Methode hen houvast biedt in de communicatie, en dat zij daardoor meer ruimte ervoeren om op een gevarieerde en creatieve manier te communiceren met bewoners. De Veder Methode biedt daarmee leermogelijkheden en draagt bij aan afwisseling in het werk.

Tot slot rapporteren zorgverleners die de Veder Methode toepassen dat hun *zelfwaardering* door het werken met de Veder Methode is vergroot. Elementen die hier volgens hen aan hebben bijgedragen zijn: het leren van nieuwe vaardigheden, het overwinnen van drempels in de communicatie met bewoners en het gebruik van theaterelementen in het neerzetten van een huiskamervoorstelling voor bewoners. Veel zorgverleners geven aan dat zij zich dankzij de implementatie van de Veder Methode bevestigd voelen in hun werk en de manier waarop zij contact maken met bewoners.

Aan de randvoorwaarden om de Veder Methode goed toe te passen wordt in de praktijk niet altijd voldaan. Belemmerende factoren die genoemd worden zijn tijdsgebrek om goede voorbereidingen te treffen, planning met collega's waarmee samengewerkt moet worden en ondersteuning van het management en directe collega's.

Conclusie Geconcludeerd kan worden dat het toepassen van de Veder Methode een positieve invloed lijkt te hebben op de arbeidssatisfactie, de werkbeleving en de zelfwaardering van zorgverleners. De toepassing is echter niet altijd eenvoudig te realiseren. Met name de steun van het management en het voorzien in de randvoorwaarden worden van belang geacht voor het succesvol implementeren van de methode. Uit alle focusgroepen komt naar voren dat zorgverleners (elementen van) de Veder Methode goed kunnen gebruiken in het contact met bewoners gedurende de 24-uurszorg. Daarom wordt er aanbevolen de Veder Methode verder te ontwikkelen en breder toepasbaar te maken in de 24-uurs zorg.

1. Inleiding

In Nederland leven ruim 235.000 mensen met dementie (Alzheimer Nederland, 2010). Ongeveer 25 procent van deze mensen woont in verpleeg- of verzorgingshuizen. Dementie is een ingrijpende ziekte omdat het de cognitieve en emotionele houvast en reserves om doeltreffend met allerlei vormen van stress in de omgeving om te gaan vermindert (Frances & First, 1999). Dementie wordt gekenmerkt door geheugenproblematiek, problemen met de taal (afasie), de herkenning (agnosie), het handelen (apraxie) en problemen met uitvoerende functies. Daarnaast komen er vaak gedrags- en stemmingsontregelingen voor zoals agitatie, depressie, apathie, angst en psychoses (Zuidema, 2007). Bij 80 procent van de mensen met dementie in zorginstellingen is er sprake van minstens één van deze symptomen. Agitatie en/of agressie en apathie zijn de meest geobserveerde symptomen met een prevalentie van 30 tot 35 procent (Zuidema, 2007) en vormen een belangrijke reden waarom mensen in een intramurale setting worden opgenomen (Frances & First, 1999). De beperkingen en ontregelingen die bij dementie optreden hebben ingrijpende gevolgen voor de kwaliteit van leven van de persoon met dementie.

Problemen in het geheugen, de communicatie en het begrip kunnen de omgang van familie en professionele zorgverleners met mensen met dementie bemoeilijken. Wanneer er bovendien sprake is van bijkomende problemen zoals agitatie, angst, apathie, depressie of psychoses wordt de omgang extra gecompliceerd en soms zeer problematisch (Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert, & Koopmans, 2010). Deze moeizame omgang kan er bij zorgende familieleden toe leiden dat zij zich zwaar belast voelen en bij zorgverleners dat zij werkstress en/of een verhoogde werkdruk ervaren. Dit kan weer leiden tot een verminderde arbeidssatisfactie en zelfs tot burn-out (Blegen, 1993; Shelledy, Mikles, May, & Youtsey, 1992). Deze aspecten van de 'kwaliteit van het werkende leven' krijgen het laatste decennium steeds meer aandacht in de zorgverlening (Arts, Kerkstra, van der Zee, & Huijser Abu-Saad, 2001; Bourbonnais, Comeau, Vezina, & Dion, 1998; Jansen, Kerkstra, Abu-Saad, & van der Zee, 1996).

Het ontwikkelen van interventies en het trainen van zorgverleners om beter om te kunnen gaan met mensen met cognitieve en omgangsproblemen is een efficiënte en effectieve manier om de stress op het werk te verlichten (Chappell & Novak, 1992) en kan de gedrags- en stemmingsontregelingen die optreden bij dementie deels voorkomen of verminderen, iets waar ook de cliënten uiteraard baat bij hebben. Zo heeft Kitwood (1997) beschreven dat positieve, persoonsgerichte omgangsvormen van zorgverleners leiden tot vermindering van symptomen zoals agressie en apathie bij mensen met dementie. Mede daarom is het van belang dat zorgverleners handvatten aangereikt krijgen om persoonsgerichte zorg voor hun bewoners gestalte te geven.

In de laatste decennia zijn vele initiatieven genomen om de omgang met demente ouderen te verbeteren (Droës, 1998; 2003), variërend van snoezelen (van Weert, 2005) en

bewegingsactivering (Droës, 1991; Heyn, Abreu, & Ottenbacher, 2004) tot reminiscentie (Woods & McKiernan, 1995; Woods, Specker, Jones, Orrell & Davies, 2005) en huisdiertherapie (van Mierlo, van der Roest, Meiland, & Droës, 2010a). Veel nieuwe zorgmethoden trachten aan te sluiten bij de subjectieve behoeften, wensen en beleving van mensen met dementie (Droës, de Lange, Vink, & Finnema, 2001). Deze zorgmethoden worden in Nederland ook wel aangeduid met de term belevingsgerichte zorg (Droës & Finnema, 2001; van der Kooij, 2003; de Lange, 2004). De belevingsgerichte zorg is erop gericht in het contact en de communicatie met mensen met dementie aan te sluiten bij hun beleving. De afgelopen twintig jaar zijn er verscheidene methoden ontwikkeld om deze vorm van zorg gestalte te geven (Finnema, Dröes, Ribbe, & Tilburg, 2000; van Mierlo, Meiland, & Dröes, 2010). Uit het onderzoek van Finnema en collega's (2005) komt naar voren dat bij zorgverleners die belevingsgerichte vaardigheden hebben ontwikkeld door training minder stress-reacties voorkomen (gemeten met de General Health Questionnaire) dan bij diegenen waarbij de belevingsgerichte vaardigheden niet toegenomen waren door de training. Bij zorgverleners die geïntegreerd snoezelen in de 24-uurszorg bij verpleeghuisbewoners met dementie zijn gaan toepassen is een toename van de arbeidssatisfactie en een afname van werkstress en burnout verschijnselen gevonden (van Weert, van Dulmen, Spreeuwenberg, Bensing, & Ribbe, 2005). Daarnaast is bekend dat zorgverleners die minder stress-reacties ervaren en een hogere arbeidssatisfactie hebben op hun beurt beter omgaan met mensen met dementie (van Weert, van Dulmen & Bensing, 2008). Dergelijke methoden kunnen dus zowel de kwaliteit van het werk van zorgverleners (zoals arbeidssatisfactie) als de kwaliteit van zorg positief beïnvloeden.

Een recent ontwikkelde, belevingsgerichte methode is de Veder Methode, een verbeeldingsmethodiek die tot doel heeft contact te maken met mensen met (onder meer) geheugenproblemen. Deze innovatieve methode wil de zorgverleners handvatten aanreiken om beter met ouderen met dementie te communiceren, zodat er wederkerigheid in het contact ontstaat en het gevoel van welzijn, de identiteit en het zelfvertrouwen van mensen met dementie wordt bevorderd en versterkt. De verwachting is dat dit een positief effect heeft op de omgang met mensen met dementie, de werkdruk en werkstress voor zorgverleners zal verminderen en de arbeidssatisfactie zal doen toenemen.

De Veder Methode onderscheidt zich van andere belevingsgerichte methoden, doordat het elementen uit bestaande methoden, zoals reminiscentie, validatie, (non)verbale belevingsgerichte communicatietechnieken en Neuro Linguïstisch Programmeren (NLP) met elkaar combineert. Uit eerder onderzoek is bekend dat deze methoden op zichzelf tot op zekere hoogte, maar nog niet optimaal, effectief zijn (Verkaik, van Weert, & Francke, 2005; Finnema et al., 2000; van Mierlo, Meiland, & Droës, 2010b; Zuidema, 2007). Er is daarom mogelijk winst te behalen door succesvolle elementen met elkaar te combineren.

Stichting Theater Veder heeft een unieke methode ontwikkeld waarin deze belevingsgerichte elementen met elkaar gecombineerd worden. Zoals de naam al aangeeft worden de elementen door middel van theatertechnieken toegepast. Deze theatertechnieken, dragen er toe bij dat het contact met mensen met dementie gemakkelijker gelegd kan worden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een programma waarin zang, poëzie, attributen en toneel de hoofdingrediënten zijn. Deze aspecten worden veelal door een rolmodel ingezet die een karakter speelt. Het één op één contact met de bewoners is een belangrijk onderdeel van de Veder Methode. Het programma van Stichting Theater Veder bestaat uit het geven van huiskamervoorstellingen en theatervoorstellingen aan bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en het trainen en coachen van zorgverleners zodat zij de Veder Methode zelf kunnen toepassen in de praktijk. Ook biedt de Stichting periodieke bijeenkomsten (de zogenaamde 'bruisplekken') aan zodat zorgverleners hun ervaringen kunnen uitwisselen en nieuwe inspiratie op kunnen doen. Het toepassen van de Veder Methode door zorgverleners in de praktijk kan op twee manieren: door het geven van huiskamervoorstellingen en door het toepassen van elementen uit de Veder Methode in het dagelijks contact met de bewoners. Stichting Theater Veder voert dit programma op grote schaal uit in vier regio's in Nederland. Op dit moment is in 12 zorgkoepels op 180 afdelingen het programma reeds uitgevoerd.

Met dit evaluatieonderzoek willen we in kaart brengen wat de ervaringen van de zorgverleners zijn met de Veder Methode. We richten ons daarbij enerzijds op 1) de toepasbaarheid van de methode door zorgverleners, anderzijds op de invloed van de methode op 2) arbeidssatisfactie, 3) werkbeleving en 4) zelfwaardering van zorgverleners. Een positieve invloed van het toepassen van de methode zou een afname van de werkdruk en de ervaren stress in het werk kunnen zijn en, daarmee samenhangend, verminderd ziekteverzuim.

Gebaseerd op deze vier onderdelen komen we tot de volgende vraagstellingen voor ons onderzoek.

1. Is de Veder Methode toepasbaar als huiskamervoorstelling en in de 24-uurszorg?
2. Wat is de invloed van het toepassen van de Veder Methode op de arbeidssatisfactie van zorgverleners ?
3. Wat is de invloed van het toepassen van de Veder Methode op de werkbeleving van zorgverleners?
4. Wat is de invloed van het toepassen van de Veder Methode op de zelfwaardering van zorgverleners?

In het navolgende wordt beschreven wat we onder de toepasbaarheid, arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaardering verstaan.

1.1 Toepasbaarheid

Bij dit onderdeel gaat het om de vraag in hoeverre de Veder Methode toepasbaar en bruikbaar is als huiskamervoorstelling en in hoeverre toepasbaar en bruikbaar in het dagelijks werk van de zorgverleners. Beheersing van de Veder Methode, wijze van uitvoering van de voorstelling en de implementatie in het dagelijks werk zijn de onderdelen waar we onderscheid tussen hebben gemaakt.

1. 2. Arbeidssatisfactie

Arbeidssatisfactie, of tevredenheid met het eigen werk, is een breed begrip, waaronder verscheidene deelonderwerpen kunnen worden geschaard, zoals: tevredenheid over (de betrokkenheid van) de leidinggevenden, tevredenheid met de kwaliteit van het werk, tevredenheid met contacten met collega's, tevredenheid met het contact met cliënten (wat krijg je terug van de cliënten), ervaren werkdruk, ontvangen waardering, goede informatievoorziening/heldere verwachtingen, ondersteuning van de organisatie. Het begrip Arbeidssatisfactie is in dit evaluatieonderzoek op basis van de Maastrichtse Arbeidssatisfactie Schaal voor de Gezondheidszorg (MAS-GZ) geoperationaliseerd (Landeweerd, Boumans, & Nissen, 1996). Wij hebben ons vooral gericht op de invloed van het toepassen van de Veder Methode op de tevredenheid met de kwaliteit van werken in de zorg en met het contact met bewoners en collega's.

1.3 Werkbeleving

De beleving van het werk draagt uiteraard bij aan de totale arbeidssatisfactie. Op basis van de Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VVBA; Veldhoven & Meijman 1994) hebben we ons in dit onderzoek gericht op een aantal onderdelen van deze vragenlijst waarop de toepassing van de Veder Methode invloed zou kunnen hebben. Deze zijn afwisseling in het werk en leermogelijkheden in het werk (door middel van de Veder methode).

1.4 Zelfwaardering

Rosenberg, Schooler, Schoenbach en Rosenberg (1995) onderscheiden twee niveaus van zelfwaardering. Ten eerste 'globale zelfwaardering', die omschreven kan worden als een persoonlijke positieve en negatieve attitude ten opzichte van jezelf als een totaalbeeld. Op een concreter niveau spreken zij van 'specifieke zelfwaardering' die meer gerelateerd is aan het eigen kunnen betreffende een bepaald aspect. Specifieke zelfwaardering draagt bij aan de globale zelfwaardering en vice versa draagt globale zelfwaardering bij aan de specifieke zelfwaardering. Het onderscheid is van belang omdat globale zelfwaardering meer relevant is voor het algemeen psychologisch welbevinden en specifieke zelfwaardering meer relevant voor bepaald gedrag. Dit laatste heeft veel gemeen met het concept self-efficacy zoals beschreven door Bandura (1982). Bandura (1982) beschrijft self-efficacy als het individuele vertrouwen in het eigen kunnen. Zelfwaardering van de zorgverleners in hun werkzaamheden en een gevoel van goed functioneren duidt op specifieke zelfwaardering, het is immers gerelateerd aan concreet gedrag betreffende hun werk. Met dit onderzoek willen we inzicht verwerven of het leren van de Veder Methode heeft bijgedragen aan het vergroten van de *specifieke* zelfwaardering en ook of dit tot uiting komt in toegenomen kwaliteiten die zorgverleners bij zichzelf waarnemen en daadwerkelijk inzetten bij de omgang met mensen met dementie.

2. Methoden

2.1 Focusgroepen

Focusgroepen zijn groepsinterviews waarin de interactie tussen deelnemers moet leiden tot meer inzicht in het onderwerp van onderzoek. Deze methode van onderzoek onderscheidt zich van (groeps)interviews waarin juist de interactie met de gespreksleider centraal staat. Een focusgroep is een geschikte methode om een nog onontgonnen terrein te exploreren en is vooral geschikt om attitudes en ervaringen van de deelnemers met een bepaald thema in kaart te brengen (Kitzinger, 1995; Peremans, 2010). Een focusgroep bestaat idealiter uit vier tot acht deelnemers en vindt plaats in een comfortabele setting. Er wordt gewerkt met een vooraf opgesteld script dat uniform is voor alle focusgroepen. Bij een focusgroep zijn een moderator en een observator aanwezig. De moderator is de gespreksleider en is verantwoordelijk voor het bewaken van het script en het groepsproces. De observator observeert de groepsprocessen en is verantwoordelijk voor de randvoorwaarden zoals het bedienen van de opnameapparatuur.

2.2 Deelnemers focusgroepen

De deelnemers van de focusgroepen hebben training en/of coaching ontvangen van Theater Veder (selectie criterium). Een deel van deze mensen neemt nog actief deel aan het vervolg- en bijscholingstraject van Theater Veder (de zogenaamde 'bruisplekken'). Er zijn vier focusgroepen samengesteld uit mensen die deze bruisplekken nog wel bezoeken, en één focusgroep is samengesteld uit mensen die wel training hebben ontvangen, maar niet meer actief betrokken zijn bij het project en de bruisplekken niet meer bezoeken.

2.3 Procedure

Er zijn vijf focusgroepen gehouden in twee regio's (Zuid-Nederland en de Randstad) met in totaal 35 zorgverleners. De vier focusgroepen (focusgroep 1 t/m 4) met de deelnemers die de bruisplekken nog wel actief bezoeken, zijn parallel aan de eerder genoemde 'bruisplek' gehouden. De deelnemers van de bruisplek werden in twee groepen opgesplitst en namen de ene helft van de middag deel aan de focusgroep en de andere helft van de middag aan de bruisplek. De deelnemers van de focusgroep die de bruisplekken niet meer bezoeken (focusgroep 5) zijn persoonlijk benaderd en uitgenodigd om een focusgroep tijdens de avonden bij te wonen. Alle focusgroepen zijn met toestemming van de deelnemers op video opgenomen.

De uitvoerend onderzoeker fungeerde als moderator, een onderzoeksassistent als observator. Door de moderator werd gebruik gemaakt van een vooraf opgesteld script. Bij elke focusgroep werd aangevangen met een voorstelronde. Het focusgroeps gesprek vond plaats aan de

hand van vier stellingen die opgesteld waren aan de hand van de vier hoofdthema's van het onderzoek (zie Tabel 1). In de stellingen werd gesproken over "Verbeeldingsmethodiek" in plaats van over de "Veder Methode", omdat veel zorgverleners de term "Verbeeldingsmethodiek" gebruiken. Voor de deelnemers was het duidelijk dat het de Veder Methode betrof. Elke deelnemer ontving de stellingen op papier en kreeg de mogelijkheid om zelf een reactie te geven op de stelling. Vervolgens werd er overgegaan tot een gesprek over de stellingen. Op die manier kregen de deelnemers de ruimte om eerst een eigen mening te formuleren. De lengte van de focusgroep varieerde van 60-90 minuten. Tevens zijn er achtergrondgegevens van de zorgverleners verzameld.

Alle video-opnames zijn verbatim getranscribeerd. Tevens is er een verslag geschreven van elke focusgroep waarin onder andere aandacht wordt besteed aan de sfeer, interactie en storende elementen tijdens de focusgroep.

Tabel 1: *Hoofdthema's en de bijbehorende stellingen*

Hoofdthema	Stelling
Toepasbaarheid/buikbaarheid Veder Methode	De uitvoering van de Verbeeldingsmethodiek gaat mij goed af.
Arbeidssatisfactie in relatie tot de Veder Methode	Het toepassen van de Verbeeldingsmethodiek draagt bij aan mijn werkplezier.
Werkbeleving in relatie tot de Veder Methode	Door de Verbeeldingsmethodiek communiceer ik gemakkelijker met de bewoners.
Zelfwaardering in relatie tot de Veder Methode	Door het toepassen van de Verbeeldingsmethodiek heb ik nieuwe kwaliteiten in mijzelf ontdekt.

2.4 Data-analyse

Alle verbatim uitgetypte focusgroepen zijn geanalyseerd en gecategoriseerd op tekstfragmenten. De categorieën zijn geformuleerd vanuit deductieve en inductieve redeneringen. *Deductief* redeneren houdt in dat vanuit een algemene wet of stelling een gevolgtrekking wordt gemaakt die wordt toegepast op concrete situaties en gebeurtenissen in de praktijk (Smith, 2003, pp. 342). In dit onderzoek is dit toegepast door van tevoren op basis van het script van de focusgroepen vier hoofdthema's te formuleren ('toepasbaarheid', 'arbeidssatisfactie', 'werkbeleving' en 'zelfwaardering'). Vervolgens is een codeerschema ontwikkeld, waarbij vier hoofdcategorieën, gebaseerd op de hoofdthema's, verder zijn onderverdeeld in subcategorieën van thema's die onder de hoofdthema's vallen. Als de situaties of gebeurtenissen vanuit de praktijk als basis gelden en dat vanuit daar algemene stellingen worden afgeleid, spreekt men van *inductief* redeneren (Smith, 2003, pp. 345). In dit onderzoek is ook inductief geredeneerd door het codeerschema waar nodig aan te vullen met nieuwe (sub)categorieën die tijdens de analyses van aanvullend belang bleken te zijn. Deze nieuwe (sub)categorieën zijn gebaseerd op onderwerpen die tijdens de focusgroepen aan bod bleken te komen, maar niet van tevoren in het codeerschema waren vastgelegd. De aanvullende categorieën zijn aan de hand van de eerste twee verbatim uitgetypte focusgroepen door twee onafhankelijke onderzoekers (MD en PG) geformuleerd. Deze methode van data-analyse geeft structuur aan de analyses en vergroot daarmee de reproduceerbaarheid van het onderzoek (Pope, Ziebland, & Mays, 2000). Bijlage 1 geeft het codeerschema weer.

Het coderen vond plaats door allereerst de uitgetypte focusgroepen volledig te lezen en herlezen om een beeld te krijgen van het materiaal. Daarna zijn de focusgroep transcripten gecodeerd aan de hand van het opgestelde codeerschema. Hierbij zijn steeds 'meaning units' bepaald. Dit zijn delen van de tekst die over hetzelfde thema gaan en daarom onder dezelfde code kunnen worden gecategoriseerd. Alle focusgroepen werden onafhankelijk gecodeerd door twee onderzoekers (MD en PG). De resultaten werden vervolgens vergeleken en uitvoerig besproken. Daar waar de onderzoekers citaten verschillend hadden gecodeerd, zijn zij door middel van discussie tot consensus gekomen over de codering. Vervolgens zijn alle gecodeerde citaten ingevoerd in de kwalitatieve dataverwerkingsapplicatie NVivo (NVivo, 1999). Met behulp van NVivo konden de resultaten per (sub)categorie worden geanalyseerd. De daaruit volgende thema's zijn beschreven in het hoofdstuk Resultaten. In het Resultaten hoofdstuk worden tevens citaten gepresenteerd die bedoeld zijn ter illustratie van de algemene beschrijving van de resultaten.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van de deelnemers en de groepsprocessen per focusgroep gepresenteerd. Vervolgens worden de resultaten per hoofdthema beschreven. De analyse van de gecategoriseerde data leverde informatie op over de hoofdthema's 'toepasbaarheid', 'arbeidssatisfactie', 'werkbeleving' en 'zelfwaardering' met betrekking tot de ervaring van zorgverleners met de Veder Methode. Daarnaast kwam tijdens de analyses een vijfde hoofdthema naar voren, namelijk 'randvoorwaarden'. Onder randvoorwaarden verstaan we de omstandigheden op het werk die al dan niet het succesvol implementeren van de Veder Methode mogelijk maken. Deze randvoorwaarden komen uitgebreid aan bod in de procesevaluatie die onderdeel is van het gehele onderzoek (fase 2). Het bespreken ervan was daarom geen doel van dit deelonderzoek. Enkele randvoorwaarden ('tijd en ruimte' en 'ervaren management steun') kwamen echter regelmatig ter sprake vanwege hun relatie met toepasbaarheid, arbeidssatisfactie en werkbeleving. Deze aspecten worden daarom in het huidige onderzoek toch beschreven.

3.1 Kenmerken deelnemers

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 46,2 jaar (sd 11,9), met een range van 22 tot 59 jaar. De meerderheid was vrouw (33 vrouwelijke deelnemers en 2 mannelijke deelnemers). Van de focusgroep-deelnemers die nog actief de bruisplekken bezochten (focusgroep 1 t/m 4) kwamen er 17 uit Zuid Nederland (in het vervolg wordt dit regio 1 genoemd) en 12 uit de Randstad (in het vervolg regio 2 genoemd). De zes deelnemers die niet meer naar de bruisplekken gingen (focusgroep 5) waren allen werkzaam in de Randstad (regio 2).

In tabel 2 zijn het aantal zorgkoepels en het aantal locaties die vertegenwoordigd waren door de deelnemers weergegeven.

Tabel 2: Geografische spreiding van de deelnemers

Regio	Aantal Deelnemers	Aantal Zorgkoepels	Aantal Locaties
Zuid Nederland (regio 1) (bezoekers bruisplek)	17	2	8
Randstad (regio 2) (bezoekers bruisplek)	12	3	7
Randstad (regio 2) (geen deelname aan bruisplek meer)	6	3	6
Totaal	35	8	21

De meerderheid van de deelnemers had de functie van activiteitenbegeleider (57,1%, n=20). Andere functies waren contactverzorgende (n=3), medewerker dagbesteding (n=3) en verzorgende (n = 2). De overige functies kwamen allen eenmaal voor: woonbegeleider, leerlingbegeleider, medewerker communicatie en cultuur, receptioniste, gastvrouw, vrijwilliger en medewerker welzijn en ontspanning. Het meest voorkomende opleidingsniveau was MBO (54,35%, n=19) maar ook een groot gedeelte had een HBO opleidingsniveau (34,3%, n=12). De overige twee deelnemers hadden de MAVO/ MULO afgerond.

3.2 Beschrijving groepsproces per focusgroep

Focusgroep 1 (regio 1)

Aan deze focusgroep hebben acht deelnemers meegedaan.

De sfeer tijdens deze focusgroep is in het begin wat afwachtend, maar positief. Zodra de voorstelronde begint, is er een ontspannen sfeer en beginnen de zorgverleners veel ervaringen uit te wisselen. Er wordt goed naar elkaar geluisterd en men stelt elkaar vragen. De voorstelronde neemt relatief veel tijd in beslag, maar levert ook nuttige informatie over de hoofdthema's van het onderzoek op. In verband met de beschikbare tijd neemt de gespreksleider bij de stellingen meer leiding. Bij de derde stelling is er een wat haastige sfeer in verband met de beschikbare tijd. Bij de vierde en laatste stelling is er weer meer rust.

De meeste deelnemers zijn op hun werk actief bezig met het organiseren en spelen van huis-kamervoorstellingen volgens de Veder Methode. De tendens van het gesprek is enthousiast en

er is veel behoefte aan uitwisseling over hoe men de methode toepast en welke thema's er worden gebruikt. De uitwisseling is interessant voor de deelnemers omdat zij veelal in verschillende huizen werken. De deelnemers zijn allen blij met de methodiek en dit blijkt ook uit het gehele gesprek.

Focusgroep 2 (regio 1)

Aan deze focusgroep hebben negen deelnemers meegedaan.

De sfeer tijdens deze focusgroep is van het begin af aan informeel en ontspannen. Dit kan te maken hebben met het feit dat de groep elkaar al in de workshop ervoor heeft leren kennen. Tijdens de voorstelronde worden er net als in de eerste focusgroep veel ervaringen uitgewisseld. Er is interesse in elkaar. Maar de zorgverleners zijn uiteindelijk toch meer gericht op de gespreksleider dan in de eerste focusgroep. Dit komt wellicht eveneens doordat men elkaar al kent uit de voorgaande workshop. Er zijn relatief veel deelnemers bij de focusgroep aanwezig (n=9). Hierdoor komt niet iedereen evenveel aan bod. Dit is vooral bij de laatste stelling het geval. Een aantal deelnemers is op hun werk actief bezig met het geven van huiskamervoorstellingen volgens de Veder Methode. De gezamenlijke passie voor de bewoners en de herkenning zorgen voor vertrouwen binnen de groep. Dit leidt ertoe dat iedereen actief meedoet in de groep en openlijk spreekt.

Focusgroep 3 (regio 2)

Aan deze focusgroep hebben zes deelnemers meegedaan.

De zorgverleners lijken elkaar al enigszins te kennen. Tijdens de voorstelronde vertellen de zorgverleners wie ze zijn, waar ze werken, wat voor werk ze doen en gaan ze vaak ook in op de Veder Methode. Iedereen luistert aandachtig naar elkaar en af en toe wordt er op elkaar ingehaakt. Ook is er een sfeer van met elkaar instemmen en niet zozeer van tegen elkaar in gaan. De gespreksleider vraagt veel door en vat samen wat er gezegd wordt. Omdat er een uur gereserveerd staat voor deze focusgroep en er veel te bespreken is wordt de sfeer aan het einde enigszins gehaast. Toch is het bij iedere stelling wel duidelijk geworden hoe de groep erover denkt.

Focusgroep 4 (regio 2)

Aan deze focusgroep hebben zes deelnemers meegedaan.

Het is merkbaar dat de groep al een uur samen is geweest. Bij binnenkomst worden er grappjes gemaakt en email adressen uitgewisseld. Er wordt van begin regelmatig gesproken over randvoorwaarden voor uitvoering van de activiteit (huiskamervoorstelling) in plaats van alleen over de stelling. Dit komt wellicht omdat de voorgaande workshop daar ook over ging. Er zijn een aantal storende factoren tijdens deze focusgroep omdat er regelmatig mensen aan de deur morrelen en aankloppen. Ook wordt een zorgverlener gebeld en neemt diegene de telefoon op. Er zit een behoorlijk tempo in de focusgroep, wat er toe leidt dat er niet altijd diep op elke stelling wordt ingegaan. De groep is het vaak eens met elkaar. Uiteindelijk levert het gesprek toch een scala aan nuttige opmerkingen over de stellingen op.

Focusgroep 5 (regio 2)

Aan deze focusgroep hebben zes deelnemers meegedaan.

Voorafgaand aan deze focusgroep wordt er door de observator en moderator gegeten met vijf van de zes zorgverleners. Dit is georganiseerd omdat deze deelnemers aan de focusgroep 's avonds geheel in hun eigen tijd komen. Het gaat hier om een groep mensen die de bruisplekken niet meer actief bezoekt. De focusgroep vindt plaats in een andere ruimte dan de maaltijd. Tijdens het gesprek zijn de zorgverleners betrokken bij elkaar en wordt er meestal goed naar elkaar geluisterd. Er wordt ook regelmatig tijdens het gesprek tegen elkaar in gegaan en de dynamiek is daarom levendig. De ene zorgverlener is dominanter in zijn/haar opstelling dan de andere, waardoor de gespreksleider er zorg voor moet dragen dat de rustigere mensen ook aan bod komen. Deze focusgroep duurt in totaal langer dan de andere vier focusgroepen. Enkele mensen geven op een gegeven moment aan dat zij ongeduldig worden en één zorgverlener moet vanwege de parkeermeter iets eerder weg. Mede omdat de deelnemers duidelijk een verschillende ervaring met en mening over de Veder Methode hebben, leidt het gesprek tot zinvolle en nieuwe inzichten.

3.3 Toepasbaarheid

Op de stelling ‘De uitvoering van de Verbeeldingsmethodiek gaat mij goed af’ worden voorbeelden genoemd over hoe de Veder Methode wordt toegepast en worden obstakels bij de uitvoering aangegeven door zorgverleners uit zowel regio 1 als regio 2.

Beheersing Veder Methode

Over het algemeen geven de zorgverleners aan dat het uitvoeren van een huiskamervoorstelling alsook het toepassen van de methode in de praktijk hen wel goed afgaat, enkelen geven aan dat dit zelfs mogelijk is wanneer er geen uitgebreide voorbereiding heeft plaatsgevonden. Desalniettemin geeft de meerderheid aan dat een goede voorbereiding aan de hand van een schema wel belangrijk is, zeker wanneer zij de huiskamervoorstelling nog niet zo vaak gedaan hebben. Sommige zorgverleners dachten aanvankelijk dat ze bepaalde onderdelen niet goed beheersten, zoals het voorlezen van gedichten, maar dan bleek in de praktijk dat het wel het gewenste effect had op de bewoners.

“Ja [het is eenvoudig om toe te passen], we hebben de eerste keer het schema er wel echt bij gehouden. We hadden het stiekem in de koffer gestopt, zeg maar, om een beetje een vaste leidraad te houden. Alleen dat gaat me nu wel goed af.” (101)

Wijze van toepassing van de huiskamervoorstelling

De zorgverleners die de bruisplekken nu nog bijwonen (focusgroep 1 t/m 4) voeren huiskamervoorstellingen uit binnen hun instelling. De zorgverleners die de bruisplekken niet meer bijwonen (focusgroep 5) voeren deze voorstellingen niet meer uit binnen hun instelling. De redenen die hiervoor worden gegeven zijn gevarieerd, bijvoorbeeld men is overgeplaatst naar een andere afdeling en/of werkt niet meer samen met degene(n) waarmee de voorstelling voorheen werd gedaan. Deze zorgverleners improviseren nog wel eens een sketch en passen de Veder Methode ook nog toe in hun dagelijks werk.

“Jij ziet dan dat spel er omheen wat je ook mee kunt nemen, dat is wat ik dagelijks doe in de koffietafel. Zonder een stuk, zonder kleding, speel ik alles. Maar wel van de ene minuut naar dit, en de andere minuut naar dat.” (119)

De zorgverleners die de Veder Methode wel in de vorm van een huiskamervoorstelling uitvoeren doen dit doorgaans samen met een andere collega (een vaste partner). De een is dan aangever in de voorstelling en de andere reageert daarop. Ze geven aan dat ze het script van de voorstelling geschikt vinden om te blijven herhalen. Een zorgverlener geeft aan dat de uitvoering haar goed af gaat, maar alleen wanneer de randvoorwaarden goed zijn.

Daarnaast wordt aangegeven dat de zorgverleners de Veder Methode als een goede basis zien die houvast geeft bij het maken van een voorstelling (zie ook werkbeleving). Dit is belangrijk om de kwaliteit te waarborgen. De invulling zoals het vormgeven van de karakters (rolmodellen), de liedjes en gedichten zijn van secundair belang en hierin kan improvisatie plaatsvinden zolang maar aan de methode wordt vastgehouden.

“Als ik het zo (wijzend) zou doen, dan is het een activiteit die wij al vaker doen. Verhalen en muziek (handbewegingen), en nou zoek ik een leuk gedichtje uit. Een bijpassend muziekje. Maar da is.. niet de Veder methode voor mij.” (105)

“Nee.. Daar zit echt die opbouw in?” (Moderator)

“Daar zit echt die opbouw in.” (105)

“Herkennen jullie (groep) dat ook wel, dat je daar onderscheid in hebt, dat je het echt wel aan die kapstok ophangt.” (Moderator)

“Ja. Wij maken ook echt wel een rode draad, zoals het in de map staat. We leggen het ook echt wel uit, dan dat onderdeel, dan dat onderdeel en dan die. Daar horen spelletjes bij. Zodat we ook echt wel een rode draad hebben.” (106)

Wat betreft de toepasbaarheid geven vooral de deelnemers van focusgroep 5 (regio 2) aan dat het belangrijk is dat er een veilige omgeving voor de bewoners gecreëerd wordt om de voorstelling aan te laten slaan. De bewoners moeten zich op hun gemak voelen en duidelijk zien dat de zorgverlener een rol speelt. Als aan deze voorwaarde niet voldaan wordt kan een voorstelling veel verwarring teweeg brengen voor de bewoners.

Ook zorgverleners uit de andere focusgroepen dragen als aandachtspunt aan dat de methode niet werkt wanneer de bewoners spanning en stress ervaren. Soms worden bewoners verward omdat ze niet begrijpen dat de zorgverlener een rol speelt. Verschillende zorgverleners geven daarom de voorkeur aan het expliciet duidelijk maken dat het om een voorstelling gaat, door bijvoorbeeld echt een podium te gebruiken, of vinden dat zorgverleners beter op een andere afdeling kunnen spelen dan op hun eigen afdeling.

Daarnaast vindt men het belangrijk dat de bewoners weten waarom ze bijvoorbeeld in een andere ruimte zijn. Soms is het moeilijk om dit gevoel van veiligheid te waarborgen.

*“...want die waren vergeten waarom ze in die ruimte neer waren gezet waar ze anders niet neer werden gezet. Normaal is er zingen, of er is film, en nu staan ze daar van; ‘zijn ze ons vergeten?’ Weet je wel? Zoiets hadden ze. Er was dus geen bereidheid (uitwisselende handbeweging) tot tegenspel of meegaan er in. En dan is er ook geen zin om herinneringen te delen want, er is alleen maar een hele grote angst. “ (2102, vrouw, 58 jaar)
“Er is geen veiligheid..” (2105, vrouw, 59 jaar)
“Ja precies. Dat vind ik ehh, erg belangrijk.” (2102, vrouw, 58 jaar)*

Het gevoel van onveiligheid kan er dus voor zorgen dat een huiskamervoorstelling aan haar doel voorbij gaat. Anderzijds zijn er ook voorbeelden van zorgverleners die vertellen dat ze een voorstelling als zeer moeizaam hadden ervaren, terwijl ze toch van een collega hoorden dat *‘die man de hele dag met zo’n (gebaart een glimlach) smile heeft rondgelopen’*.

Een laatste aandachtspunt bij de uitvoering van een huiskamervoorstelling heeft te maken met leeftijd en wordt aangedragen door een jongere zorgverlener. Zij geeft aan dat haar leeftijd het voor haar moeilijk maakt om reminiscentie toe te passen omdat zij onvoldoende in kan spelen op het verleden en de verhalen van de bewoners die los komen tijdens een voorstelling.

Veder Methode geïmplementeerd in het dagelijks werk

Een complete huiskamervoorstelling neerzetten voor de zorgverleners is vaak moeilijk vanwege tijdsgebrek (zie hoofdstuk randvoorwaarden). Elementen uit de Veder Methode worden echter zeer geregeld toegepast in het dagelijks werk.

In het dagelijkse activiteitenprogramma wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van zang en muziek. Enkelen geven aan regelmatig dan voorheen gedichten voor te lezen. Echt een andere rol aannemen en zich verkleden gebeurt zelden tijdens het dagelijkse werk. Het uitvergroten van een persoon die ze nadoen of het vergroten van hun eigen rol die ze op dat moment hebben (bijvoorbeeld: de geweldige tostibakker) wordt echter wel toegepast. Enkelen geven aan hierbij ook andere elementen uit de Veder Methode toe te passen, zoals elementen van reminiscentie.

“Nou ik heb, ik heb ehh, omdat ik, kijk. Wij spelen het niet als toneelstuk. Ik speel het wel, op het moment dat wij weer die AB-er erbij kregen. Kon ik die muziekmiddag gaan doen he, kort geleden. Daar speel ik gewoon die muziekmiddag maar gewoon mezelf. Wel toneel en alles maar zonder kostuum. (twee personen stemmen heftig in en complimenteren) En dan ben ik opeens Sjonnie Jordaan. Ja (steekt armen omhoog).” (117)

“Maar je bent wel een ander persoon op dat moment.” (Moderator)

“Ze zien dat ik het ben. Ik ben mezelf.” (117)

“Maar hij speelt even een rolletje.” (119)

De essentie van de Veder Methode, zoals echt even contact maken, eerst verbinding zoeken via het lange termijn geheugen en dan naar het hier en nu gaan, hebben velen verweven in hun dagelijks werk in de omgang met de bewoners. Zorgverleners passen dit zoveel mogelijk toe wanneer zij hier mogelijkheden voor zien. Zij zien dit als een verrijking in de omgang met de bewoners.

“En verder, ja gewoon in het dagelijkse werk. Het begint al met de krant voorlezen. Dan heb je vaak eerst het lange termijn geheugen dat je even moet prikkelen. Van, zo en zo, en weet u? En dit. Hè? Of, en dan ga je eigenlijk het artikel pas voorlezen. Dus eerst van okay, het komt waarschijnlijk aan, niet prompt verloren iets voorlezen.” (111)

3.4 Arbeidssatisfactie

Op de stelling “het toepassen van de Verbeeldingsmethodiek draagt bij aan mijn werkplezier” wordt unaniem positief gereageerd door de zorgverleners. Enkele zorgverleners nuanceren hun reactie op deze stelling door erbij te vermelden dat zij ook al veel werkplezier hadden voordat ze met Theater Veder in contact kwamen. Een enkeling is om die reden wat terughoudend om te stellen dat het werkplezier echt is toegenomen door de Veder Methodiek. Het enthousiasme over de methodiek wordt desalniettemin geuit met bewoordingen als ‘heerlijk’, ‘geweldig’, ‘fantastisch’, ‘het geeft energie’, ‘erg leuk om te doen’. Ter illustratie een geschreven reactie op de stelling:

“Ja, ik geniet ervan, beleef plezier aan het spelen en de interactie met de bewoner. Ben blij als de bewoner geniet.” (105)

Verrijking van het werk

Zowel in regio 1 en regio 2 zijn de zorgverleners van mening dat de Veder Methode een verrijking is voor hun werk. Anderen formuleren geven aan dat de methode 'meerwaarde geeft' of weer een 'nieuwe manier van benaderen' is. Op de vraag of de methodiek bijdraagt aan het werkplezier antwoorden de deelnemers bijvoorbeeld het volgende:

“Ja dat doet het zeker, weer een andere manier van benaderen. Het brengt je dicht bij de bewoners. Er gebeurt echt wat. Een klik, een bijzondere gebeurtenis.” (113)

“Je ontdekt andere kanalen. En dat is leuk.” (121)

Toegevoegde waarde van de theaterelementen

Bepaalde elementen van de methode worden specifiek genoemd in relatie tot het werkplezier. Elementen die worden genoemd zijn het gebruik van muziek, liedjes en gedichten en het spelen van een typetje.

“Gedichten, ja....Van jongs af aan vind ik dat al mooi. Maar ik gebruikte ze nooit in mijn werk. En nou eigenlijk wel iets meer ja.” (132)

“Vroeger vond ik op school het vak ‘drama’ helemaal fantastisch. Dus het heeft me altijd heel erg aangesproken. En nou mag ik het onder werktijd gewoon gaan doen, ik vind het een cadeautje. En dat vind ik zo geweldig dat dat gewoon kan. Want je geniet er zelf gewoon heel erg van ook.” (103)

De voorgaande citaten maken duidelijk dat deze zorgverleners al enthousiast waren over het gebruik van respectievelijk gedichten en drama voordat zij kennis maakten met de methode. Bij meerdere zorgverleners bleek dit het geval te zijn. Zij zagen het als een voorrecht dat zij datgene wat hen al aansprak nu kunnen gebruiken in hun werk. En zijn echter ook zorgverleners die aangeven dat zij bij aanvang een drempel hebben ervaren om theaterelementen te gebruiken in hun werk.

“...ik zag mezelf eerst niet zo op de voorgrond staan....maar nou ben je toch een heel ander mens zeg maar, als je een beetje verscholen zit in je rol kan je heel anders reageren. Dus ik ben toch wel blij dat ik me heb aangesloten.” (101)

Uit het voorgaande citaat blijkt tevens dat het aannemen van een rol kan helpen om op een andere manier met de bewoners om te gaan. Verschillende zorgverleners geven aan dat het

spelen van een typetje of het spontaan aannemen van een andere rol in een dagelijkse situatie een gevoel van vrijheid geeft.

“Lekker uit je dak gaan” (129)

“Handrem eraf” (130)

“Ja. Je hoeft ook niet een bepaalde...hoe zeg je dat. Bepaalde ‘gedragsregels’ te hantieren zeg maar, als je een typetje speelt (...) Dat vind ik wel fijn daar aan.” (groep stemt in) (129)

Het enthousiasme over het spelen van een rol was in regio 1 het duidelijkst aanwezig. Tijdens de focusgroepsgesprekken vond dan ook veel enthousiaste uitwisseling plaats over welke rol iedereen heeft. Er werd dan met name gedoeld op de rol die wordt aangenomen tijdens een huiskamervoorstelling. In regio 2 gaven juist veel zorgverleners aan dat zij het spontaan aannemen van een rol (en het ook wisselen van rollen) een prettige manier vinden om te communiceren met bewoners.

Contact met bewoners

Met name de interactie met bewoners wordt door de deelnemers als zeer positief ervaren bij het toepassen van de Veder Methode. Uit alle focusgroepen blijkt dat het contact met de bewoner belangrijk is voor het werkplezier van de zorgverleners. Veranderingen in het contact met de bewoner die worden genoemd als gevolg van de toepassing van de Veder Methode, zijn: ‘meer individueel contact’, ‘het geven van meer complimenten’, ‘mooie gesprekken’, ‘luchtiger’ of ‘speelser’ contact of juist ‘intensier’ contact. De volgende zorgverlener geeft aan dat zij vooral in het dagelijkse contact met de bewoners de meerwaarde van de methode ervaart:

“Niet echt de voorstellingen, maar meer het speelse tussendoor. Dat het veel momenten geeft van dat je, contact voelt, zeg maar. Met mensen, en ja, contact vind ik het leukste van het werk, dus...” (112)

Een zorgverlener die tot de groep behoort die de bruisplekken niet meer bezoekt, is ook positief over wat de trainingen van Theater Veder opgeleverd hebben. Deze deelnemer ervaart het nut nog steeds in het dagelijks werk en benoemt het als volgt:

“Ik heb meer begrip en waardering voor de geschiedenis van individuen (...) en doordat ik meer begrip heb, heb ik meer lichtheid verworven eigenlijk, in veel dingen” (...) (118)

“Meer lichtheid, zo hey! Wauw, dat hebben die mensen zo nodig, lichtheid. Het is allemaal zo donker en duister, het is allemaal zo...Ik ben blij dat jij ehh, met die mensen werkt” (119)

“Ik ook”. (118)

Een andere zorgverlener vertelt dat ze meer oog heeft voor de bewoners, ook tijdens de dagelijkse zorg. Als een bewoner verdrietig is erkent ze nu het gevoel. Eerder zou ze zo'n bewoner proberen af te leiden door te zeggen 'wilt u een kopje thee'.

“Je benoemt eigenlijk het gevoel.. En dan... Ja.. Dan voelen zij zich begrepen.” (132)

“(Knikt ja) En gehoord.” (133)

“Ja, ja..” (132)

“Want ik denk dat ze daar het meeste behoefte aan hebben. Het ‘we zijn der nog’ en ‘we mogen er zijn.’ Dat er inderdaad naar ze geluisterd wordt en dat ze gehoord worden.” (133)

Positieve reacties van bewoners

De reacties van de bewoners op de Veder Methode zijn voor zorgverleners zeer bepalend voor het plezier dat zij beleven in de toepassing van de methode. Vrijwel alle zorgverleners noemden dit expliciet tijdens de focusgroepsgesprekken. Het gaat dan vaak om reacties die men anders niet krijgt van bewoners.

“Want je merkt wel echt dat de bewoners er van kunnen genieten. Waar je normaal geen reactie van terugkrijgt, zie je nou een glimlach of ehh wel een reactie, of die spontaan mee begint te zingen, ja!” (101)

Een zorgverlener vertelt daarnaast dat zij het leuke van het spelen vindt, dat ze er meer door te weten komt over de bewoners. Een enkele zorgverlener had het niet alleen over reacties van bewoners op henzelf, maar ook over de reacties die bewoners onderling uitwisselden. Een activiteitenbegeleider geeft aan dat ze dat het mooiste vindt wat er is, ze vindt dat namelijk haar taak: dingen aanreiken zodat de mensen er zelf mee aan de gang kunnen.

“De groep, die wordt vrolijker en praat meer met elkaar” (130)

“En dat is ook belangrijk voor je werkplezier?” (Moderator)

(bevestigend) “Dat werkt ook weer door in mijn werkplezier. En ook voor mezelf werkt het denk ik prettiger als ze vrolijker zijn.” (130)

“Vooral...Je kijkt naar je bewoners, hoe die erop reageren. Dus als ik zie dat die er heel positief op reageren, ja...Eigenlijk als die een tijd aandacht hebben, en geboeid zijn, meedoen...Ja daar doe je het voor” (105)

De soms ‘verbluffende’ en ‘hartverwarmende’ reacties die men ziet bij bewoners worden meerdere malen genoemd.

“Er was één mevrouw die zich anders nooit roerde, die je nooit hoorde of zag zeg maar. Nou, die ging er helemaal in mee. Die begon ineens te babbelen en vragen te stellen.” (118)

De ervaring van enkele zorgverleners is dat bewoners elkaar ook aanvullen en zelf beginnen te vertellen, waar zij als zorgverlener weer op in kunnen haken. Bewoners vinden het prettig om het over vroeger te hebben.

“Over het algemeen zijn mensen heel blij dat je het over vroeger bijvoorbeeld hebt. Want dat herkennen ze.” (133)

Uit de focusgroepsgesprekken blijkt dat bewoners niet alleen op deze manier reageren als de Veder Methode wordt toegepast in de vorm van een huiskamervoorstelling, maar dat de zorgverleners ook merken dat deze reacties komen wanneer de methode in de dagelijkse zorg spontaan wordt toegepast door een liedje te zingen of kort een rol aan te nemen en daar mee te spelen.

Zo zijn er meer voorbeelden van de positieve uitwerking van de methode op bewoners, hetgeen vervolgens weer voor arbeidstevredenheid onder zorgverleners zorgt. Zo’n voorbeeld zijn bewoners die de zorgverleners nog op een positieve manier herkennen als zijnde de (rol)persoon uit de huiskamervoorstelling.

“En hun herkennen jou ook (knikt ja). ‘Hey Jansen’ zeggen ze. Ik heet dan tante Jans, ‘hey Jansen’. En dan sta ik zelf ook verbaast van hehh?!? Hoe kan dat nou?” (132)

Tot slot geven enkele zorgverleners aan dat de toepassing van de methode in hun dagelijks werk zo’n meerwaarde heeft omdat het hen helpt om op een luchtige manier met de bewoners om te gaan. Op die manier wordt men uit ‘dat verpleeggevoel’ gehaald. Een deelnemer uit regio 1 brengt dat als volgt onder woorden:

“Bijvoorbeeld door Theater Veder kom ik er ook heel duidelijk achter dat muziek gewoon heel belangrijk is. (...) Als je dan die tafel dekt, je zingt toch dat lied of je maakt gewoon is een opmerking wat je voorheen misschien niet had gedaan. Dat je toch ziet dat je bij

de bewoners wat losmaakt en iets prikkels. Dat je ze even ut de sleur haalt ofzo, of uit het dipje” (131)

Al met al is de ervaring van de zorgverleners dat de Veder Methode vooral veel positieve reacties teweeg brengt bij bewoners. De zorgverleners ervaren deze reacties als een belangrijke bevestiging van hun werk, want ‘daar doe je het toch voor’.

Negatieve reacties van bewoners

Met name in de focusgroep met mensen die de bruisplekken niet meer bezoeken komen ook enkele onderdelen naar voren die moeizaam gaan of gingen bij het werken met de Veder Methode. Eén zorgverlener is bang voor negatieve reacties van de cliënten als zij een huiskamervoorstelling speelt.

“Dat zo, je band met zo’n cliënt aangetast wordt. Dat kan net zo goed. Dat ze het idee hebben dat je hun ineens als een klein kind behandelt. Terwijl je daarvoor toch over hedendaagse problemen zit te praten.” (120)

Deze zorgverlener is bang dat de bewoners zich kinderachtig behandeld voelen door het toneelspel. De groep reageert hierop dat het belangrijk is dat je duidelijk maakt dat je een rol speelt en dat je randvoorwaarden schept zodat cliënten zich veilig voelen. Andere zorgverleners in deze focusgroep zijn het ermee eens dat deze veiligheid weg kan zijn als jij in een rol zit en er geen bekend persoon meer in de ruimte is.

“Ik ben zo erg een moeilijkheid gaan ervaren als ik echt een huiskamervoorstelling ging spelen. In het begin vanwege het huiswerk enzo. En dat mensen bezig waren met: ‘Is dit nou (naam persoon)?’ ‘Wie is (naam persoon)?’ “ (119)

“Ja dat bedoel ik ja” (117)

“ ‘Is het (naam persoon)?’ ‘Is het niet (naam persoon)?’ Weet je dan waren ze helemaal afgeleid gewoon.” (119)

Zoals eerder genoemd als aandachtspunt kan verwarring bij bewoners of cliënten rondom het feit dat je opeens een rol speelt het daadwerkelijk spelen van een huiskamervoorstelling belemmeren. Daarom wordt het door sommigen als lastig ervaren om op de eigen afdeling te spelen.

Een ander aandachtspunt betreft de reacties op huiskamervoorstellingen. Er wordt bijvoorbeeld gesproken over het feit dat sommige bewoners het kinderachtig vinden. Het gaat dan meestal om bewoners die zich nog in een beginstadium van dementie bevinden. Een zorgverlener zegt hier het volgende over:

“Daar moet je wel een beetje voor oppassen” (126)

“Maar je gebruikt het (‘de methodiek’ red.) nog wel?” (Moderator)

“Ja zeker, en dan vooral met gezegdes, en met zingen, en met spel ja. Zeer zeker ja”. (126)

Met deze woorden wil de zorgverlener aangeven dat bepaalde elementen goed gebruikt kunnen worden bij de doelgroep met beginnende dementie, maar dat een echte voorstelling niet altijd aanslaat. Anderzijds geeft een andere deelnemer in een andere focusgroep aan dat zij soms het idee heeft dan bewoners in een beginstadium van dementie zo'n voorstelling, ondanks dat ze zeggen dat ze het kinderachtig vinden, toch 'stiekem wel leuk vinden', maar dit niet willen toegeven in verband met de ontkenning van het ziektebeeld.

Door twee verschillende zorgverleners wordt ook de opmerking gemaakt dat het belangrijk is dat je geen reacties losmaakt die niet goed zijn voor de bewoners zijn. Een zorgverlener in regio 1 selecteert daarom bewust alleen die mensen die er naar haar inschatting wat aan hebben.

“Bij ons zijn er nog mensen waar gewoon geen reminiscentie bij toegepast mag worden omdat die gewoon een te heftig verleden hebben. En die willen ook absoluut niet terug in het verleden dus daar wordt ook zulke dingen niet bij gedaan. En degene die daarbij zitten genieten daar wel heel erg van. Die vinden het toch wel leuk” (106)

Als er negatieve reacties zijn hebben deze dus vaak te maken met de doelgroep, bijvoorbeeld mensen met beginnende dementie die het kinderachtig vinden of wanneer een gevoel van onveiligheid ontstaat omdat de bewoner niet weet wat er gaat komen.

Collegiaal contact

In alle focusgroepen werd aangegeven dat het werkplezier ook werd vergroot door het collegiale contact dat er is rondom het toepassen van de Veder Methode in de vorm van een huis-kamervoorstelling.

“M'n collega met wie ik dat deed, gaf dat ook veel plezier, het droeg ook bij weer aan de versterking van de...” (118)

“Band” (119)

“...van de band” (118)

“Dat is een goeie ja”. (119)

“En het gaf natuurlijk ook weer een beeld af naar de mensen van de zorg. Ja.” (118)

Eén zorgverlener (119) zegt dat de collegiale banden met degene met wie deze persoon de huiskamervoorstelling speelde, werden versterkt. Daarnaast geeft diegene in het voorgaande citaat de scheiding tussen activiteitenbegeleider en 'de mensen van de zorg' aan en is van mening dat ook de mensen van de zorg wat kunnen opsteken van hoe zij als activiteitenbegeleiders met de bewoners bezig zijn. Een zorgverlener in regio 1 vertelt dat er ook een collega van de zorg meedoet aan het project en dat ze de samenwerking die er nu is met collega's als een belangrijke meerwaarde voor het werk ervaart.

"Ik moet zeggen, wij hebben er ook iemand van de zorg bij. Het is ook wel heel leuk om iemand zo van een andere kant te zien. Ja, dat is heel anders maar ook echt heel leuk...Ja ik vind de samenwerking gewoon super eigenlijk. (...) we kunnen samen dingen delen die we ervaren zeg maar. En dat is ook, vind ik een hele leuke manier van werken ook. (108)

Een andere zorgverlener geeft aan dat de gezamenlijke voorbereidingen van een huiskamervoorstelling met name bijdrage aan het werkplezier, omdat ze normaal gesproken verder alleen werkt op haar eigen unit.

"...het is een oplaadpunt, ehh voor ons. Zeker het voorbereiden en het bedenken samen met mijn collega. Daar kunnen we zo een ongelofelijke lol hebben. Alleen als je er over zit te praten. Vaak tijdens de lunch of als je ergens heen loopt met zijn tweeën. (...) Je voelt je dan wel heel erg een team. Ik vind dat dat ook heel belangrijk is." (110)

De samenwerking met collega's voor het uitvoeren van een voorstelling wordt als zeer positief ervaren, mede omdat je jezelf en elkaar beter leert kennen. De volgende uitwisseling tussen twee deelnemers is een mooie illustratie hiervan:

"En je laat ook veel van jezelf zien he? Daarin." (112)

"Ja, ja, ja." (110)

"Je leert wel jezelf kennen." (112)

"Ja, ja, ja. Maar ook de ander. Raakpunten en je krijgt meer humor onderling. Het is ehh (brede glimlach) leuk!" (110)

Gebrek aan ondersteuning en medewerking van collega's die de Veder Methode niet toepassen wordt echter ook genoemd. Bij het organiseren en spelen van een huiskamervoorstelling is er bijvoorbeeld extra hulp nodig om de randvoorwaarden te scheppen en die wordt niet altijd gemakkelijk verkregen.

“Er zijn ook collega’s die hebben er niet zoveel mee he, die vinden het eigenlijk (knikt nee), niet zo, leuk. Dus we hadden toen eigenlijk gehoopt en gevraagd, van goh, kan er iemand anders dan bij zijn om de deur open te doen. Of de telefoon te doen, weet je wel. (112)

“Dat is al veel gevraagd (sarcastisch)” (127)

”Ja, maar dat ze dan allemaal (afwerend gebaar)van: ohw, jullie zijn er al met zijn tweeën”. (112)

“Jij bent toch de activiteitenbegeleidster” (127)

” En ze hebben ook geen belangstelling voor mij, en dat vind ik wel ‘ns, dat vind ik wel ‘ns jammer” (112)

Deze geringe betrokkenheid en interesse van collega’s, vooral uit de zorg, wordt als belemmerend of vervelend ervaren. Een zorgverlener in regio 2 vertelde dat het doorgaan met de Veder Methode ter discussie wordt gesteld door haar collega’s.

In de focusgroepen met mensen die de bruisplekken wel bezoeken gaat het gesprek regelmatig over het overtuigen van collega’s uit de zorg van het belang van het toepassen van de Veder Methode.

“Een heel groot gedeelte weet eigenlijk helemaal niet wat het inhoudt. En wat de achterliggende gedachte is en waarom je het doet.” (114)

Het enthousiasme voor de methode is er vaak dus vooral bij de zorgverlener die de Veder Methode zelf toepast en minder bij de collega’s, vaak uit de zorg, die de methode niet toepassen.

3.5 Werkbeleving

Om het gesprek over werkbeleving in relatie tot het toepassen van de Veder Methode op gang te brengen, werd aangevangen met de stelling: “Door de Verbeeldingsmethodiek communiceer ik gemakkelijker met bewoners”. In de hierna volgende tekst zal worden ingegaan op die opmerkingen van de zorgverleners die gaan over de invloed van de Veder Methode op de werkbeleving in het algemeen en de communicatie met bewoners in het bijzonder.

De Veder Methode als ‘kapstok’ en ‘houvast’

In drie focusgroepen kwam naar voren dat het werken met de methode als prettig wordt ervaren omdat de methode de zorgverleners een kapstok biedt die als basis kan dienen tijdens de

huiskamervoorstellingen en voor het dagelijks werk. Een aantal zorgverleners verwijst specifiek naar de methode zoals deze op papier is gezet door Theater Veder.

“Ja, ik vind het fijn om te doen. Het gaat me ook heel goed af. Ik vind het ook heel duidelijk. Van, beginnen met het voorstellen, en dan zie je ook al vaak dat mensen zelf al inspelen en komen met een verhaal. Waar jij dan ook weer op verder kunt borduren. Dat vind ik heel fijn. En gedichtjes en liedjes dat spreekt de mensen ook altijd aan. Anders zitten ze alleen maar in een stoel en dan komt er niet veel uit. En als je dan zo (beeld met armen uit) begint...Dus dat vind ik altijd wel prettig. Het is ook heel duidelijk.” (109)

“Het is een hele duidelijke structuur he (..) Omdat (handgebaar) het heel logisch is. Dus je springt nie van... Kijk normaal als je, als je het een beetje los gaat laten, ga je van de hak op de tak springen, terwijl nu neem je ze heel gestructureerd mee. En daar mogen hun op inkomen... Maar het blijft, die structuren blijven heel herkenbaar. Dat vind ik heel prettig.” (105)

“Voor jezelf en voor de bewoners..” (Moderator)

“Voor mezelf ook ja. Als het voor mij duidelijk is dan kan ik het ook veel duidelijker naar die bewoners brengen.” (105)

Veel zorgverleners geven aan dat ze onbewust al voor een deel volgens de methode werkten, maar dat ze nu meer diepgang kunnen geven aan hetgeen ze doen. Een zorgverlener waardeert het werken met de methode mede om deze reden:

“Terwijl, als je een keer een basis hebt, zoals Veder ook, dan heb je iets. Een stukje routine in je werk kan geen kwaad. Daar kunnen juist een heleboel leuke dingen bij.” (117)

Een andere bewoording die wordt gegeven aan de methode is ‘een rode draad’, hoewel er ook een deelnemer is die het juist moeilijk vindt om in haar rol te blijven als ze de draad even kwijt is tijdens de voorstelling. Een andere zorgverlener maakt in dit kader een opvallende opmerking. Zij zegt dat de methode haar juist helpt om los te laten. Dit lijkt een contradictio in terminis, maar heeft te maken met het feit dat de methode helpt om niet te erg gefocust te zijn op het zo perfect mogelijk spelen van een rol (dat dus los te laten), maar juist vrij te spelen terwijl men vasthoudt aan de grote lijnen.

Bewuster en belevingsgerichter communiceren

Een primaire reactie op de stelling was er vaak een in de trant van “de communicatie met bewoners ging mij al goed af” of “met contact maken heb ik nooit moeite gehad”. Maar daarop volgde vrijwel altijd de opmerking dat men nu wel bewuster is gaan communiceren met bewoners. Een deelnemer uit regio 1 verwoordt het als volgt:

“En naast de optredens gebruik ik het ook in de contactmomenten met bewoners. Dus dat je je ook meer bewust bent dat je de mensen ook ziet. Dat je ze ook echt aandacht geeft en niet makkelijk aan ze voorbij loopt. Dat ben ik me ook meer bewust geworden hè, dat je, dat ze gezien willen worden. Het is zo makkelijk om iemand even kort aandacht te geven en ze even het gevoel te geven dat iemand ze ziet..ja. dat vind ik wel mooi.” (103)

Het voorgaande citaat is een goede illustratie voor wat andere deelnemers ook vaak verwoordden. De bewustwording van de eigen communicatie is een aspect maar ook het feit dat je met kleine dingen al veel kunt betekenen voor de bewoner.

“Ik ben er bewuster van geworden dat mensen met een klein woordje aan hulp, al een heel verhaal uit kunnen vertellen.” (106)

Met wat deze zorgverlener zegt, komen we direct bij een ander aspect dat wordt genoemd in relatie tot de Veder Methode. Er wordt door verscheidene zorgverleners aangegeven dat men de bewoners beter heeft leren kennen dankzij het project. Een jonge zorgverlener ervaart het als positief dat ze nu veel beter kan meepraten over dingen van vroeger. De deelnemers van de focusgroepen uit regio 1 geven ook aan dat ze de bewoners (ook van andere afdelingen) beter bij naam kennen sinds ze de huiskamervoorstellingen hebben gespeeld. En dit komt het contact ten goede.

Ook maken sommige zorgverleners naar hun eigen zeggen meer 1-op-1 contact sinds zij getraind zijn door Theater Veder.

“Ik geef nou meer complimentjes en ehh... en meer individuele aandacht in plaats van in een groepsactiviteit.” (101)

Een paar zorgverleners uit regio 2 geven aan dat zij meer tijd nemen voor de wederzijdse kennismaking. En ook geven een paar mensen aan dat zij nu meer fysiek contact maken, als de bewoner dat toelaat.

Verscheidene zorgverleners vertellen dat zij meer aandacht hebben voor de beleving en gevoelens van de bewoners. En dat de methode kan helpen om hier (letterlijk en figuurlijk) op in te spelen door eerst (ook) terug te gaan naar het verleden en mee te gaan in de beleving. Dit wordt tijdens de focusgroeps gesprekken geïllustreerd aan de hand van verschillende voorbeelden.

“Bijvoorbeeld, wij hebben een bewoonster. Die man die is al een half jaar geleden overleden. En die vraagt iedere dag nog: ‘Waar is mijn man?’ (...) We proberen nou om terug op haar verleden te gaan (...). Terug in de tijd en daarvoor de tijd nemen. Want vaak wordt het ook wel gewoon: ‘nie huilen, kom nou’ ja...Dat wordt weggewuifd. De herinne-

ring die hun nog hebben, die hebben ze namelijk nog wel. En die moeten wij, die probeer ik nou zelf ook te pakken. Het daarover te hebben.” (135)

Dit is een van de voorbeelden die goed laten zien dat er meer aandacht is voor de beleving van de bewoner sinds men met de Veder Methode werkt.

Creatiever communiceren

In het voorgaande deel wordt beschreven dat de zorgverleners bewuster en belevingsgerichter zijn gaan communiceren, met meer aandacht voor het individu. De zorgverleners geven ook aan dat zij dankzij de verschillende elementen van de Veder Methode ook nieuwe creatievere manieren hebben ontdekt waarop ze kunnen communiceren met bewoners. Een deelnemer uit focusgroep uit regio 2 illustreert dit met een voorbeeld waarin ze vertelt dat het soms moeilijk is om een bewoner te activeren om ergens aan mee te doen.

“Dan trek je aan allerlei registers. En die Verbeeldingsmethodieken die maken dat je zelf ook meer, voelsprietten krijgt. Van hey, zo kan 't ook. Ik moet er een grap tegenaan gooien of zo, ik moet niet trekken en niet duwen. Maar met humor brengen.” (121)

Deze zorgverlener geeft aan dat zij dankzij deze methode op andere manieren contact kan maken en hierin kan experimenteren. In dit geval wordt als voorbeeld het gebruik van humor genoemd. Het gebruik van humor wordt door veel zorgverleners als nieuw en verrijkend ervaren in de communicatie met de bewoners. Maar er zijn ook zorgverleners die hebben gemerkt dat andere elementen van de Veder Methode hen helpen in de communicatie. Zo zijn er een aantal zorgverleners die het gebruik van gedichten in de communicatie zijn gaan waarderen.

“En de kracht, van een gedicht. Er zijn mensen die helemaal niks met gedichten hadden. Maar ik noem maar wat, als het zomer is en je zoekt gedichten daarop uit, dat heb ik al eens eerder gezegd. Dan merk je zelfs dat in de kleine contacten als je het daarop uitzoekt. Dat er communicatie op gang komt op zo'n manier.” (110)

“Verbeelding en liedjes enzo...En iets theatraals..Maar dat deed ik eigenlijk al. Voor mij zijn de gedichten wel een echte toevoeging. Dat gebruik ik nu veel meer, ja.” (112)

Uit het bovenste citaat blijkt dat gedichten een ingang kunnen zijn om contact te maken met bewoners. Andere zorgverleners zijn meer liedjes met de bewoners gaan zingen.

“En inderdaad de liedjes, ik merk ook dat je het wat makkelijker...het voortrekt en even echt een lied, met zijn allen gaat zingen. Dat wordt gewoner.” (125)

Een aantal zorgverleners geeft daarnaast aan dat ze door de Veder Methode beter kunnen switchen tussen rollen en dat dat hen helpt in de communicatie.

“Je bent al altijd bezig met communiceren dat kunnen we ook allemaal neem ik aan, maar ik denk dat je je door Theater Veder ook soort van, je kan een nieuwe houding aannemen. Of je speelt iemand, of.. Dat je eigenlijk niet jezelf bent, maar op dat moment speel je iemand. Maar op dat moment raak je diegene wel. Dat heb ik eigenlijk wel met Veder.” (114)

Het wisselen van rollen sluit ook aan bij het ‘opentrekken van verschillende registers’, zoals een zorgverlener dit in een eerder genoemd citaat noemt. Tot slot wordt het in een kring zitten door een zorgverlener genoemd als iets wat ze in haar dagelijks werk toepast om ervoor te zorgen dat mensen ‘niet ieder voor zich’ in de huiskamer bezig zijn. Wat in alle focusgroepen duidelijk naar voren komt, is dat het als belangrijk wordt ervaren om alle elementen van de Veder Methode vooral dicht bij jezelf te houden.

“Je moet iets doen wat bij je ligt. Als je dat niet doet, dan werkt het niet.” (118)

Dus kies alleen een gedicht uit dat jezelf ook aanspreekt, neem alleen een rol aan in het spel die dicht bij je ligt, het moet niet geforceerd zijn. Al met al geeft de Veder Methode zorgverleners ingangen om op creatieve wijze contact met bewoners te maken.

3.6 Zelfwaardering

Om meer over de zelfwaardering in relatie tot de toepassing van de Veder Methode te weten te komen is de stelling “Door het toepassen van de Verbeeldingsmethodiek heb ik nieuwe kwaliteiten in mijzelf ontdekt” aan de deelnemers voorgelegd. Met deze stelling wordt meer inzicht verkregen in ‘specifieke zelfwaardering’ zoals beschreven door Rosenberg et al. (1996).

De resultaten laten zien dat een gedeelte van de deelnemers het geleerde reeds toepasten in de praktijk. Verschillende zorgverleners geven aan dat ze reeds ervaring hadden met theater en/of zang. Echter deze groep geeft ook aan dat ze zich nu bewuster zijn van de methodiek en ze deze ook bewuster en verfijnder toepassen. Het heeft hun kwaliteiten als het ware versterkt. Ook kregen verschillende van hen hierdoor een positieve bevestiging voor de werkwijze die ze al toepasten.

“Je kunt, je kunt sommige dingen echt al gewoon vanuit jezelf. Maar dan is het voor jezelf ook fijn, als je dan bewust wordt, van wat je aan het doen bent.” (116)

“Het is ook bevestigend geweest.” (119)

“Jaha” (Bevestigend) (118)

“Dus dat heeft een goed iets bijgedragen. Hé ik ben goed bezig! Want je herkent in hun methodiek wat je zelf al doet. (Groep stemt in) En dat is hartstikke leuk en prettig.” (119)

Andere zorgverleners gaven aan dat ze voor het geven van een huiskamervoorstelling een drempel over moesten en hiervoor was durf en lef nodig. Durven in de zin van leiding nemen en een rol neerzetten maar ook het bespreken van moeilijke thema's (zoals seksualiteit). Hierdoor kwamen kwaliteiten, die zij volgens henzelf al hadden, aan het licht. Soms werkte het ook omgekeerd, namelijk dat het aannemen van een rol ervoor zorgde dat ze meer durfden: bij het neerzetten van een rol ervaren ze meer zelfvertrouwen, meer expressie en minder terughoudendheid en voelen ze zich vrijer. Enkele gaven aan dat dit ook doorwerkte in hun dagelijks functioneren als zorgverlener en zelfs privé.

“Nou ik had nooit verwacht dat ik het, zou gaan doen. Ik ben best wel terughoudend en af en toe onzeker, ook wel een tikkeltje verlegen. Dus ehh ja.” (115)

“Dat je daar voor die groep staat, de leiding neemt en..” (Moderator)

“Nou dat is een leuke overwinning.” (113)

“Ja, ja (glimlacht).” (115)

Zoals eerder beschreven verloopt de communicatie met bewoners beter door het toepassen van de Veder Methode. De deelnemers benoemen specifiek dat ze nu meer op gevoelsniveau communiceren, in moeilijke situaties verfijnder worden en beter kunnen omgaan met impulsen en meer echt contact maken: 'even naar binnen gaan' zoals een zorgverlener het beschrijft. Het doseren en beter aanvoelen van intermenselijk contact noemt een deelnemer als een verbeterde kwaliteit.

“Ik vond juist dat het, het contact heel erg.... Ik zei altijd van, je kan iemand aankijken, je kan oogcontact maken, maar je kan ook even naar binnen. En dat vond ik altijd, als ik daar Jan zag spelen, het is net of ie bij de mensen even naar binnen ging. Ik denk, dat wil ik ook (handgebaren, veel expressie). Dat heb ik vanaf het begin altijd zo moeilijk gevonden.” (111)

“Daar ga je dan, echt op gevoelsniveau zitten (collectief ja). Ja, dat durfde ik eerst nog nie. En dat doe je nu eigenlijk wel.” (132)

Eén zorgverlener geeft aan dat ze haar energie (ze is nogal impulsief van nature) kwijt kan in een voorstelling en een andere zorgverlener zegt dat de Veder Methode haar sterker heeft gemaakt in het spreken in het openbaar voor volle zalen. Meerdere zorgverleners benadrukken dat

zij positieve feedback ontvingen van de trainers van Theater Veder en dat dit hen goed deed en zekerder maakte in de uitvoering van de Veder Methode. Tot slot legt een deelnemer uit hoe de Veder Methode haar in staat stelt om talenten te combineren.

“Ja. Dus je combineert dingen eigenlijk. Gesprekken over vroeger maar dan ook wat meer toneel laten. Dus het komt allemaal bij elkaar wat meer.” (113)

3.7 Randvoorwaarden

Hoewel de randvoorwaarden voor succesvolle implementatie van de Veder Methode uitgebreid aan de orde komen in de procesevaluatie (fase 2), wordt in dit deelonderzoek aandacht besteed aan die randvoorwaarden die volgens de deelnemers een relatie hebben met de toepasbaarheid, arbeidssatisfactie en werkbeleving en frequent bij het bespreken van deze hoofdthema's genoemd werden.

Tijd en ruimte voor het geven van een voorstelling

De deelnemers geven regelmatig tijdgebrek aan als een belemmerende factor voor het uitvoeren van een huiskamervoorstelling. Een goede voorstelling kost voorbereidingstijd die er onvoldoende is. Verschillende deelnemers geven aan dat dit komt doordat de werkdruk is toegenomen. Daarnaast werken verschillende deelnemers parttime, waardoor het moeilijk is (voorbereidings)tijd te plannen met de partner waarmee ze de voorstelling geven. Ze geven aan dat snel en gehaast een voorstelling neerzetten niet goed werkt. Dit kan zelfs een negatieve invloed op de bewoners hebben, omdat deze dan onrust of verwarring ervaren. Goede randvoorwaarden zijn dan ook van groot belang tijdens de voorstelling. Medewerking en ondersteuning van andere collega's is eveneens noodzakelijk. Te denken valt aan het 'halen en wegbrengen van bewoners', 'het zetten van koffie en thee', 'opnemen van de telefoon' of het 'opendoen van de deur' het voorkomen van storende elementen zoals het 'in- en uitlopen' en 'delen van medicijnen'.

Twee zorgverleners geven aan dat zij een theaterweek organiseren bij de instelling waar ze werken en dat dan de gehele instelling hier van op de hoogte is. Eén zorgverlener geeft hierover geen details maar de ander geeft aan dat ze dit zes keer per jaar organiseren en dat dit ongeveer zes dagdelen per week van haar werk in beslag neemt. Tijdens een theaterweek bereiden drie koppels een huiskamervoorstelling voor en rouleren deze drie koppels op de afdelingen. Enkele anderen zien in het dagelijks werk mogelijkheden om zo nu en dan een kleine voorstelling neer te zetten, bijvoorbeeld bij een verjaardag. Enkele zorgverleners geven juist aan dat, hoewel de voorbereiding van de huiskamervoorstellingen veel tijd en energie kost en er een enorme werkdruk is, de baten toch opwegen tegen de kosten.

“Maar zou je dan niet, omdat er zo weinig tijd is, zou je dan niet beter kleinere sketches kunnen doen in plaats van een heel programma dat je gewoon inderdaad, wat jij zegt (Marjan) een klein voorstellinkje in de huiskamer, taarten bakken..?” (114)

“Ja, we hebben het een paar keer in de huiskamer gedaan en dat is vreselijk rommelig. Met ehh, vooral op PG. Mensen die eh, over de gangen heen lopen. Personeel die loopt te tetteren. Naar mekaar toe en.. (schudt nee met het hoofd)” (115)

“Verbeeldingsmethodiek moet toepassen dat heb ik helemaal niet meer in mijn werk gebruikt. Omdat er absoluut geen tijd nog ruimte voor is. Je bent al blij als je gewoon een beetje één op één contact met een cliënt kan hebben.” (120)

“Het kost een heleboel energie, maar het levert ook veel energie. Ik vind het echt heerlijk.” (111)

Ondersteuning organisatie

Per zorgkoepel of locatie verschilt de mate waarin ruimte en (personeels)tijd wordt gereserveerd voor de voorbereiding en toepassing van de Veder Methode in de vorm van een huiskamervoorstelling. Veel zorgverleners in regio 1 geven aan dat zij hun tijd mogen gebruiken voor de Veder Methode. Maar uit de focusgroepen komt naar voren dat er op sommige locaties leidinggevenden zijn die niet enthousiast betrokken zijn en geen actieve ondersteuning bieden.

Het merendeel van de zorgverleners die geen huiskamervoorstellingen meer speelt en ook de bruisplek niet meer bezoekt geeft gebrek aan ondersteuning vanuit het management aan als de belangrijkste reden waarom er niet meer actief wordt deelgenomen aan het project. Dit gebrek aan ondersteuning van het management uit zich in het feit dat er onvoldoende of geen (personeels)tijd en ruimte wordt gereserveerd om met de methode aan de slag te gaan.

“Het was zo frustrerend dat deze prachtige methodiek gewoon bij ons doodbloedde. Het management vond het niet belangrijk genoeg om daar geld aan uit te geven.” (119)

In regio 1 zijn er actief maatregelen getroffen om ervoor te zorgen dat er wel aan de randvoorwaarden kan worden voldaan. Voorbeelden van maatregelen die zijn genomen is het helder communiceren dat er een huiskamervoorstelling aankomt en wat er verwacht wordt van het overige personeel en het inzetten van vrijwilligers. In regio 2 zijn er ook enkele mensen die dit soort maatregelen actief hebben getroffen.

Wanneer niet aan de randvoorwaarden wordt voldaan, wordt dit gezien als een obstakel. Met de randvoorwaarden wordt onder andere bedoeld dat een collega zorgt dat er niet wordt gestoord, de telefoon door iemand wordt aangenomen en dat de ruimte in orde is.

De aanwezigheid van randvoorwaarden wordt door veel deelnemers opgemerkt als een noodzaak, maar dit is niet altijd gemakkelijk te realiseren.

“Nou ik heb ook, op zich gaat het me heel goed af. Maar ik merk wel dat het heel prettig is als de randvoorwaarden zeg maar goed, zijn. Dat je niet gestoord wordt. Dat er iemand anders is om de telefoon op te nemen. Dat je gewoon echt (handbewegingen), het kan doen zeg maar. En niet steeds ehh, er uit gehaald wordt door dingen van buiten af.”
(111)

“Is het moeilijk om die randvoorwaarden te scheppen?” (Moderator)

“Ja, soms wel. Soms is het gewoon lastig” (111)

“Ja, helemaal mee eens.” (110)

4. Conclusies en discussie

4.1. Samenvatting van de resultaten

De resultaten geven antwoord op vier vragen naar de invloed van het toepassen van de Veder Methode op de ervaren kwaliteit van het werk, gekoppeld aan de hoofdthema's 'toepasbaarheid', 'arbeidssatisfactie', 'werkbeleving' en 'zelfwaardering'.

Als eerste de *toepasbaarheid* van de Veder Methode. De deelnemers van de focusgroepen geven aan dat de uitvoering van een huiskamervoorstelling maar ook de toepassing van elementen van de Veder Methode in hun dagelijks werk hen goed af gaat. Verschillende zorgverleners benadrukken dat huiskamervoorstellingen goed voorbereid moeten worden. Snel een kleine voorstelling geven werkt rommelig en kan zelfs een negatief effect op de bewoners hebben, omdat de bewoners dan niet de rust en veiligheid ervaren die nodig is om op te gaan in de voorstelling. De meeste zorgverleners zien mogelijkheden om elementen uit de Veder Methode in het dagelijks werk te integreren. Zij improviseren bijvoorbeeld kleine sketches in het dagelijks werk of maken gebruik van elementen uit de Veder Methode, zoals theatrale elementen, muziek, gedichten en humor. Het toepassen van de Veder Methode in het dagelijks werk gebeurt frequent en zorgverleners zien dit als een waardevolle aanvulling op hun omgang met de bewoners. Het biedt hen meer ruimte voor creativiteit in hun werk. Er wordt meer gezongen, meer poëzie gebruikt en er wordt vaker een theatrale rol aangenomen die op dat moment passend is. Deze theatrale technieken past men soms toe in combinatie met de onderliggende methodiek (zoals reminiscentie), maar ook afzonderlijk.

De onderliggende methodiek wordt ook bewust toegepast zonder specifieke theatarelementen te gebruiken. Voorbeelden daarvan zijn: bewust eerst contact maken via het lange termijn geheugen en vervolgens naar het heden gaan. Elementen van de Veder Methode toepassen in de dagelijkse omgang met bewoners is dus goed mogelijk volgens de zorgverleners en de meeste deelnemers doen dit ook. De methodiek is op dit moment niet specifiek aangepast op integratie in de 24-uurszorg en lijkt daar wel handvatten voor te bieden. Aanbevolen wordt om in de toekomst naar manieren te zoeken om de Veder Methode breder toepasbaar te maken voor zorgverleners in de 24-uurszorg.

Wat betreft de *arbeidssatisfactie* zijn de deelnemers unaniem positief over de bijdrage van de Veder Methode aan hun werkplezier. Het feit dat ze dichterbij de bewoner komen, een ander contact ervaren met de bewoner en positieve reacties terugkrijgen van de bewoners geeft hen het meeste plezier. Hierbij worden facetten genoemd zoals het beter herkennen van emoties en het beter kunnen inleven in de belevingswereld van de bewoners.

Met name de reacties van de bewoners dragen enorm bij aan het werkplezier. Zo wordt genoemd dat er meer reacties uitgelokt kunnen worden, ook van bewoners die voorheen geen of nauwelijks reactie gaven. Daarnaast wordt het beter leren kennen van bewoners (ook van andere afdelingen) gezien als een voordeel van het toepassen van de Veder Methode. Een belangrijk aspect is tevens dat het toepassen van de Veder Methode meer onderling contact tussen de bewoners kan uitlokken.

De Veder Methode geeft zorgverleners ook plezier wanneer zij theaterelementen zoals muziek, liedjes en gedichten gebruiken. Het neerzetten van een rol geeft hen een gevoel van vrijheid en de theaterelementen geven hen de mogelijkheid om meer humor en lichtheid in de omgang met de bewoners te realiseren. Het enthousiasme over het neerzetten van een (voorbereide) rol is bij de deelnemers van regio 1 groter dan bij de deelnemers van regio 2, die meer plezier ervaren bij het spontaan aannemen van een rol. Het samen een voorstelling voorbereiden met collega's geeft de zorgverleners ook veel plezier. Ze leren elkaar hierdoor beter en anders kennen waardoor de band versterkt wordt. De geringe betrokkenheid en interesse van sommige andere collega's, vooral vanuit de zorg, die niet met de Veder Methode werken wordt door een aantal deelnemers overigens ervaren als een belemmerende factor.

De Veder Methode draagt dus ruimschoots bij aan het plezier dat de zorgverleners ervaren in hun werk. Plezier is een belangrijke factor bij arbeidssatisfactie en draagt tevens bij aan het ervaren van minder werkdruk en stress. Ook de sterkere band met collega's en bewoners die door het toepassen van de Veder Methode gerealiseerd wordt, draagt volgens de deelnemers bij aan de arbeidssatisfactie. Wel wordt het belang onderschreven van het alert te zijn op mogelijk negatieve reacties van bewoners. Bij de groep die de bruisplekken niet meer bezoekt, wordt aangegeven dat bewoners negatief kunnen reageren wanneer de uitvoering van de methode onvoldoende is afgestemd op het niveau van de bewoners. Bewoners met beginnende dementie kunnen dan bijvoorbeeld van mening zijn dat ze kinderachtig behandeld worden. Ook kan er verwarring optreden over wie de zorgverlener nu is (als er een rol gespeeld wordt). Oplossingen die voor dit laatste punt aangedragen worden zijn het duidelijk aangeven dat het een voorstelling is of het spelen van een huiskamervoorstelling op een andere afdeling dan waar men zelf werkzaam is.

Op het gebied van de *werkbeleving* geven veel zorgverleners aan dat de communicatie met de bewoners hen al goed af ging. Echter, door toepassing van de Veder Methode zijn zij zich bewuster geworden van de wijze waarop ze contact maken met de bewoners. Meer tijd voor wederzijdse kennismaking, een meer gestructureerde aanpak van contact maken en meer fysiek contact zijn aspecten die hierbij worden genoemd. Tevens geeft de Veder Methode zorgverleners houvast. De methode dient als een kapstok bij het geven van een huiskamervoorstelling, maar ook in het dagelijks werk.

Doordat de Veder Methode gevarieerde manieren aanbiedt om contact te maken met bewoners, ervaren zorgverleners meer creativiteit in hun omgangsvormen met bewoners. Ook het beter kunnen switchen tussen rollen, geleerd door de Veder Methode, verbetert hun communicatie met de bewoners. Daarmee biedt de implementatie van de Veder Methode leermogelijkheden en handvaten aan zorgverleners om afwisseling in het werk te bewerkstelligen.

Wat betreft *zelfwaardering* kan worden geconcludeerd dat de 'specifieke zelfwaardering' die gerelateerd is aan de baan als zorgverlener positief wordt beïnvloed door de Veder Methode. De Veder Methode was een bevestiging voor de zorgverleners van hoe ze al werkten en ze zijn vervolgens bewuster gaan werken met de methode. Verschillende zorgverleners gaven aan nieuwe vaardigheden te hebben geleerd en een drempel om bepaalde theaterelementen toe te passen, te hebben overwonnen. Hieruit blijkt dat de Veder Methode heeft bijgedragen aan hun zelfwaardering als zorgverlener. Voor enkelen is er nu meer plek om hun eigen energie en humor te gebruiken in hun werk en ook dit draagt bij aan hun zelfwaardering.

Wat betreft de *randvoorwaarden* waar aan voldaan moet worden om de Veder Methode goed toe te passen geven de deelnemers aan de focusgroepen aan dat er regelmatig geen, of te weinig, tijd is om de benodigde voorbereidingen te treffen voor een huiskamervoorstelling. De werkdruk, maar ook moeite met het plannen van tijd samen met de collega waarmee de voorstelling voorbereid moet worden, worden het meest genoemd als belemmerende factor in de voorbereiding. Dat het er, ondanks de goede wil, niet altijd van komt om de voorstelling te organiseren is volgens de zorgverleners dan ook met name te verklaren omdat niet aan de randvoorwaarden wordt voldaan. Hierin speelt niet alleen tijd, maar ook ondersteuning van het management een cruciale rol. Steun van leidinggevenden maar ook van collega's die in de randvoorwaarden kunnen voldoen wordt van groot belang gevonden door de deelnemers van de focusgroepen. Uit de resultaten blijkt dat ondersteuning vanuit de organisatie verschilt per zorgkoepel en de implementatie beter verloopt als deze steun er is. Daarmee kunnen er volgens een aantal deelnemers ook logistieke oplossingen worden gezocht voor problemen waar tegenaan gelopen wordt. Het instellen van een theaterweek of het opstellen van gedragsregels ten tijde van voorstellingen zijn enkele maatregelen die op meer locaties getroffen zouden kunnen worden en de implementatie kunnen bevorderen, ook als er belemmerende factoren als werkdruk zijn.

Al met al kan worden geconcludeerd dat de toepassing van de Veder Methode, waarin verschillende elementen zoals reminiscentie, validatie, non-verbale belevingsgerichte communicatietechnieken en Neuro Linguïstisch Programmeren worden uitgevoerd als theatervorm, een positieve invloed lijkt te hebben op het werk van zorgverleners. Dit betreft de arbeidssatisfactie, de werkbeleving als ook de zelfwaardering die de zorgverlener ervaart. Anderzijds blijkt het goed toepassen van de Veder Methode in de dagelijkse praktijk niet altijd eenvoudig. Enkele deelnemers passen de Veder Methode niet meer toe als een

huiskamervoorstelling en op sommige afdelingen is de voortzetting van de Veder Methode een punt van discussie. In andere gevallen worden de huiskamervoorstellingen met een lage frequentie uitgevoerd. Uit de literatuur is bekend dat het succesvol implementeren van nieuwe innovaties in de zorg een moeilijk en langdurig proces kan zijn, waarbij met veel factoren rekening gehouden moet worden en aan veel randvoorwaarden voldaan moet worden (Van der Kooij, 2003; Van Weert et al., 2004). Het is dan ook van groot belang voor organisaties die de Veder Methode willen implementeren om zowel een korte- als een lange termijn implementatieplan te ontwikkelen.

4.2. De waarde en beperkingen van het onderzoek

Het huidige onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Het geeft geen kwantitatieve gegevens over de effecten van het toepassen van de Veder Methode op arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaardering. De waarde van het onderzoek zit in de diepgang die verkregen wordt uit de antwoorden van de zorgverleners die deelnamen aan de focusgroep. Het laat zien wat de ervaringen en meningen zijn van een gevarieerde groep zorgverleners uit 21 verschillende locaties wat betreft toepasbaarheid, arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaardering. Doordat zorgverleners ondervraagd zijn die de methode daadwerkelijk in de praktijk toepassen geven de resultaten alleen inzicht over de arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaardering van zorgverleners die enthousiast zijn over de methode en/of er in geslaagd zijn de Veder Methode of elementen van de methode te implementeren. Dit onderzoek laat daarmee zien dat, wanneer de Veder Methode wordt toegepast door zorgverleners, dit een positieve bijdrage kan leveren aan hun arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaardering.

Een beperking van het onderzoek is de combinatie van achtereenvolgens een bruisplek bijwonen en daarna deelname aan de focusgroep in twee van de vijf focusgroepen. Het vooraf bijwonen van een bruisplek die ook over de Veder Methode gaat, kan de 'mindset' van de zorgverleners tijdens de focusgroepen beïnvloeden. De onafhankelijkheid en vertrouwelijkheid van het onderzoek werd aan de deelnemers van de focusgroepen echter expliciet duidelijk gemaakt door de moderator, waardoor zij vrij konden spreken en er op konden vertrouwen dat hun anonimiteit gewaarborgd werd.

Een tweede beperking is het dat maar één van de vijf focusgroepen bestond uit deelnemers die de bruisplekken niet meer bijwonen. De bijdrage van deze zorgverleners was kritischer van aard dan de bijdrage van de deelnemers die wel nog de bruisplekken bezochten, vooral omdat zij meer obstakels hebben ervaren bij het implementeren van de methode. Dit duidt er wederom op dat de positieve invloed op arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaardering met name te verwachten valt als de methode goed geïmplementeerd wordt, met steun van het management en aandacht voor randvoorwaarden.

Een laatste aandachtspunt is dat de verschillende hoofdthema's die we in het onderzoek hebben opgenomen aan elkaar gerelateerd zijn en elkaar enigszins overlappen. Zo draagt werkbeleving bij aan de algehele arbeidssatisfactie en kunnen de randvoorwaarden zoals ondersteuning van de organisatie zowel van invloed zijn op de toepasbaarheid als op de werkbeleving en arbeidssatisfactie.

Literatuur

- Alzheimer Nederland (2010). Cijfers en feiten over dementie. Opgehaald op 3 juli 2010 van <http://www.alzheimer-nederland.nl/dsc?c=getobject&s=obj&objectid=6101&!dsname=dsalzheim&getastype=PDF>
- Arts, S.E.J., Kerkstra, A., Zee van der, J., & Huijser Abu-Saad, H. (2001). Quality of working life and workload in home help services: a review of the literature and a proposal for a research model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 12-24.
- Bandura, A. (1982). The self and mechanism of Agency. In: Suls, J. (Eds.), *Psychological Perspectives of the Self, Vol 1*. Hillsdale, NY: Erlbaum.
- Blegen, M.A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42, 36-41.
- Bourbonnais, R., Comwau, M., Vezina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 34, 20-28.
- Chappel, N.L. & Novak, M. (1992). The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *Gerontologist*, 32, 351-359.
- Dröes, R.M. (1991). In beweging; over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen. Academisch proefschrift. Nijkerk: Intro.
- Dröes, R.M. (1998). Omgaan met de gevolgen van dementie; psychosociale behandeling en begeleiding. *Neuropraxis*, 4, 146-153.
- Dröes, R.M., & Finnema, E. (2001). Belevingsgerichte zorg bij dementie (1): Theorie en dagelijkse zorg. *Denkbeeld, Tijdschrift voor Psychogeriatric*, 13 (4), 6-1.
- Dröes, R.M., Lange, J. de, Vink, A.C., & Finnema, E.J. (2001). Psychosociale therapieën. In Jonker, C., Verhey, F.r.J., & Slaets, J.P.J. (Red.) *Alzheimer en andere vormen van dementie* (pp. 236-249). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dröes, R.M. (2003). Een model voor psychosociale hulpverlening aan demente ouderen. *Geriatric Informatarium*, 46, D1140-1-18.
- Finnema, E., Dröes, R.M., Ribbe, M., & Tilburg, W. van (2000). A review of psychosocial models in psychogeriatrics; implications for care and research. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14 (2), 68-80.

- Finnema, E., Dröes, R.M, Ettema, T.P., Ooms, M.E., Adèr, H., Ribbe, M.W., & Tilburg, W. van (2005). The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants; a randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (4), 330-43.
- Frances, A., & First, M.B. (1999). *Stemming en stoornis: Een gids voor iedereen die meer wil weten over kenmerken en diagnose van psychische stoornissen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Heyn, P., Abreu, B.C., & Ottenbacher, K.J. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1694-1704.
- Jansen, P.G.M., Kerkstra, A., Abu-Saad, H.H., & Zee van der, J. (1996). The effect of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 407-421.
- Kitwood, T. (1997). The concept of personhood and its relevance for a new culture of dementia care. In: Miesen, B.M.L. & Jones, G.G.M. (Eds.), *Caregivers in dementia, research and applications*, Vol. 2. London/New York: Routledge, 3-13.
- Kooij van der, C. (2003). *Gewoon lief zijn: het maieutisch zorgconcept en het verzorgen van mensen met dementie*. Proefschrift. Vrije Universiteit van Amsterdam. Utrecht: Lemma.
- Landeweerd, J.A., Boumans, N.P.G., & Nissen, J.M.F. (1996) De Maastrichtse arbeidssatisfactieschaal voor de gezondheidszorg (MAS-GZ). *Bedrijfsgezondheidszorg Studies nr. 11*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Lange, J. de (2004). *Omgaan met dementie: het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen: een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment*. Proefschrift. Rotterdam/Utrecht: Erasmus Universiteit/Trimbos-instituut.
- Mierlo, L.D. van, Roest, H.G. van der, Meiland, F.J.M., & Dröes, R.M. (2010a). Personalized Dementia Care; proven effectiveness of psychosocial interventions in subgroups. *Aging Research Reviews*, 9, 163-183. .
- Mierlo, L.D. van, Meiland, F.J.M., & Dröes, R.M. (2010b). Dementialcoach: *Effect of telephone coaching on informal and professional acers of communication dwelling people with dementia*. Poster gepresenteerd op Wetenschapsdag VUmc, Amsterdam: VU medisch centrum.
- NVivo (1999). Kwalitatief data analyse programma. Ontwikkeld door QSR International.

- Peremans, L. (2010) Kwalitatief Sterk, Netwerk voor kwalitatief onderzoek Vlaanderen. Opgehaald op 15 november 2010 van http://www.kwalitatiefsterk.be/bestanden/symp08/Lieve_Peremans_focusgroepen.pdf
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320, 114
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, 60 (1), 141-156.
- Shelledy, D.C., Mikles, S.P., May, D.F., & Youtsey, J.W. (1992). Analysis of job satisfaction, burnout, and intent of respiratory care practitioners to leave the field or the job. *Respiratory Care*, 37, 46-60.
- Smith, M. J. (2003). *Social Science in question*. London: SAGE Publications.
- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Spijker, A., Rikkert, M.O., & Koopmans, R. (2010). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 22 (2), 189-200.
- Veldhoven, M. van & Meijman, T. (1994). Het meten van psychosociale arbeidsbelasting. Amsterdam: NAI.
- Verkaik, R., Weert, J.C.M. van, & Francke, A.L. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (4), 301-314.
- Weert, J.C.M. van, Dulmen, A.M. van, Spreeuwenberg, P., Ribbe, M.W., & Bensing, J.M. (2005). Behavioral and Mood Effects of Snoezelen integrated in 24-h Dementia Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1), 24-33.
- Weert, J.C.M. van, Kerkstra, A., Dulmen, A.M. van, Bensing, J.M., Peter, J.G., & Ribbe, M.W. (2004). The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (4), 397-409.
- Weert, J.C.M. van, Dulmen, A.M. van, Spreeuwenberg, P.M.M., Bensing, J.M., & Ribbe, M.W. (2005). The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. *International Psychogeriatrics*, 17 (3), 407-427.

Weert, J.C.M. van, Dulmen, A.M. van, & Bensing, J.M. (2008). What factors affect caregiver communication in psychogeriatric care? In Anouk M. Visser (Ed.), *Alzheimer's Disease – New Research* (pp. 87-117). New York: Novapublishers.

Woods, B., & McKiernan, F. (1995). Evaluating the impact of reminiscence on older people with dementia. In Haight, B.K. & Webster, J.D. (eds.). *The art of science of reminiscing: theorie, research, methods and applications* (pp. 233-242). Washington DC: Taylor & Francis.

Woods, B., Spector, A.E., Jones, C.A., Orrell, M., & Davies, S.P. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2, CD001120.

Zuidema, S.U. (2007). Neuropsychiatrische symptomen bij Nederlandse verpleeghuispatiënten met dementie. Proefschrift. Radboud Universiteit Nijmegen.

Bijlage I: Codeerschema Focusgroepen

1. Toepasbaarheid en bruikbaarheid

1.a Beheersing methode en toepassing

- Beheersing Veder Methode
- Wijze van toepassing van de huiskamervoorstelling
- Veder Methode geïmplementeerd in het dagelijks werk

2. Arbeidssatisfactie

2.a Verder Methode als bijdrage aan de tevredenheid over het werken in de zorg

- Verrijking van het werk
- Toegevoegde waarde van de theaterelementen

2.b Contact

- Contact met bewoners
- Positieve reacties van bewoners
- Negatieve reacties van bewoners
- Collegiaal contact

2. Werkbeleving

- De Veder Methode als 'kapstok' en 'houvast'
- Bewuster en belevingsgerichter communiceren
- Creatiever Communiceren

3. Zelfwaardering

4. Randvoorwaarden

- Tijd en ruimte voor het geven een voorstelling
- Ondersteuning organisatie

Over de auteurs

Marijke van Dijk (1986) studeerde Gezondheidswetenschappen aan de Vrije Universiteit (VU) in Amsterdam, waarna zij in 2008 haar masterdiploma Preventie en Volksgezondheid bij het Instituut van Gezondheidswetenschappen aan de VU behaalde. Daarna volgde ze de master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam (EUR) die zij in 2009 afrondde bij het Instituut voor Beleid en Management van de Gezondheidszorg (iBMG) van de EUR. Tijdens haar studie werkte ze als interviewer en onderzoeksassistent bij diverse onderzoeken met betrekking tot ouderen, depressie en dementie binnen het EMGO Instituut voor Gezondheid en Zorgonderzoek. Sinds najaar 2009 is zij als junior onderzoeker werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het VU medisch centrum waar zij het evaluatieonderzoek naar de Veder Methode uitvoerde. Op dit moment is zij werkzaam bij GGZinGeest/VUmc in Amsterdam waar ze als junior onderzoeker implementatieonderzoek verricht naar de transitie van psychogeriatrische dagbehandeling in het verpleeghuis naar laagdrempelige dagbehandeling – plus mantelzorgondersteuning in de wijk.

Julia van Weert (1962) is als Universitair Hoofddocent en senior-onderzoeker verbonden aan de afdeling communicatiewetenschap en de Amsterdam School of Communication Research AS-CoR van de Universiteit van Amsterdam. Zij studeerde Ergotherapie aan de Revalidatie Academie Hoensbroeck (1981-1985) en Sociologie aan de Universiteit van Amsterdam, richting Verzorging en Beleid (1992-1996; cum laude). Daarna werkte ze tot 2007 bij het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL). Daar deed zij onderzoek, veelal aan de hand van video-opnames, naar de communicatie tussen zorgverleners en patiënten en promoveerde in 2004 op een studie naar de effecten van Snoezelen in de 24-uurszorg op verpleeghuisbewoners met dementie en hun zorgverleners. Haar speciale interesse gaat uit naar communicatie met ouderen, waar zij momenteel een onderzoekslijn over aan het opzetten is. Zij ontving diverse prijzen voor haar werk, waaronder de Volksgezondheidsprijs 2004 (2005) en de Prof. Dr. Schreuderprijs (2006).

Rose-Marie Dröes (1956) is hoogleraar Psychosociale hulpverlening voor mensen met dementie. Zij studeerde Bewegingswetenschappen aan de Vrije Universiteit (VU) in Amsterdam en behaalde haar doctoraal diploma in 1981. Van 1983 tot 1991 was zij als wetenschappelijk medewerker werkzaam bij de Faculteit der Bewegingswetenschappen. Zij promoveerde in 1991 aan de Faculteit der Geneeskunde van de VU op het onderwerp psychosociale hulpverlening voor mensen met dementie. Vervolgens werkte ze als senior onderzoeker (1992) bij GGZinGeest in Amsterdam en als universitair docent (1997) en universitair hoofddocent (2004) bij de afdeling Psychiatrie van het VU Medisch Centrum (VUmc) in Amsterdam, waar zij tot op heden hoofd is van het onderzoeksprogramma Zorg- en Ondersteuning bij dementie. Sinds 2009 is zij tevens part-time werkzaam als hoogleraar bij de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde van het VUmc.

Ze ontving diverse erkenningen en prijzen voor haar werk, zoals in 2002 de Van Beresteyn Gerontologieprijs voor haar onderzoek naar de Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers en in 2005 de Psychogeriatricprijs.

