

# Theater als contactmethode in de psychogeriatrische zorg: effecten op gedrag, stemming en kwaliteit van leven van mensen met dementie

A.M. van Dijk<sup>a</sup>, J.C.M. van Weert<sup>b</sup>, R.M. Dröes<sup>c</sup>

## **Theatre as communication method in psychogeriatric care: effects on behaviour, mood and quality of life of people with dementia.**

*Background* Recently, a new communication method was introduced in nursing homes for people with dementia. This so-called Veder Method, developed by professional actors with former educational background in care, combines proven effective emotion-oriented care methods, like reminiscence, with theatrical stimuli like songs and poetry. The method is applied during theatre shows and living room theatre activities. In this exploratory study the surplus value of a living room theatre activity according to the Veder method compared to a reminiscence group activity was evaluated.

*Method* Within a quasi experimental design, three groups of nursing home residents with dementia were compared: Experimental group 1 (E1; N=64) joined a 'living room theatre activity' offered by trained caregivers. Experimental group 2 (E2; N=31) joined a 'living room theatre activity' offered by professional actors. The control group (N=52) received a reminiscence group activity. Behaviour, mood and quality of life were measured using standardized observation scales at three points in time: (T1) pretest; (T2) during the intervention and; (T3) posttest, two hours after the intervention.

*Results* During and after the intervention, positive effects were found in favour of E2 on behaviour (i.e. laughing, recalled memories), mood (i.e. happy/content) and quality of life (i.e. social involvement, feeling at home).

*Conclusion* A living room theatre activity according to the Veder Method has more positive effect on nursing home residents compared to a normal reminiscence group activity, if offered by professional actors.

This article is a slightly edited translation of Does theatre improve the quality of life of people with dementia? *International Psychogeriatrics* 2012;24: 367-381 by the same authors.

Key Words: Communication, Reminiscence, Emotion-oriented care methods, Nursing homes, Behaviour

Tijdschr Gerontol Geriatr 2012; 43: 283-295

## Samenvatting

**Achtergrond:** Recent deed een nieuwe communicatiemethode zijn intrede in de intramurale dementiezorg. Deze zogenoemde Veder Methode, ontwikkeld door acteurs met ervaring in de zorg, combineert bestaande bewezen effectieve communicatiemethoden, zoals reminiscentie, met theatrale prikkels, zoals zang en poëzie. De methode wordt toegepast in theatervoorstellingen en huiskamervoorstellingen. In dit exploratieve onderzoek werd de meerwaarde van een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode ten opzichte van een gewone reminiscentie-groepsactiviteit onderzocht.

**Methode:** In een quasi-experimentele onderzoeksopzet werden drie groepen verpleeghuisbewoners met dementie vergeleken: experimentele groep 1 (E1; N=64) nam deel aan een huiskamervoorstelling uitgevoerd door getrainde zorgverleners; experimentele groep 2 (E2; N=31) bezocht een 'huiskamervoorstelling' door professionele acteurs; een controlegroep (C1; N=52) ontving een reminiscentie-groepsactiviteit. Gedrag, stemming en aspecten van kwaliteit van leven werden voor (T1), tijdens (T2) en na de interventie (T3) gemeten met gestandaardiseerde observatielijsten.

**Resultaten:** Tijdens en na de interventie werden positieve effecten op gedrag (o.m. lachen, herinneringen ophalen), stemming (o.m. vrolijk/tevreden) en kwaliteit van leven (o.m. sociale betrokkenheid en zich thuisvoelen) gevonden bij groep E2.

**Conclusie:** Een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode heeft, indien zij wordt uitgevoerd door professionele acteurs, een positievere uitwerking op verpleeghuisbewoners met dementie dan een gewone reminiscentie-groepsactiviteit.

**Trefwoorden:** Communicatie; reminiscentie; belevingsgerichte zorg; verpleeghuizen; gedrag

## Inleiding

In de afgelopen decennia zijn vele psychosociale interventies en belevingsgerichte zorgbenaderingen (hierna: communicatiemethoden) ontwikkeld en geïmplementeerd om de communicatie tussen zorgverleners en mensen met dementie in verpleeghuizen te verbeteren.<sup>1-7</sup>

In Nederland wordt sinds kort een nieuwe methode toegepast om het contact met mensen met dementie te verbeteren, de Veder Methode. De methode is ontwikkeld door Stichting Theater Veder en wordt tot nog toe toegepast in de vorm van theatervoorstellingen en huiskamervoorstellingen. Door het activeren van het langetermijngeheugen tracht men apathie bij mensen met dementie te verminderen, contact te bevorderen, en het gevoel van persoonlijke identiteit en eigenwaarde te versterken. De Veder Methode is in de afgelopen vier jaar op grote schaal als groepsactiviteit geïmplementeerd in Nederlandse verzorgings- en verpleeghuizen met psychogeriatrische afdelingen. In totaal zijn ongeveer 1050 zorgverleners getraind in het aanbieden van een 'huiskamervoorstelling' als groepsactiviteit. Theaterelementen, zoals zang en poëzie, worden gecombineerd met elementen uit succesvolle communicatiemethoden, zoals reminiscentie<sup>1</sup>, Neuro Linguïstisch Programmeren (NLP)<sup>2</sup>, Validation<sup>3</sup> en geïntegreerde belevingsgerichte zorg<sup>4</sup>. Ondanks het feit dat dit bekende en veelgebruikte communicatiemethoden in de dementiezorg zijn, is er vooralsnog weinig wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit ervan.<sup>1,5-7</sup> Het integreren van verschillende methoden zou de effectiviteit kunnen vergroten vergeleken met het afzonderlijk toepassen van deze methoden. Bovendien biedt het gebruik van toneelspel de gelegenheid om communicatie explicieter (ook nonverbaal) te maken dan bij voornamelijk verbale communicatie. Hierdoor kan de wederkerigheid in het contact tussen de zorgverlener en de persoon met dementie worden vergroot. Ontvankelijkheid voor muziek blijft behouden tot in de late stadia van dementie,<sup>8</sup> en communicatie via toneelspel kan het voor mensen met dementie gemakkelijker maken herinneringen op te halen en hun gevoelens te uiten.<sup>9</sup>

Het belangrijkste doel van deze studie was het onderzoeken van de meerwaarde van een 'huiskamervoorstelling' volgens de Veder Methode (hierna: 'huiskamervoorstelling') in vergelijking met een gewone reminiscentie-groepsactiviteit. Een tweede doel was na te gaan of professionele zorgverleners dezelfde effecten kunnen bereiken met de toepassing van de Veder Methode als de professionele acteurs van Stichting Theater Veder.

<sup>a</sup> Junior onderzoeker/ promovenda, Afdeling Psychiatrie / Afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, Alzheimer Centrum, EMGO Instituut voor Gezondheid en Zorgonderzoek, VUmc

<sup>b</sup> Universitair hoofddocent Gezondheidscommunicatie, Amsterdam School of Communication Research / ASCoR, Universiteit van Amsterdam

<sup>c</sup> Hoogleraar psychosociale hulpverlening voor mensen met dementie, Afdeling Psychiatrie / Afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, Alzheimer Centrum, EMGO Instituut voor Gezondheid en Zorgonderzoek, VUmc  
Correspondentie: Prof. dr. R.M. Dröes, Afdeling Psychiatrie / Afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, Alzheimer Centrum, EMGO Instituut voor Gezondheid en Zorgonderzoek, VUmc. Adres: van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam. E-mail: rm.droes@vumc.nl

## Methoden

### Onderzoeksoepzet en setting

Het onderzoek vond plaats op 22 psychogeriatrische afdelingen in dertien Nederlandse verpleeghuizen in de regio's Amsterdam en Leeuwarden.

Er werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel non-equivalent onderzoeksdesign met drie groepen bewoners met dementie. Twee groepen woonden een huiskamervoorstelling bij, uitgevoerd door respectievelijk zorgverleners (experimentele groep 1; E1) en acteurs (experimentele groep 2; E2). De derde groep (controlegroep; C1) ontving een gewone reminiscentie-groepsactiviteit. Matching vond plaats op ernst van de dementie van bewoners (gebaseerd op MMSE en GDS scores), samenstelling van personeel (verzorgenden en/of activiteitenbegeleiders) bij de groepsactiviteit en het gebruikte zorgmodel.

Op drie meetmomenten werden systematische observaties van gedrag, stemming en kwaliteit van leven van de deelnemende bewoners uitgevoerd:

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

(T2) tijdens de interventie (huiskamervoorstelling of reminiscentie-groepsactiviteit); en

(T3) nameting, uitgevoerd anderhalf tot twee uur na afloop van T2.

Algemene inclusiecriteria voor verpleeghuizen waren voor alle groepen: 1) aanwezigheid van een psychogeriatrische afdeling en 2) bereidheid van het personeel om een huiskamervoorstelling/reminiscentie-groepsactiviteit te organiseren. Een extra criterium voor E1 was de aanwezigheid van personeel dat training en coaching had ontvangen van Stichting Theater Veder. Voor de controlegroep was het selectiecriteria de aanwezigheid van personeel dat *geen* training en coaching had ontvangen van Stichting Theater Veder.

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

### Interventies

*Experimentele groep 1 (E1):* Deze groep (N=64) woonde een *huiskamervoorstelling* volgens de Veder Methode bij, geleid door getrainde zorgverleners (activiteitenbegeleiders of verzorgenden). De zorgverleners hadden minimaal een trainingssessie en twee 'coaching on-the-job' sessies ontvangen van Stichting Theater Veder. De training voor zorgverleners bestond uit het aanleren van de basisprincipes van de Veder Methode. Tijdens de 'coaching on-the-job' sessies

moesten de zorgverleners de Veder Methode toepassen in een huiskamervoorstelling. Daarna kregen zij feedback van een coach van Stichting Theater Veder.

Een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode is opgebouwd volgens een vaste volgorde, beginnend met persoonlijk één op één contact om de bewoners te verwelkomen, activeren van het langetermijngeheugen, pauze, activeren van het kortetermijngeheugen en afsluiting met persoonlijk één op één contact. Een huiskamervoorstelling heeft een centraal thema en dit thema wordt door de zorgverleners/acteurs zelf ingevuld. Iedere zorgverlener/acteur speelt een rol die betrekking heeft op dat thema. Er worden kostuums, rekwisieten en herkenbare personages gebruikt om een toneelsetting te creëren. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van zowel liedjes en gedichten, als voorwerpen, geuren en smaken die te maken hebben met het centrale thema.

*Experimentele groep 2 (E2):* Deze groep (N=31) woonde een *door acteurs van Stichting Theater Veder uitgevoerde huiskamervoorstelling* volgens de Veder Methode bij overeenkomstig de beschrijving onder E1. Deze acteurs hadden ruime ervaring met het geven van huiskamervoorstellingen volgens de Veder Methode.

*Controlegroep (groep C1):* Deze groep (N=52) ontving een *reminiscentie-groepsactiviteit*, geleid door een of twee zorgverleners (activiteitenbegeleiders of verzorgenden) die ervaring hadden met het leiden van reminiscentie-groepsactiviteiten, maar niet getraind waren in de Veder Methode. In de reminiscentie-groepsactiviteit werden groepsgesprekken gevoerd over een thema dat gerelateerd is aan het verleden. De zorgverleners fungeerden als gespreksleider en stimuleerden het gesprek door informatie aan te reiken over het betreffende thema met behulp van foto's en andere voorwerpen en door (open) vragen te stellen over de ervaringen van de bewoners met betrekking tot het thema. De zorgverleners probeerden in het gesprek de ervaringen van de verschillende bewoners met elkaar te verbinden en op die manier de interactie tussen de bewoners te vergroten. De groepsactiviteit had een duidelijk begin en einde.

Een reminiscentie-groepsactiviteit is gekozen als controle-interventie, omdat bij reminiscentie evenals bij de Veder Methode, de nadruk ligt op het stimuleren van interactie met bewoners met dementie door het ophalen van herinneringen en omdat het in Nederlandse verpleeghuizen een veelgebruikte methode is. Een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode verschilt van een reguliere reminiscentieactiviteit omdat er ook gebruik wordt gemaakt van theatrale elementen en andere zorgbenaderingen, zoals Validation en NLP.

### Uitkomstmaten

**Achtergrondkenmerken:** Socio-demografische en medische achtergrondkenmerken van bewoners werden verzameld. De mate van cognitieve beperking werd gemeten met de Mini Mental State Examination (MMSE).<sup>10</sup> Voor de bewoners bij wie geen MMSE kon worden afgenomen, is de Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) ingevuld door een zorgverlener van de afdeling. Voor alle bewoners werd volgens de classificatie van Reisberg e.a.<sup>11</sup> en op basis van de scores van de MMSE of BCRS het stadium van dementie op de Global Deterioration Scale (GDS) bepaald.

**Gedrag, stemming en kwaliteit van leven van bewoners:** Kwaliteit van leven werd gemeten met de *Qualidem*,<sup>12,13</sup> een gestructureerde observatielijst voor gebruik in intramurale zorgsettings. De *Qualidem* bestaat uit 37 items van observeerbaar gedrag, gemeten op een 4-punts Likertschaal en verdeeld over 9 subschalen. Hoge scores op de subschalen betekenen een betere kwaliteit van leven. Hoge scores op de subschaal 'positief affect' wijzen bijvoorbeeld op een betere stemming en hoge scores op de subschaal 'sociaal isolement' wijzen juist op *minder* sociaal geïsoleerd gedrag. De *Qualidem* is ontwikkeld om een oordeel te geven over het gedrag van de persoon met dementie in de afgelopen twee weken. In dit onderzoek was sprake van een beperkte tijdsperiode aangezien de observaties slechts 30 – 90 minuten duurden. Vier items werden verwijderd, omdat ze in de beperkte tijd of in de context van de groepsactiviteit niet goed te observeren waren. In eerder onderzoek werd de *Qualidem* valide en betrouwbaar bevonden. Ettema e.a.<sup>12,13</sup> vonden voldoende interne consistentie (Cronbachs alfa = 0,59-0,89) en voldoende betrouwbaarheid binnen de subschalen ( $\rho = 0,60-0,90$ ). De test-hertest betrouwbaarheid varieerde van 0,74 tot 0,88.

Om het gedrag van bewoners te beoordelen werden 24 van de 30 items uit de uitgebreide versie van de INTERACT gebruikt, verdeeld over 6 subcategorieën.<sup>14</sup> Het oorspronkelijke INTERACT item 'aandacht voor/reageert op/gericht op activiteit/voorwerpen' werd verdeeld in twee items, te weten 'aandacht voor/gericht op activiteit/voorwerpen' en 'reageert op activiteit/voorwerpen'. Daarnaast werden twee items toegevoegd aan de subcategorie stemming, namelijk 'lachen' en 'enthousiasme'. De 28 items werden gescoord op een 5-punts Likertschaal. In tegenstelling tot het meetinstrument de *Qualidem*, betekent een hoge score op een item van de INTERACT altijd een hogere frequentie van het betreffende gedrag. Een hoge score op het item 'verward' betekent bijvoorbeeld dat er sprake is van meer verwardheid. De INTERACT is oorspronkelijk ontwikkeld voor de evaluatie van snoezelsessies bij mensen met dementie,<sup>14,15</sup> maar wordt ook geschikt geacht om de effecten van de groepsactiviteiten in onze studie te evalueren. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ge-

middelde Pearson r) van de INTERACT-items was 0,83 (range 0,68-0,99) in eerder onderzoek.<sup>14</sup>

De algemene stemming van de bewoners werd gemeten aan de hand van een 3-puntsschaal door een keuze te maken uit drie gezichtsuitdrukkingen (FACE):<sup>16,14</sup>

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

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van FACE was 0,84 (gemiddelde Pearson r) in het onderzoek van Van Weert e.a. (2005).<sup>14</sup>

Daarnaast werd de *betrokkenheid* van de bewoners gemeten op een 4-punts Likertschaal. Dit item is afkomstig uit de Nederlandse Dementia Care Mapping scorelijst.<sup>17</sup>

Ten slotte werd een enkele vraag, afgeleid van de RAND-36, alleen tijdens de voor- en naming (T1 en T3) mondeling beantwoord door de bewoners om de ervaren kwaliteit van leven te meten, tenzij zij niet meer tot verbale communicatie in staat waren. Antwoordmogelijkheden varieerden van slecht (1) tot (10) uitstekend.<sup>18</sup>

**Kwaliteit van de uitvoering van de interventie:** De correcte toepassing van de Veder Methode werd gemeten met een voor dit onderzoek ontwikkeld instrument ('Uitvoering Veder Methode', interbeoordelaarsbetrouwbaarheid = 71,9%).<sup>19</sup> De lijst bestaat uit 20 items, gemeten op een 4-punts Likertschaal. Voorbeeld van een vraag in dit instrument is 'Wordt de communicatie (qua lichaamshouding, spreektoon, spreektempo en ademhalingsritme expressief stemgebruik) aangepast aan de persoon?'. Daarnaast werd het aantal aangeboden theatrale prikkels, de duur van de interventie en het aantal bewoners dat deelnam genoteerd.

Tevens werd voor dit onderzoek een lijst met 14 items samengesteld om de kwaliteit van de uitvoering van de herinneringsgroepsactiviteit te meten.<sup>20</sup> Voorbeeld van een vraag van deze lijst is: 'Wordt er een goede balans gevonden tussen informatie vragen en informatie geven?'.

### Procedure

De bewoners die voldeden aan de inclusiecriteria, evenals hun wettelijk vertegenwoordigers, werden na geïnformeerd te zijn over het onderzoek gevraagd om toestemming voor deelname hieraan. De laatstgenoemden werden schriftelijk benaderd met een informatiebrief en de vraag of zij op een toestemmingsformulier wilden aangeven of zij instemden met deelname aan het onderzoek (informed consent).

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

De onafhankelijke observatoren (studenten Psychologie en Culturele antropologie) werden vooraf getraind. Om methodologische redenen werden de observatoren van tevoren niet geïnformeerd over de specifieke onderzoeksvragen van het onderzoek, de experimentele interventie en controle-interventie. De voor- en nameting (T1 en T3) vonden plaats op twee verschillende dagen op hetzelfde tijdstip van de dag, duurden 90 minuten per meting en werden uitgevoerd in de huiskamer van de verpleeghuisafdelingen. Metingen tijdens de interventie (T2) vonden plaats in dezelfde huiskamer of in een speciale activiteitenruimte. De observatoren zaten in een hoek, van waaruit zij de bewoners konden zien. Een observator observeerde maximaal vier bewoners en er waren maximaal twee observatoren per meting aanwezig. Voor het kunnen vaststellen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de kwaliteit van de uitvoering van de activiteiten werden van alle huiskamervoorstellingen en reminiscentie-groepsactiviteiten tevens video-opnames gemaakt.

#### Data analyse

Voor de data-analyse zijn de programma's SPSS-Windows 15.0 en MLwiN Package 2.21 gebruikt. Groep E1 en E2 en de controlegroep werden vergeleken op socio-demografische en medische achtergrondkenmerken met behulp van Chi-kwadraattoetsen, Kruskal-Wallistoetsen en Mann-Whitney U-toetsen, waar van toepassing. Dezelfde statistische toetsen werden uitgevoerd om uitvallers en non-responders te vergelijken met deelnemers aan het onderzoek. Om groepen te vergelijken op correcte uitvoering van de interventie, werden Mann-Whitney U-toetsen uitgevoerd.

Ter bepaling van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB) van observaties van bewonersgedrag werd 10% van het totale aantal observaties nogmaals beoordeeld door een tweede, onafhankelijke observator aan de hand van video-opnames. Zodoende zijn er 109 IBB observaties uitgevoerd waarvoor een Cohen's kappa werd berekend. Aangezien op veel items geen kappa kon worden berekend door onvoldoende variatie in scores, werden de scores gedichotomiseerd. Waarden tussen 0,21 en 0,40 werden beschouwd als matig, tussen 0,41 en 0,60 als redelijk, en waarden > 0,61 als goed volgens Altman (1991).<sup>21</sup> Voor FACE, een 3-puntsschaal, werd een Pearson's correlatiecoëfficiënt berekend. De IBB werd niet gemeten voor het gedrag dat bij minder dan 2% van de bewoners geobserveerd werd.<sup>22</sup>

Voor de effectanalyses werden univariate covariantieanalyses (ANCOVA's) uitgevoerd, waarbij de uitkomstmaten op T2 (tijdens de interventie) en T3 (nameting) in de drie groepen vergeleken werden, terwijl baseline data (T1) als covariaten werden meegenomen in de analyse. Deze strategie wordt aanbevolen voor kleine

steekproeven.<sup>23</sup> Achtergrondkenmerken waarop de groepen verschilden (bijkens Mann-Whitney U-toetsen en chi-kwadraat toetsen) en die bovendien samenhangen met een of meer van de uitkomstmaten (blijkens Spearman rangcorrelatiecoëfficiënten,  $p < 0,05$ ), zogenoemde potentiële confounders, werden eveneens in de effectanalyse als covariaat meegenomen. Er werd gecorrigeerd voor multiple testing met de Bonferroni betrouwbaarheidsinterval correctie. Vanwege de verwachte meerwaarde van de Veder Methode is er gebruik gemaakt van eenzijdig toetsen met een significantieniveau van 5%. Tevens zijn er effectgroottes berekend en beoordeeld als klein ( $d = 0,2$ ), middelgroot ( $d = 0,5$ ) of groot ( $d \geq 0,8$ ) volgens de richtlijn van Cohen (1988).<sup>23</sup>

Aanvullend werden multilevel analyses uitgevoerd om te corrigeren voor clustering op afdelingsniveau. Multilevel analyse werd alleen uitgevoerd voor de variabelen waar significante verschillen tussen groepen waren gevonden bij het uitvoeren van de ANCOVA's.

## Resultaten

### Respons

In totaal kwamen 233 bewoners in aanmerking voor deelname, waarvan 182 bewoners (78,1%) positief reageerden, 33 (14,2%) deelname weigerden en 15 (6,4%) niet reageerden. Nadat de toestemming ontvangen was vielen 3 (1,3%) bewoners alsnog af omdat zij niet voldeden aan de inclusiecriteria. In Groep E1 werden 79 bewoners geïncludeerd, in groep E2 36 bewoners, en in de controlegroep 67 bewoners. Gedurende de observatieperiode vielen er nog respectievelijk 19 bewoners (24,1%) uit in groep E1, 5 bewoners in E2 (13,9%), en 15 (22,4%) in groep C. Redenen hiervoor waren o.a. behoefte om alleen te zijn in de eigen kamer, bezoek aan een kapper of fysiotherapeut, bezoek van familie of de persoon was nog op bed. Uiteindelijk zijn bij de analyse van de meting tijdens de interventie (T2) 64 bewoners in E1, 31 bewoners in E2 en 52 bewoners in C meegenomen. Bij de nameting (T3) heeft analyse plaatsgevonden bij 60 bewoners in E1, 31 bewoners in E2 en 52 bewoners in C. Er werden geen significante verschillen gevonden op achtergrondkenmerken tussen deelnemers aan de studie en bewoners waarvoor geen toestemming verkregen werd ( $n=48$ ), respectievelijk uitvallers op T2 (van groep E1 ( $n=8$ ) en van groep C1 ( $n=6$ )). In 95,8% (137 van 143) van alle gevallen werd de bewoner bij de drie metingen (T1 tot T3) door dezelfde persoon geobserveerd.

### Achtergrondkenmerken bewoners

Er werden ten tijde van de voormeting geen verschillen ( $p < 0,05$ ) gevonden tussen de drie groepen bewoners op geslacht, leeftijd, recente grijp-

pende gebeurtenissen, aantal jaren in verpleeghuis, duur van de ziekte, type en kenmerken dementie en MMSE- c.q. GDS-score en aantal gebruikte psychofarmaca. Er waren wel significant meer bewoners met alleen een lagere schoolopleiding in E2 (75,0%,  $p < 0,05$ ) dan in E1 (31,6%) en C1 (43,6%). Opleiding correleerde echter niet significant met een of meer van de uitkomstvariabelen en werd daarom niet meegenomen als potentiële confounder in de effectanalyses.

#### *Kenmerken interventie en kwaliteit van uitvoering*

In Tabel 1 zijn kenmerken opgenomen van de verschillende interventies op T2. De gemiddelde duur van de interventie in E1 was 48 minuten, in E2 68 minuten en in de controlegroep duurde de groepsactiviteit gemiddeld 45 minuten. De uitvoeringsscore van de Veder Methode (kwaliteit van uitvoering van de methode) was het hoogst in E2 en in beide experimentele groepen significant hoger dan in de controlegroep ( $p < 0,05$ ). Er was daarnaast een significant verschil op de reminiscentie uitvoeringsscore tussen E1 en E2 ( $p < 0,05$ ), waarbij in E2 meer elementen van reminiscentie gebruikt werden. Het aantal theatrale prikkels was bovendien significant hoger in E2 dan in E1 en C1 en tevens significant hoger in E1 dan in C1 ( $p < 0,001$ ).

#### *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB)*

De gemiddelde IBB (kappa) voor de subschalen van de Qualidem in deze onderzoekssteekproef was 0,428 (range 0,315-0,644; matig tot goed), voor de INTERACT items 0,327 (range 0,119-0,591; matig tot redelijk) en voor betrokkenheid 0,372 (matig). De IBB (gemiddelde Pearson  $r$ ) voor FACE was 0,484.

#### *Uitkomsten*

Ondanks het feit dat de verdeling van geslacht net niet significant verschilde tussen de groepen ( $p=0,057$ ) is er toch besloten om in de analyses te controleren voor geslacht als mogelijke confounder en bij de uitkomstmaat 'positief zelfbeeld' is naast geslacht ook het aantal psychofarmaca (verschil tussen groepen was  $p=0,055$ ) meegenomen. Hiertoe is besloten omdat beide variabelen correleerden met de uitkomstvariabelen ( $p < 0,05$ ).

In Tabel 2 zijn alle (aangepaste) gemiddelde scores en standaarddeviaties en effectgroottes vermeld van de uitkomstmaten waar tijdens T2 en/of T3 significante verschillen tussen de groepen werden gevonden met zowel ANCOVA als multilevel analyse. Gegevens van de voormeting (T1), tijdens de interventie (T2) en van de name-

Tabel 1	Beschrijving van interventies (T2)		
	Experimentele groep 1 (E1)	Experimentele groep 2 (E2)	Controlegroep (C1)
<i>Kenmerken</i>			
Type interventie	Huiskamervoorstelling	Huiskamervoorstelling	Reminiscentie activiteit
Leiders van de interventie	Zorgverleners	Professionele acteurs	Zorgverleners
Aantal bewoners dat deelnam aan interventie, gemiddelde (SD)	7.6 (1.9)	8.9 (1.5)	12.4 (3.3)
Duur in minuten, gemiddelde (SD)	48 (8.0)	68 (7.8)	45 (15.7)
<i>Kwaliteit van uitvoering van de interventie</i>			
Uitvoeringsscore Veder Methode, gemiddelde (SD) (range=20-80)	66.2 (8.3)** a	75.4 (0.9)** b	54.2 (4.8)** a,b
Uitvoeringsscore Remiscentie, gemiddelde (SD) (range=14-56)	44.6 (5.9)* c	50.6 (1.5)* c	47.0 (4.4)
Theatrale prikkels, gemiddeld (SD)	10.3 (3.7)*** c,a	26.6 (3.9)*** c,b	1.2 (1.9)*** a,b

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

a significant verschil tussen E1 en C

b significant verschil tussen E2 en C

c significant verschil tussen E1 en E2

ting (T3) zijn in de tabel opgenomen. De p-waarden die worden vermeld in Tabel 2 komen voort uit de multilevel analyse, waarin gecorrigeerd werd voor clustering op afdelingsniveau.

Niet-significante verschillen zijn niet in Tabel 2 opgenomen, een overzicht met alle resultaten van de ANCOVA en multilevel analyses kan opgevraagd worden bij de auteurs. Zo werden geen significante verschillen tussen de groepen gevonden op de twee Qualidem subschalen, rusteloos gedrag en sociale relaties, noch op de veertien INTERACT items: sprak duidelijk, sprak verstandig, gepast oogcontact, goede relatie met anderen, reageerde op spreken, volgde prikkels, gepaste aanraking, reageerde op activiteit, opmerkingen of vragen over activiteiten, deed dingen uit eigen initiatief, dwalen, onrustig, verveeld/inactief, ontspannen/tevreden. Ook werden er geen verschillen tussen groepen gevonden op de FACE schaal en de zelfgerapporteerde kwaliteit van leven (RAND, n=62 was in staat deze vraag te beantwoorden). Na het uitvoeren van multilevel analyse om te corrigeren voor clustering op afdelingsniveau bleek dat de groepen eveneens niet verschilden op de Qualidem subschaal 'negatief affect en de INTERACT items 'tranen/verdrietig' en 'bang/angstig'.

De resultaten op basis van de multilevel analyse van de metingen tijdens de interventie (T2), lieten significante verschillen tussen E1, E2 en de controlegroep zien bij drie Qualidem subschalen (zorgrelatie, positief zelfbeeld en zich thuisvoelen) en zes INTERACT items (verward, lachen, sprak spontaan, haalde herinnering op, sprak in zinnen van normale lengte, en affectief aanraken. Tijdens de interventie hadden bewoners in E1 minder hoge scores op zorgrelatie en positief zelfbeeld in vergelijking met de controlegroep en zij vertoonden minder vaak gedrag waaruit bleek dat zij zich thuisvoelden. Bewoners in E2 waren tijdens de interventie minder verward, lachten meer en raakten elkaar meer affectief aan dan bewoners in de controlegroep. Ook bewoners in E1 raakten elkaar meer affectief aan dan bewoners in de controlegroep. Bewoners in groep E1 en E2 haalden tijdens de interventie minder herinneringen op en spraken minder in zinnen van normale lengte in vergelijking met bewoners in de de controlegroep. Daarnaast praatten bewoners in E2 minder spontaan dan bewoners in de controlegroep.

Bij de nameting (1,5 tot 2 uur na de interventie) werden verschillen tussen E1 c.q. E2 in vergelijking met de controlegroep gevonden op vijf Qualidem subschalen (zorgrelatie, positief affect, sociaal isolement, zich thuisvoelen, en iets om handen hebben), acht INTERACT items (vrolijk/tevreden, enthousiasme, haalde herinneringen op, werkte mee, luisterde naar stem/geluid, aandacht voor activiteit, genoot/vermaakte zichzelf en alert/actief) en het item *Betrokkenheid* uit de Dementia Care Mapping scoorlijst. Bewoners in E2 vertoonden minder soci-

aal geïsoleerd gedrag en voelden zich meer thuis vergeleken met de controlegroep. Bewoners in E1 hadden echter lagere scores op zorgrelatie, positief affect en voelden zich minder thuis dan de controlegroep. Bewoners in E2 scoorden bij de nameting lager op 'iets om handen hebben' dan de controlegroep.

Bij de nameting waren bewoners in E2 vrolijker/tevredener en haalden meer herinneringen op in vergelijking met de controlegroep. Ze luisterden ook beter naar stemmen/geluiden, hadden meer aandacht voor activiteit om hen heen en waren alerter/actiever dan de controlegroep.

Bewoners in E1 waren na de interventie minder enthousiast, werkten minder mee, vermaakten zichzelf minder en waren minder betrokken dan bewoners in de controlegroep.

## Conclusie en Discussie

Dit onderzoek moet worden beschouwd als een eerste verkennende studie naar de uitvoerbaarheid en meerwaarde van een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode in vergelijking met een reminiscentie groepsactiviteit. De resultaten laten in de eerste plaats verschillen zien tussen het *type* interventie. Uitvoeringscores van de Veder Methode en het aantal theatrale prikkels waren significant hoger in 'huiskamervoorstellingen' van zowel zorgverleners als professionele acteurs in vergelijking met reminiscentie-groepsactiviteiten. Deze resultaten geven aan dat een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode niet alleen in theorie verschilt van een reminiscentie-groepsactiviteit, maar ook in de feitelijke toepassing.

In dit onderzoek werden de effecten van het bijwonen van een huiskamervoorstelling volgens de Veder Methode onderzocht op het gedrag, de stemming en de kwaliteit van leven van bewoners met dementie. Dit werd onderzocht tijdens de interventie en 1,5 tot 2 uur na afloop van de interventie.

De resultaten op uitkomstmaten tijdens de interventie lieten middelgrote positieve effecten zien voor de huiskamervoorstelling uitgevoerd door acteurs (E2) op de variabelen 'verward' (mensen waren minder verward), 'lachen' en 'affectief aanraken'. Tijdens de nameting werden kleine effecten ten gunste van E2 gevonden voor 'zich thuisvoelen', 'vrolijk/tevreden' en de variabele 'alert/actief'. Middelgrote effecten ten gunste van E2 werden gevonden voor 'sociaal isolement' (mensen waren minder geïsoleerd), 'herinneringen ophalen', 'luisteren naar stem/geluid' en 'aandacht voor activiteit'. Deze resultaten tonen op deze variabelen dus een meerwaarde aan van de door professionele acteurs aangeboden huiskamervoorstelling ten opzichte van een huiskamervoorstelling door getrainde zorgverleners of een reminiscentie-groepsactiviteit.





	VOORMETING (T <sub>1</sub> )				TIJDENS INTERVENTIE (T <sub>2</sub> )				NAMETING (T <sub>3</sub> )							
	Groep E <sub>1</sub>	Groep E <sub>2</sub>	Groep C <sub>1</sub>		Groep E <sub>1</sub>	Groep E <sub>2</sub>	Groep C <sub>1</sub>		Groep E <sub>1</sub>	Groep E <sub>2</sub>	Groep C <sub>1</sub>					
	(n=64)	(n=31)	(n=52)		(n=64)	(n=31)	(n=52)		(n=60)	(n=31)	(n=52)					
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		M <sub>Adj</sub> (SD)	M <sub>Adj</sub> (SD)	M <sub>Adj</sub> (SD)		M <sub>Adj</sub> (SD)	M <sub>Adj</sub> (SD)	M <sub>Adj</sub> (SD)		p <sub>(a)</sub>	p <sub>(b)</sub>	d <sub>(a)</sub>	d <sub>(b)</sub>
Lachen	1,80 (0,89)	2,32 (0,98)	2,00 (0,91)		2,57 (0,80)	2,76 (0,84)	2,36 (0,79)						0,10	<b>0,01</b>	0,27	0,50
Enthousiast	2,02 (1,06)	2,42 (0,96)	2,19 (1,09)						1,72 (0,86)	2,31 (0,89)	2,13 (0,85)		<b>0,03</b>	0,16	-0,48	-0,21
Sprekten																
Sprak spontaan	2,59 (1,15)	2,77 (0,96)	2,75 (1,08)		2,57 (0,96)	2,30 (0,95)	2,80 (0,94)						0,08	<b>0,02</b>	-0,24	-0,54
Haalde herinneringen op	1,33 (0,70)	1,64 (0,68)	1,69 (1,08)		2,07 (0,88)	2,33 (0,89)	3,16 (0,87)		1,44 (0,70)	1,72 (0,72)	1,34 (0,71)		0,24	<b>0,01</b>	0,14	0,54
Sprak zinnen normale lengte	3,72 (1,39)	4,33 (0,99)	3,77 (1,38)		3,85 (0,88)	3,80 (0,89)	4,30 (0,87)									
Relatie met persoon																
Affectief aanraken	1,63 (0,85)	1,81 (0,79)	1,75 (0,97)		2,06 (0,88)	2,00 (0,84)	1,56 (0,87)						<b>0,01</b>	<b>0,02</b>	0,58	0,52
Werkte mee	4,17 (1,15)	4,61 (0,72)	4,19 (1,27)						4,10 (0,94)	4,58 (0,95)	4,57 (0,92)		<b>0,00</b>	0,44	-0,51	-0,01
Luisterde naar stem/geluid	3,73 (0,90)	4,19 (0,70)	3,90 (0,85)						3,74 (0,78)	4,34 (0,78)	3,83 (0,71)		0,30	<b>0,01</b>	-0,12	-0,70
Relatie tot omgeving																
Aandacht voor activiteit	2,89 (1,17)	3,87 (0,67)	3,71 (1,02)						3,24 (0,94)	4,00 (0,95)	3,37 (0,92)		0,19	<b>0,01</b>	-0,14	-0,69

	VOORMETING (T1)			TIJDENS INTERVENTIE (T2)						NAMETING (T3)						
	Groep E1	Groep E2	Groep C1	Groep E1	Groep E2	Groep C1	Groep E1	Groep E2	Groep C1	Groep E1	Groep E2	Groep C1	$d_{(a)}$	$d_{(b)}$		
Stimulatie-niveau	M (SD) (n=64)	M (SD) (n=31)	M (SD) (n=52)	$M_{Adj}$ (SD) (n=64)	$M_{Adj}$ (SD) (n=31)	$M_{Adj}$ (SD) (n=52)	$M_{Adj}$ (SD)	$M_{Adj}$ (SD)	$M_{Adj}$ (SD)	$M_{Adj}$ (SD) (n=60)	$M_{Adj}$ (SD) (n=31)	$M_{Adj}$ (SD) (n=52)	$p_{(a)}$	$p_{(b)}$	$d_{(a)}$	$d_{(b)}$
Genoot/ vermaakte zichzelf	1,59 (0,94)	1,87 (0,96)	1,63 (0,90)				1,50 (0,82)	1,96 (0,82)	1,78 (0,77)				<b>0,03</b>	0,26	-0,43	-0,18
Alert/ actief	3,05 (1,12)	3,35 (1,38)	3,58 (1,05)				3,35 (1,02)	3,78 (1,00)	3,33 (0,99)				0,46	<b>0,03</b>	0,02	0,46
OVERIG																
Betrokkenheid (schaal 0-3)	1,59 (0,94)	1,87 (0,96)	1,63 (0,96)				1,50 (0,82)	1,96 (0,82)	1,78 (0,77)				<b>0,04</b>	0,17	-0,35	-0,23

Groep E1 = Experimentele groep 1 (huiskamervoorstelling door getrainde zorgverleners), Groep E2 = Experimentele groep 2 (huiskamervoorstelling door professionele acteurs), Groep C1 = Controlegroep (reminiscentie-groepsactiviteit);

M = gemiddelde, MAdj = gemiddelde, aangepast voor scores voormeting en geslacht, SD = standaarddeviatie, d = effectgrootte (klein = 0,2; middelgroot = 0,5; groot  $\geq 0,8$ ), p = p-waarde bij het uitvoeren van multilevel analyse;

I = Madj tijdens interventie en bij nameting aangepast voor aantal medicijnen, score op voormeting en geslacht, II = Hoge scores op de subschalen van de Qualidem betekenen een betere kwaliteit van leven. Bijvoorbeeld: hoge scores op de subschaal 'sociaal isolement' duiden op minder sociaal geïsoleerd gedrag. In tegenstelling tot het meetinstrument de Qualidem, betekent een hoge score op een item van de INTERACT altijd een hogere frequentie van het betreffende gedrag. Een hoge score op het item 'verward' betekent bijvoorbeeld dat er sprake is van meer verwardheid;

(a) = p voor verschil tussen E1 en C1, (b) = p voor verschil tussen E2 en C1; p-waarden < 0,05 (eenzijdig) zijn vet gedrukt.

Tijdens de interventie werden ook enkele effecten reminiscentieactiviteiten komt overigens niet naar voren dat bewoners *tijdens* deze activiteiten meer spontaan spreken of herinneringen ophalen, maar in onderzoeken naar andere activerende psychosociale methoden, zoals bewegingsactivering,<sup>26</sup> een 'hond als huisdier voor bewoners',<sup>27</sup> en snoezelen<sup>14</sup> werden wel ook verbeteringen op het gebied van 'spreken' gevonden.

Een verrassender resultaat is dat bewoners in E2 tijdens de nameting, dat wil zeggen 1,5 tot 2 uur na de interventie significant meer herinneringen ophaalden in vergelijking met de controlegroep. Een soortgelijk effect hebben wij niet in andere onderzoeken naar psychosociale methoden gevonden. Bij de nameting lieten bewoners in E2 ook significant minder sociaal geïsoleerd gedrag zien en meer alertheid ('aandacht voor activiteit' en 'luisterde naar stem/geluid') dan bewoners in de controlegroep. Vergelijkbare positieve effecten op sociale interactie en sociale betrokkenheid zijn gevonden in effectstudies over snoezelen,<sup>14</sup> een life-review programma,<sup>24</sup> bewegingsactivering,<sup>24,28,29</sup> en ontmoetingscentra.<sup>30</sup>

In termen van klinische relevantie kunnen de middelgrote effecten op lachen tijdens de interventie, en het ophalen van herinneringen, alertheid en minder sociaal isolement tijdens de nameting als belangrijke meerwaarde van de Veder Methode worden beschouwd.

Een tweede doel van ons onderzoek was om na te gaan of professionele zorgverleners die getraind zijn in het toepassen van de Veder Methode in een huiskamervoorstelling dezelfde effecten kunnen bereiken als professionele acteurs. Ons onderzoek wijst uit dat professionele acteurs andere, en meer positieve, effecten bereiken op gedrag, stemming en kwaliteit van leven van bewoners dan getrainde zorgverleners. Er zijn verschillende kanttekeningen te maken bij deze resultaten. Tijdens de kwalitatieve evaluatie van de interventie met de zorgverleners, gaven de zorgverleners aan minder tevreden te zijn met de uitvoering van de huiskamervoorstelling dan de zorgverleners van de reminiscentie-groepsactiviteit. Zorgverleners die de huiskamervoorstelling leidden meldten vaker dat zij nerveus waren vanwege het onderzoek en de (video-)observaties dan zorgverleners die een reminiscentieactiviteit organiseerden. Een mogelijke reden voor dit verschil is dat zorgverleners meer gewend zijn om een reminiscentie-groepsactiviteit te leiden dan een huiskamervoorstelling, aangezien reminiscentie al lange tijd gebruikt wordt bij mensen met dementie in Nederlandse zorginstellingen. De zorgverleners werden relatief kort geleden getraind in het geven van een huiskamervoorstelling, en de huiskamervoorstellingen werden nog niet standaard toegepast als gebruikelijke zorg. Er werden bij E1 ook lagere reminiscentie uitvoerings-

scores geregistreerd dan bij E2, wat betekent dat bewoners in E1 een huiskamervoorstelling bijwoonden die minder adequaat was uitgevoerd dan de voorstelling in groep E2 (die door professionele acteurs werd opgevoerd). Daarnaast duurde de huiskamervoorstelling zoals aangeboden door acteurs gemiddeld langer dan de huiskamervoorstelling uitgevoerd door zorgverleners. Dit kan ook hebben bijgedragen aan verschillen in uitkomsten ten gunste van E2. De geringe effecten in groep E1 zijn mogelijk ook veroorzaakt door een gebrek aan flexibiliteit van de zorgverleners om in te spelen op reacties van de bewoners doordat zij (in hun rol als 'acteurs in spe') vooral gefocust waren op hun toneelspel. Dit kan bij de bewoners tot een zekere onrust hebben geleid en, daarmee samenhangend, meer vermoeidheid na afloop van de groepsactiviteit. Ook waren de omstandigheden minder optimaal: zo werden de huiskamervoorstellingen die door zorgverleners werden uitgevoerd vaker verstoord, bijvoorbeeld door booractiviteiten in de muur naast de ruimte waar de huiskamervoorstelling gegeven werd of een tandarts die binnenkwam om een bewoner voor behandeling op te halen.

Enkele methodologische overwegingen verdienen de aandacht. Wij gebruikten een quasi-experimenteel design met drie groepen, waardoor er een risico voor bias in de resultaten ontstaat vanwege verschillen tussen verpleegafdelingen en bewoners. Om de vergelijkbaarheid van de groepen te verbeteren en het risico op vertekening van het effect (effect bias) te verkleinen, werden de verpleeghuizen vooraf zo goed mogelijk gematched op ernst van de demencie van de bewoners, samenstelling van personeel tijdens de activiteit en het in het verpleeghuis gebruikte zorgmodel. Bovendien werden verschillen tussen groepen op baseline kenmerken als covariaten meegenomen in de analyses.

Een tweede beperking van ons onderzoek is het feit dat de nameting kort (1,5 tot 2 uur) na de interventie is uitgevoerd. Deze korte follow-up periode is gekozen vanwege het feit dat ons onderzoek werd uitgevoerd op verpleegafdelingen waar de Veder Methode nog niet geïmplementeerd was in de reguliere zorg. Langetermijneffecten konden daarom niet worden onderzocht en zijn daarom nog niet duidelijk.

Een derde beperking van dit onderzoek is dat het aantal deelnemers lager was dan gepland en de deelnemers niet gelijkmatig verdeeld waren over de groepen. Met name de groep die meedeed aan de huiskamervoorstelling door professionele acteurs was kleiner dan de andere twee groepen. De belangrijkste reden hiervoor was tijdgebrek om dit te organiseren. Vanwege de relatief kleine steekproef zijn mogelijke effecten misschien niet gevonden. Op sommige variabelen werden middelgrote en grote klinische effecten gevonden die in dit onderzoek niet signifi-

cant bleken maar bij een grotere groep mogelijk wel aantoonbaar significant zijn.

Een vierde beperking in ons onderzoek was dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB) van sommige items en subschalen 'matig' tot 'redelijk' was. In eerdere studies waarin hetzelfde instrument gebruikt werd was de IBB voldoende tot goed. De lage IBB in dit onderzoek is wellicht veroorzaakt door het gegeven dat de tweede observaties, in tegenstelling tot de eerste observaties, niet rechtstreeks ('live') gedaan werden, maar aan de hand van video-opnames. De kwaliteit van deze video-opnamen (beeld en geluid) was niet optimaal.

Ondanks deze beperkingen draagt dit onderzoek bij aan de ontwikkeling van evidence-based, gestandaardiseerde groepsactiviteiten. In deze studie werd een nieuwe psychosociale interventie onderzocht. De positieve resultaten van de Veder Methode op gedrag, aspecten van stemming, spraak en sociale betrokkenheid tijdens en na de interventies illustreren het belang van het organiseren van groepsactiviteiten in verpleeghuizen. Onze resultaten suggereren een meerwaarde van de huiskamervoorstellingen volgens de Veder Methode aangeboden door professionele acteurs in vergelijking met huiskamervoorstellingen en reminiscentieactiviteiten verzorgd door hiervoor getrainde zorgverleners. Gezien de uitkomsten van het onderzoek zal er gereflecteerd moeten worden op de wijze van implementatie van de methode in de zorgpraktijk: voor een effectieve toepassing zouden enerzijds acteurs (in opleiding) kunnen worden ingezet, anderzijds zouden zorgverleners in de gelegenheid kunnen worden gesteld zich (verder) te bekwamen in de uitvoering van de methode. In het laatste geval lijken ('acteer-' c.q. uitvoerings) kwaliteitscriteria wenselijk, en is het belangrijk dat zorgverleners ondersteund worden vanuit het management bij de organisatie van huiskamervoorstellingen. Ook adviseren wij onderzoek met een grotere steekproef om de

effecten van de huiskamervoorstellingen zoals uitgevoerd door professionele acteurs verder te onderzoeken.

Een andere aanbeveling is om verder onderzoek te doen naar de uitvoering van huiskamervoorstellingen door (inmiddels) meer ervaren zorgverleners die werken op afdelingen waar de huiskamervoorstellingen in de gebruikelijke zorg zijn opgenomen. Ook zou onderzocht moeten worden of de Veder Methode als benaderingswijze c.q. communicatiemethode voor zorgverleners effectief geïntegreerd kan worden in de individuele 24-uurszorg. Uit een onderzoek naar de implementatie van de Veder Methode op psychogeriatrische afdelingen kwam naar voren dat de Veder Methode (ook) als zeer bruikbaar wordt geacht in het een-op-een contact in de 24-uurszorg. Een laatste aanbeveling is daarom onderzoek te doen naar de haalbaarheid en effectiviteit van de toepassing van elementen uit de Veder Methode in de 24-uurs dementiezorg. Stichting Theater Veder treft momenteel voorbereidingen voor een dergelijk implementatietraject. In een implementatieonderzoek, uitgevoerd door het VU medisch centrum (EMGO+) in samenwerking met Hogeschool InHolland en de Universiteit van Amsterdam (AsCOR), zal de haalbaarheid en effectiviteit van deze implementatie in de 24-uurszorg de komende jaren worden geëvalueerd.

#### *Dankbetuigingen*

We danken alle deelnemers en hun wettelijk vertegenwoordigers, evenals het personeel van de verpleeghuizen, voor hun medewerking aan het onderzoek. Ook danken we de leden van de begeleidingscommissie voor hun waardevolle adviezen bij de opzet en uitvoering van deze studie. Dit onderzoek werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Transitieprogramma in de Langdurende Zorg) en VitaValley.

#### Literatuur

- 1 Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001120.
- 2 Bandler R, Grinder J. *The Structure of Magic I: a book about language and therapy*. Palo Alto, California: Science and Behaviour Books, Inc; 1975.
- 3 Feil N. Validation therapy. *Geriatr Nurs* 1992 May;13(3):129-33.
- 4 van der Kooij CH, Dröes RM, de LJ, Ettema TP, Cools H, van Tilburg W. The implementation of integrated emotion-oriented care; did it actually change the attitude, skills and time spending of trained caregivers? *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice* 2012; in press, published online 16 March 2012.
- 5 Dröes RM, Van Mierlo LD, Van der Roest HG, Meiland FJ. Focus and effectiveness of psychosocial interventions for people with dementia in institutional care settings from the perspective of coping with the disease. *Non-pharmacological therapies in dementia* 2010;1(2):139-61.
- 6 Finnema E, Dröes RM, Ribbe M, van TW. A review of psychosocial models in psychogeriatrics: implications for care and research. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2000 Apr;14(2):68-80.
- 7 Van Mierlo LD, Van der Roest HG, Meiland FJ, Dröes RM. Personalized dementia care: proven

- effectiveness of psychosocial interventions in subgroups. *Ageing Res Rev* 2010 Apr;9(2):163-83.
- 8 Aldridge D. The body, its politics, posture and poetics. *The Arts in Psychotherapy* 1996;23(2):105-12.
  - 9 Sandel SL, Johnson DR. *Waiting at the gate. Creativity and hope in the nursing home*. New York: The Haworth Press; 1987.
  - 10 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Minimal state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975 Nov;12(3):189-98.
  - 11 Reisberg B, Doody R, Stoffler A, Schmitt F, Ferris S, Mobius HJ. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2003 Apr 3;348(14):1333-41.
  - 12 Ettema TP, Dröes RM, de LJ, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument. Scalability, reliability and internal structure. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 Jun;22(6):549-56.
  - 13 Ettema TP, Dröes RM, de LJ, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument-validation. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 May;22(5):424-30.
  - 14 van Weert JC, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM. Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *J Am Geriatr Soc* 2005 Jan;53(1):24-33.
  - 15 Baker R, Dowling Z. *INTERACT*. Bournemouth, UK: Dorset Healthcare NHS Trust; 1995.
  - 16 Volicer L, Camberg L, Hurley AC, Ashley J, Woods P, Ooi WL, et al. Dimensions of decreased psychological well-being in advanced dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1999 Oct;13(4):192-201.
  - 17 Beavis D, Simpson S, Graham I. A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002 Dec;9(6):725-36.
  - 18 van der Zee KI, Sanderman R. *Het meten van de gezondheidstoestand met de RAND-36: een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken; 1993.
  - 19 Tol F, van Weert JCM, Hermanns SST, Dröes RM. *De Veder Methode; Een nieuwe methode van communiceren tussen zorgverleners en mensen met geheugenproblemen in verpleeghuizen*. In: van Dijk AM, van Weert JCM, Dröes RM, editors. *Evaluatie van de Veder Methode; theater als contactmethode in de psychogeriatrische zorg*. 1 ed. 2011.
  - 20 Barendsen I, Boonstra W. *Terug naar Toen*. 2 ed. Baarn: HB Uitgevers; 2008.
  - 21 Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman & Hall; 2012.
  - 22 Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996 Jun;42(11):1511-9.
  - 23 Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
  - 24 Tabourne CE. The effects of a life review program on disorientation, social interaction and self-esteem of nursing home residents. *Int J Aging Hum Dev* 1995;41(3):251-66.
  - 25 van Weert JC, Janssen BM, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Bensing JM, Ribbe MW. Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *J Adv Nurs* 2006 Mar;53(6):656-68.
  - 26 Diesfeldt HF, Diesfeldt-Groenendijk H. Improving cognitive performance in psychogeriatric patients: the influence of physical exercise. *Age Ageing* 1977 Feb;6(1):58-64.
  - 27 McCabe BW, Baun MM, Speich D, Agrawal S. Resident dog in the Alzheimer's special care unit. *West J Nurs Res* 2002 Oct;24(6):684-96.
  - 28 Hopman-Rock M, Staats PG, Tak EC, Dröes RM. The effects of a psychomotor activation programme for use in groups of cognitively impaired people in homes for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999 Aug;14(8):633-42.
  - 29 Dröes RM, van TW. Amélioration du comportement agressif par des activités psychomotrices. *L'Année Gériatologique* 1996;10:471-82.
  - 30 Dröes RM, Breebaart E, Ettema TP, van TW, Mellenbergh GJ. Effect of integrated family support versus day care only on behavior and mood of patients with dementia. *Int Psychogeriatr* 2000 Mar;12(1):99-115.