

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

Een onderzoek onder zorgverleners die de Veder Methode toepassen

Marijke van Dijk

Silvia Hermanns

Julia van Weert

Pieter van de Glind

Rose-Marie Dröes

Februari 2011

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., Hermanns, S.S.T., Van Weert, J.C.M., Van de Glind, P., Dröes, R.M.

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

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

Voorwoord

De Veder Methode is een methode die tot doel heeft contact te maken met ouderen met geheugenproblemen. In dit rapport wordt beschreven wat het werken met de Veder Methode, betekent voor de arbeidssatisfactie, werkbeleving en zelfwaardering van zorgverleners. De Veder Methode is ontwikkeld door Theater Veder in Amsterdam. In samenwerking met AMSTA (zorgaanbieder in Amsterdam) heeft Theater Veder de Verbeeldingsmethodiek geïmplementeerd en verspreid. De Veder Methode wordt inmiddels in de regio's Amsterdam, Eindhoven, Friesland en Noord-Holland 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 wordt 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 AS-CoR 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 methode (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 en de betekenis van het werken met de methode voor de werkbeleving van zorgverleners (Fase 3). Dit rapport maakt onderdeel uit van Fase 3.

Het onderzoek wordt begeleid door een begeleidingscommissie die is samengesteld uit de volgende personen: Mw. B. Peter (AMSTA), Mw. M. Bodegraven (Stichting Theater Veder), Mw. M. Westra (Stichting Theater Veder), Mw. L. Wouterson (Stichting Theater Veder), Mw. Drs. T. van Sprundel (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. Ook gaat onze dank uit naar de zorgverleners van de zorginstellingen die bereid waren om deel te nemen aan de focusgroepen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	4
Samenvatting	5
1. Inleiding	7
2. Methoden	12
2.1 Focusgroepen	12
2.2. Deelnemers Focusgroepen	12
2.3 Procedure	12
2.4 Data-analyse	14
3. Resultaten	15
3.1 Kenmerken deelnemers	15
3.2 Beschrijving groepsproces per focusgroep	17
3.3 Toepasbaarheid	19
3.4 Arbeidssatisfactie	23
3.5 Werkbeleving	31
3.6 Zelfwaardering	35
3.7 Randvoorwaarden	37
4. Conclusie en discussie	40
4.1. Samenvatting van de resultaten	40
4.2. De waarde en beperkingen van dit onderzoek	43
Literatuurlijst	44
Bijlage 1: Analyseschema Focusgroepen	

Samenvatting

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. 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.

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.

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, Droës, Ribbe, & Tilburg, 2000; Van Mierlo, Meiland, & Droës, 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, Validation, (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.

Dit evaluatieonderzoek heeft tot doel de ervaringen van zorgverleners met het werken met de Veder Methode in kaart te brengen. 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. 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.

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.

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).

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 vervolgen 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 avonduren 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 stel-

lingen 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/bruikbaarheid 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', 'arbeidsatisfactie', '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 huiskamervoorstellingen 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 grapjes 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 ander, 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 verkleeden gebeurt zelden tijdens het dagelijkse werk. Het uitvergrooten van een persoon die ze nadoen of het vergroten van hun eigen rol die ze op dat moment hebben (bijvoorbeeld: de geweldige tostbakker) 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 focusgroeps gesprekken 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 'intenser' 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 focusgroeps gesprekken. 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 uit 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 dat 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 huiskamervoorstelling.

“M'n collega met wie ik dat deed, gaf dat ook veel plezier, het droeg ook bij weer aan de versteviging 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 werken, 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 belevingsgericht 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 herinnering 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 belevingsgericht 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. (Groept 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 theaterelementen 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 dichter bij 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 theateer-elementen zoals muziek, liedjes en gedichten gebruiken. Het neerzetten van een rol geeft hen een gevoel van vrijheid en de theateer-elementen 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 demantie 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 aan biedt 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 handvatten 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. Het feit dat de Veder Methode een bevestiging was van hoe zij al werkten, het bewuster werken met de methode, en voor verschillende zorgverleners het leren van nieuwe vaardigheden en het overwinnen van een drempel om bepaalde theaterelementen toe te passen, blijken te hebben 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*, *Validation*, *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, Kerkstra, van Dulmen, Bensing, Peter & Ribbe, 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.

Referenties

- 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&ldsname=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. (eds.) *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., 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(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). Dementcoach: *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.

Shelley, 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 therapie for dementia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2, CD001120.
- Zuidema, S.U. (2007). Neuropsychiatrische symptomen bij Nederlandse verpleeghuispatiënten met dementie. Proefschrift. Radboud Universiteit Nijmegen.

Bijlage 1: 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

3. Werkbeleving

- De Veder Methode als 'kapstok' en 'houvast'
- Bewuster en belevingsgerichter communiceren
- Creatiever Communiceren

4. Zelfwaardering

5. Randvoorwaarden

- Tijd en ruimte voor het geven een voorstelling
- Ondersteuning organisatie