

WORKING PAPER

Januari 2015



De toepassing van Video Interactie Begeleiding in de zorg voor personen met dementie binnen woon-en zorgcentra

Inspiratie voor de praktijk

Ils Mattheussen,
Klinisch psycholoog



KENNISATELIER
ARCHIPEL

www.begralim.be

KENNISATELIER ARCHIPEL

ARCHIPEL IS EEN PRAKTIJKGERICHTE ‘WERKPLAATS’ WAAR DE TOEPASBAARHEID EN DIRECTE VERTALING VAN NIEUWE PSYCHO-GERIATRISCHE OMGANGSVORMEN EN METHODIEKEN CENTRAAL STAAT. HET ATELIER WIL BIJDAGEN TOT EEN KENNISVERTALING VAN VOORHANDEN WETENSCHAPPELIJKE INZICHTEN EN BENADERINGSWIJZEN MET HET OOG OP EEN IMPLEMENTATIE OP DE WERKVLOER WAARBIJ ER REKENING WORDT GEHOUDEN MET DE PRAGMATIEK VAN DE DAGELIJKSE REALITEIT IN WOON- EN ZORGCENTRA.

Archipel heeft een ‘psychogeriatrische insteek’. De issues worden bekomen door literatuurstudie, door observaties binnen eigen voorzieningen, door analyse van binnen gekomen opmerkingen, door deelname aan externe vorming, maar ook door grensoverschrijdende uitwisseling van ervaring, kennis en ideeën met ‘best of class voorzieningen’.

De kenniscreatie binnen Archipel is derhalve een samenspel van zowel **stille kennis** (ervaringskennis, feedback van gebruikers, praktijkkennis) als meer **geformaliseerde kennis** (professionele kennis, wetenschappelijke kennis). Het kennisatelier kan een ‘methodiek, omgangs- of begeleidingsvorm’ experimenteel introduceren of een ziektebeeld als aandachtsgebied nemen. Bij zorgverbreding worden bestaande zorginhoudelijke methode/handelwijze uitgediept zodat deze beter aansluiten bij de behoeften en wensen van PMD. Bij zorgverdieping worden nieuwe zorgaspecten/domeinen/ issues in de courante werking uitgediept.

VOORBIJ DE EVIDENCE BASED DOCTRINE

Het kennisatelier heeft geen ambitie om evidence based onderzoek uit te voeren, dit overstijgt de mogelijkheden van het kennisatelier en gaat voorbij aan het praktijkgerichte opzet. Om deze redenen hanteren wij dus ook geen naamgeving in de trend van ‘kennis- of expertisecentrum’ wat eerder doet denken aan denktanks waar op academisch niveau onderzoek wordt gepleegd. **Een atelier is een “werkplaats”**. Hiermede leggen wij de link met het praktijkgerichte opzet van het initiatief. Ons opzet is meer bescheiden doch fundamenteel. De **focus is pragmatisch** waarbij gezocht wordt naar toepasbaarheid en directe vertaling van bestaande of nieuwe inzichten die de professionalisering ten goede komen.

Zorgverleners behoeven de nodige kennis en inzicht om een antwoord te kunnen geven op de vele prangende dagelijkse vragen: gewoon een beetje lief zijn is niet voldoende. Archipel staat dus niet voor puur getheoretiseer maar wel voor ‘wroeten’ met een dagelijkse werkelijkheid in een woon- en zorgcentrum waarbij verschillende aspecten op mekaar inwerken: een beperkt middenkader, een equipe die te sterk wordt opgeslorpt waardoor er voor zorgverdieping weinig ruimte overblijft, de te sterke theoretische inslag van vele zorgconcepten waardoor de vertaalslag naar de dagelijkse praktijk niet voor de hand ligt.

Kortom, wij onderschrijven het belang van evidence based onderzoek en erkennen dat inzichten op basis van intuïtie geen basis kunnen vormen voor fundamentele uitspraken. Maar tezelfdertijd zien wij de beperking. Er is immers de vaststelling dat veel onderzoek vertrekt van premissen en randvoorwaarden die nauwelijks aanwezig zijn in de praktijk. **Wat baat het dan inzichten te verwerven die nauwelijks implementeerbaar zijn.** Het kennisatelier wil prikkelen en realistische perspectieven aanreiken die inspirerend eerder dan frustrerend werken: ‘dit is niet haalbaar’. Wij nuanceren dus de doctrine van het evidence based denken voor de psychogeriatricie. Wat baat het een belangrijk inzicht te verwerven als de lezer het inzicht niet (kan) toepassen. Fundamenteler is de opmerking dat de meeste interventies en methodieken **individueel** moeten vertaald worden. Er is wellicht geen enkele **eenduidige methodiek** die voor elke PMD geldt: steeds moet de cognitieve, lichamelijke en psychische achtergrond verdisconteerd worden, de persoonlijke interesses en voorkeuren. **“One sizes fits itt all” is niet van toepassing in de psychogeriatrische zorg.**

Het kennisatelier Archipel maakt deel uit van **de zorggroep Begralim (www.begralim.be)**

VIDEO INTERACTIE BEGELEIDING ?

In deze working paper brengen wij verslag uit van een praktijkonderzoek omtrent de toepasbaarheid van Video Interactie Begeleiding (VIB) in de zorg voor personen met dementie binnen woon-en zorgcentra (WZC).

Uit studies blijkt dat 85% van personen met dementie in woon-en zorgcentra gedrags-of psychologische symptomen van dementie vertonen. Deze gedragingen worden vaak ervaren als storend, moeilijk, problematische,... en veroorzaken stress bij zorgverleners en de persoon met dementie zelf. Het observeren en managen van gedrag blijkt een overwegend positief effect te hebben op deze gedragsproblemen. Video Interactie Begeleiding is een methodiek om deze interacties tussen bewoners en zorgverleners in kaart te brengen en bespreekbaar te maken. Aan de hand van videofeedback leert men kritisch reflecteren over het eigen handelen en kan men leren uit feedback van anderen. Er zal getracht worden de kwaliteit van interacties te verbeteren zodat er meer versterkende en minder ondermijnende handelingen gesteld worden.

In de traditie van het Kennisatelier Archipel willen wij een kennisvertaling doorvoeren van voorhanden psychogeriatrische inzichten en dat in eerste instantie gericht naar personeelsleden die op de werkvloer staan. Het zij zijn die elke dag voor de uitdaging staan om het leven van hun bewoners kwaliteitsvol te begeleiden. Wij danken Ils Matheussen voor haar veldwerk in onze woonzorgcentra en in bijkomend drie Limburgse woon-en zorgcentra.

Abrahams Johan, algemeen directeur Zorggroep Begralim
Kennisatelier Archipel, coördinator



Deze workingpaper werd mogelijk gemaakt door de financiële steun van Limburg Sterk Merk voor het project 'Limburgs Netwerk dementie', een partnership tussen KH Limburg, Expertisecentrum voor dementie Contact Limburg en vzw Bejaardenzorg Grauwzusters Limburg.

LEESWIJZER

Een working paper heeft geen academische evidence-based ambitie (zie toelichting bij Kennisatelier Archipel). Het wil voornamelijk informatie aanreiken die praktisch en toepasbaar is.

Wij vatten aan met een aantal inleidende theoretische beschouwingen omtrent dementie en moeilijk hanteerbaar gedrag, Video Interactie Begeleiding en Intervisie en dat tegen het licht van het thema van deze paper: 'De toepassing van Video Interactie Begeleiding in de zorg voor personen met dementie in woon- en zorgcentra'. Vervolgens wordt ingezoomd op een aantal bevindingen vanuit literatuur en onderzoek. Heeft het bekijken en bespreken van beeldopnames van interacties tussen bewoners en zorgverleners effect op de communicatiestijl, op de wijze van omgang met de bewoner? Wat zijn noodzakelijke voorwaarden om kritisch te kunnen reflecteren over de eigen wijze van omgang?

Tenslotte komen wij tot de kern van de workingpaper: 'Wat hebben we geleerd uit ons eigen praktijkonderzoek? Werd de toepassing van VIB als een meerwaarde ervaren door de deelnemende zorgverleners? Wat zijn voorwaarden voor de toepassing van VIB? Wat zijn de knelpunten? Is de toepassing van VIB in WZC haalbaar?'



Bij een foto

Wij kozen voor deze foto om de workingpaper op te frissen. De spiegels zijn symbolisch voor videointeractie: wij houden zorgverleners een spiegel voor van hun handelen.

DEMENTIE EN MOEILIK HANTEERBAAR GEDRAG

WAT ZIJN BEHAVIOURAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA?

Bij personen met dementie komen vaak tweede orde symptomen voor. Dit zijn niet-cognitieve symptomen (gedragsmatig of psychologisch) die bij de ene persoon wel voorkomen en bij de andere niet. Gedragsmatige en psychologische symptomen van dementie (BPSD: Behavioural en Psychological Symptoms of Dementia) zijn bijvoorbeeld agressie, weerstand, roepen, decorumverlies, angst, depressie, dolen,...

85% van de personen met dementie die in woon-en zorgcentra verblijven, vertonen gedrags-of psychologische symptomen van dementie. Zo blijkt dat 83% van personeel in woon- en zorgcentra regelmatig te maken krijgt met agressie. In 72% van de gevallen treedt agressie op wanneer een personeelslid de persoonlijke ruimte van de oudere binnentreedt. De gedragingen worden vaak omschreven als problematisch, storend, moeilijk, ongepast en uitdagend. Deze negatieve terminologie komt voort vanuit het perspectief van de personen die trachten met dit gedrag om te gaan. Deze gedragingen veroorzaken stress bij de zorgverleners, een stijging van medicatiegebruik en zorgen voor een verminderde kwaliteit van leven voor de bewoner en de zorgverlener.

Zijn deze gedragingen echter ongepast of eigenaardig? Is het gedrag dysfunctioneel of is het gedrag een “gepaste” reactie op een bepaalde situatie? Personen met dementie functioneren anders als gevolg van de ziekte. De cognitieve beperkingen zorgen ervoor dat ze minder in staat zijn om effectief te communiceren. Ze interpreteren bepaalde situaties anders, kunnen zichzelf niet meer uitdrukken, ... Ze voelen zich hierdoor vaak angstig, onzeker en bedreigd. Vanuit dit gevoel gaan ze “anders” reageren in bepaalde situaties. Wat voor ons een abnormale reactie is, is vaak een normale reactie vanuit hun belevingswereld. Het gestelde gedrag kan omschreven worden als een vorm van communicatie. Het gedrag heeft een betekenis, heeft vaak een oorzaak en is dus ook in zekere zin voorspelbaar.

OORZAKEN VAN GEDRAG

De oorzaken van deze neuropsychiatrische symptomen zijn multi-factorieel. Sommige gedragingen zijn het resultaat van veranderingen in de huishouding van de neurotransmitters in de hersenen, andere gedragingen worden veroorzaakt door de wijze van communiceren of door de invloeden vanuit de omgeving. In de literatuur worden verschillende modellen beschreven die de oorzaken van gedragsproblemen trachten te verklaren. Voor een overzicht van de verschillende scholen hieromtrent verwijzen wij naar Abrahams (2009).

Volgens Kitwood zijn er vijf factoren van invloed: de lichamelijke gezondheid (pijn, invloed van medicatiegebruik,..), de levensgeschiedenis (traumatische gebeurtenissen), persoonlijkheidsfactoren en copingstijl, neurologische schade en sociale en omgevingsfactoren.

Het **Need Driven Dementia Compromised Behavior Model** beschouwt gedragsproblemen als een uitingvorm van een achterliggende en onvervulde behoefte (fysiek, psychologisch, sociaal, emotioneel) van de persoon met dementie. Doordat de persoon met dementie zijn behoefte vaak niet meer verbaal kan uiten (via woorden), gaat de persoon dit vaak uiten door het stellen van bepaald gedrag.

Volgens het **Adaptatie-coping model** van Dröes ontstaan gedragsproblemen doordat de persoon met dementie geconfronteerd wordt met problemen als gevolg van zijn ziekte en de tekortschietende vaardigheden (adaptieve vaardigheden) om hiermee om te kunnen gaan. (Richtlijn Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie; 2008)

Fysisch	Emotioneel /psychisch	Inter persoonlijk	Omgevings factoren	Cognitief neurologisch
Impact van medicatie	Depressie	Verandering van hulpverlener	Overstimulatie	Beperkte attentie span
Pijn	Eenzaamheid	Confrontatie	Onderstimulatie	Zwakke impulscontrole
Honger en dorst	Verveling	Drukke in de zorg	Te grote drukte	Niet begrijpen van woorden en verwachtingen
Koude	Frustratie	Onverwacht benaderen van persoonlijke ruimte	Taakeisen die boven de mogelijkheden liggen	Misinterpretatie van de omgeving
Slecht zien/horen	Apathie	Verlies van persoonlijke controle		Onvoldoende behoeften kunnen uitdrukken
Slechte slaap	Angst			
Acute ziekte				

Het **Progressively Lowered Stress Threshold Model** beschouwt gedragsproblemen als gevolg van het toenemende verlies van copingvaardigheden van de persoon met dementie. De persoon met dementie verliest geleidelijk aan meer vaardigheden waardoor de omgeving als meer en meer stressvol wordt ervaren.

Wanneer de omgevingsstimuli de stresstolerantiedrempel overschrijden, kan er angst of ongepast gedrag ontstaan. Het beperken van prikkels en aanbieden van relaxatie kan het ongewenste gedrag doen afnemen.

Bijgevoegd schema geeft mogelijke triggers/prikkels weer die complex gedrag oproepen. In videointeractie zullen wij voornamelijk inzoomen op de omgevingsfactoren om hun impact in te schatten.

ASSESSMENT VAN GEDRAG

Om succesvol te kunnen omgaan met deze gedragingen is het belangrijk dat zorgverleners uitzoeken wat de noden en behoeften van de persoon met dementie zijn. Inzicht verwerven in de context waarin het gedrag zich voordoet is dan ook van essentieel belang. Wat zijn uitlokkende factoren van het gedrag? Welke factoren houden het gedrag in stand?

Hiervoor kan er gebruikt gemaakt worden van het **ABC-schema**. Deze benadering brengt de uitlokkende factoren (Antecedents), het gedrag (Behaviour) en de gevolgen (Consequences) in kaart. Er wordt vanuit gegaan dat het ontstaan van gedrag geen geïsoleerd gebeuren is, dat gedrag vaak voorspelbaar is als gevolg van aanwezige, uitlokkende triggers. De uitlokkende factor is datgene dat er gebeurt net voordat het gedrag optreedt. Dit kan een externe factor zijn zoals een bepaald geluid, voorwerp of persoon in de omgeving. Het kan ook een interne prikkel zijn (honger, pijn, stemming) die aanleiding geeft tot het gedrag. Het gedrag is datgene dat de persoon doet. Het is belangrijk om zo objectief mogelijk te beschrijven wat je ziet en of hoort. Datgene dat gebeurt als gevolg van het gedrag noemen we de gevolgen. Bij cognitief intacte personen hebben de gevolgen vaak een grote impact. Men gaat zijn gedrag bijsturen op basis van de gevolgen (leereffect). Personen met cognitieve beperkingen zullen zich vaak de gevolgen niet meer herinneren waardoor er geen leereffect mogelijk is. Hierdoor zijn de uitlokkende factoren de sterkste determinanten van gedrag bij personen met cognitieve beperkingen. Belangrijk is het probleem precies te omschrijven en informatie te verzamelen over de omstandigheden waarin het gedrag zich stelde: wat gebeurde er net voor het gedrag optrad en onmiddellijk nadien. Er kunnen verschillende triggers zijn die het gedrag uitlokken of in stand houden. Op basis van deze informatie kunnen bepaalde patronen ontdekt worden. Eens een patroon geïdentificeerd is, kan verandering aanbrengen in de uitlokkende factoren, het gedrag of de gevolgen de oplossing bieden.

Het gebruik van meetinstrumenten kan handvatten geven om het gedrag te observeren en te beschrijven. Er zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar voor verpleegkundigen en verzorgenden: Zo kan de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) worden gebruikt bij agitatie, de Cornell Scale for Depression in Dementia en de GDS bij depressieve symptomen, de Apathie Evaluatie Schaal (AES) bij apathische symptomen. Ook de RAI Clinical Assessment Protocols (CAPs) en P.I.E.C.E.S. (www.piecescanada.com) zijn tools die kunnen gebruikt worden voor het in kaart brengen van het gedrag en het opstellen van een geïndividualiseerd zorgplan. (A Person-Centered Interdisciplinary Approach, 2012). Het observeren en analyseren van situaties waarin het gedrag zich voordoet heeft als doel het gedrag te verminderen of te kunnen voorkomen. Uit studies blijkt dat gedragsobservatie en –management overwegend een positief effect heeft op gedragsproblemen bij personen met dementie.

BEHANDELING VAN BPSD

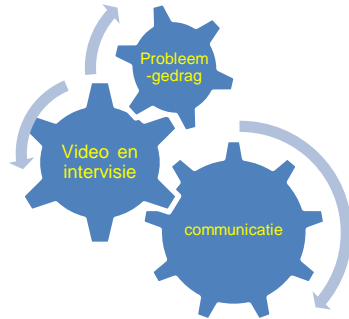
The Clinical Practice Guideline on Cognitive Impairment in the elderly (2008) raadt aan in eerste instantie te opteren voor een **niet-medicamenteuze behandeling** zoals gedragsmatige en psychosociale interventies en aanpassingen van de omgeving. Uit een aantal studies blijkt dat gedragsmatige interventies de beste interventies zijn bij agitatie bij personen met dementie (Hub et al., 2011). Zo blijkt het gebruik van neuroleptica bij agitatie weinig effectief te zijn.

Antipsychotische medicatie wordt aanbevolen wanneer alternatieve therapieën niet effectief zijn, wanneer er een identificeerbaar risico is op gevaar voor de bewoner zelf of anderen en wanneer de symptomen ernstig genoeg zodat ze lijden en stress veroorzaken voor de persoon. Er moet een ernstige afweging gebeuren van de voordelen van het gebruik van medicatie tegenover het potentiële gevaar. Het gebruik van medicatie kan namelijk ernstige nevenwerkingen geven waardoor de kwaliteit van leven afneemt.

Niet-medicamenteuze behandelingen kunnen gericht zijn op het bieden van sensorische ontspanning zoals bijvoorbeeld het aanbieden van massages, geïndividualiseerde muziek, snoezelen, aromatherapie, creatieve therapie. Andere interventies zijn gericht op het stimuleren van contactmomenten: individuele sociale contacten, contact met huisdieren, gesimuleerde interacties (videoboodschap van familieleden).

Voor sommige bewoners kan het nodig zijn om gestructureerde activiteiten aan te bieden zoals wandelingen, recreatieve activiteiten, ... Deze activiteiten kunnen afleiding bieden. Het is ook mogelijk dat de omgeving dient aangepast te worden. Zo kan men trachten bepaalde prikkels in een ruimte te gaan reduceren, ruimte te creëren waarin men ongestoord kan dolen, de omgeving te gaan verrijken met bepaalde materialen, ... Andere interventies zijn gericht op het beïnvloeden van het gedrag van de bewoner door positief gedrag te gaan belonen en negatief gedrag te negeren. Men kan ook trachten controle te krijgen op prikkels die het gedrag uitlokken of in stand houden. Een laatste groep van interventies heeft betrekking op training en opleiding van de betrokken personeelsleden. Deze opleidingen gaan vaak inhoudelijk over communicatie en interactievaardigheden. Wat is de invloed van de omgang op het gedrag van de persoon met dementie?

WAT IS VIDEO INTERACTIE BEGELEIDING?



Probleemgedrag kan worden versterkt en opgeroepen door de manier van omgaan. Is er sprake van een positieve of negatieve interactie tussen bewoner en zorgverlener? Een positieve benadering wordt gekenmerkt door respect, empathie, betrokkenheid, acceptatie,... Een negatieve benadering is vaak alleen gericht op wat er praktisch moet gebeuren. Er is weinig persoonlijke betrokkenheid.

Om interacties in kaart te brengen kan gebruik worden gemaakt van de methodiek Video Interactie Begeleiding (VIB). Bij VIB wordt er vertrokken van videobeelden om interacties tussen bewoner en personeel bespreekbaar te maken wanneer er sprake is van probleemgedrag bij de persoon met dementie. Aan de hand van video-beelden wordt gekeken hoe de interactie tussen hen verloopt, wat er goed loopt. Welke basiselementen van geslaagde communicatie zijn er aanwezig en hoe kan men deze gaan toepassen in moeilijker situaties. De zorgverleners worden zich door het zien van opnames (videofeedback) bewust van hun eigen communicatievaardigheden en leren die te benutten.

EEN GESLAAGDE COMMUNICATIE?

Video Interactie Begeleiding (VIB) gaat uit van de volgende **basisprincipes**:

- ✓ VIB richt zich op geslaagde communicatie.
- ✓ VIB gaat er van uit dat de dementerende tot ver in het dementeringsproces positieve initiatieven tot contact neemt.
- ✓ Iedere zorgverlener beschikt over natuurlijke capaciteiten om een geslaagde communicatie tot stand te brengen. Vaak zijn deze vaardigheden echter ondergesneeuwd door gevoelens van machteloosheid, kwaadheid, ongeduld, onzekerheid.

Bij VIB spreken we van geslaagde communicatie wanneer het contact verloopt volgens een bepaald ritueel en de **vijf basisinteractieprincipes** erin voorkomen. Dit ritueel bestaat uit drie elementen: een opening van het contact, de handhaving van het contact en de afsluiting van het contact. Ook in de omgang met ouderen en met personen met dementie is het belangrijk om dit ritueel te doorlopen. Omwille van de cognitieve of lichamelijke beperkingen kan het zijn dat bepaalde signalen minder snel of niet opgemerkt worden bv. De persoon begrijpt niet wat er gezegd wordt omwille van een gestoord taalbegrip, of de persoon heeft gehoorproblemen waardoor de informatie niet binnenkomt, of de persoon is verward en gedesoriënteerd waardoor bepaalde handelingen anders geïnterpreteerd kunnen worden,Ook de persoon met dementie zelf kan zich vaak niet meer goed uitdrukken waardoor de signalen die er uitgezonden worden vaak niet opgevangen worden door de zorgverleners. Vandaar dat het belangrijk is om extra aandacht te schenken aan het doorlopen van het ritueel.

Naast het doorlopen van een ritueel is het ook belangrijk dat interactie gekenmerkt wordt door een aantal interactieprincipes. In het contact tussen een zorgverlener en een oudere, is het de zorgverlener die verantwoordelijk is voor een goede interactiesfeer. Onderstaand kan u het contactelementenschema vinden. Dit schema kan als leidraad dienen bij het bekijken en analyseren van beeldmateriaal. In dit schema staan vijf basisinteractieprincipes beschreven.

Contactritueel	Ja-reeks	Nee-reeks
Opening		
Handhaving	<p>Initiatieven volgen /attent zijn Toegewende houding Aankijken</p> <p>Ontvangst bevestigen Meer toewenden Oogcontact maken Ja knikken / zeggen Herhalen wat de ander zegt/ aangeeft Antwoord geven</p> <p>Instemmen glimlachen / een prettige gezichtsuitdrukking vriendelijke intonatie</p> <p>Converseren Benoemen Een "hoe-wat-waar-wanneer" vraag stellen Antwoord geven Babbelen</p> <p>Beurtwisseling Een vraag stellen Antwoord afwachten Luisteren naar de ander De ander aankijken</p> <p>Leiding geven Benoemen wat er gebeurt of gaat gebeuren Benoemen wat je doet of gaat doen Duidelijke grenzen aangeven Voorstellen doen / alternatieve aangeven Belonen / bevestigen</p>	<p>Niet volgen van initiatieven / niet attent zijn Afgewende houding Niet aankijken</p> <p>Niet ontvangen Afwenden Weg kijken Niet reageren op wat de ander zegt/aangeeft Een heel andere vraag stellen/opdracht geven</p> <p>Afwijzen vervelende/ vlakke gezichtsuitdrukking onvriendelijke intonatie</p> <p>Niet converseren Zwijgen Corrigeren</p> <p>Geen beurtwisseling Blijven praten / handelen Niet wachten op een antwoord/reactie Niet luisteren naar de ander De ander niet aankijken</p> <p>Geen leiding geven Niet zeggen wat er gebeurt of gaat gebeuren Niet zeggen wat je doet of gaat doen Geen duidelijke grenzen aangeven Geen voorstellen doen/ alternatieven aangeven Corrigeren / afwijzen</p>
Afsluiting		

Tabel: Video Interactie Begeleiding in de ouderenzorg (Verpleeghuis de Hazelaar)

Wanneer een contact verloopt volgens het contactritueel en wanneer de vijf basisinteractieprincipes erin voorkomen, kan er van geslaagde communicatie worden gesproken. In dit contactelementenschema wordt de vorm van de communicatie beschreven. Er wordt nagegaan of er iets gezegd en ontvangen wordt. Er wordt echter niets gezegd over hoe het gezegd wordt en in welke context dit gebeurt.

Om ook de betekenisverlening te kunnen achterhalen bij het analyseren van beeldmateriaal, kan men zich baseren op de volgende communicatie axioma's (Watzlawick, Beaven en Jackson, 1970):

Het gedrag is communicatief, er is wisselwerking en er is beïnvloeding

Er is altijd sprake van communicatie en beïnvloeding. Bv. Zorgverleners denken vaak dat ze negatieve gevoelens niet laten merken aan de bewoner. Toch heeft dit een effect op de bewoner. Dergelijke gevoelens gaan een invloed hebben op je houding, intonatie, de afstand tot de ander.

Elke boodschap heeft twee aspecten: Inhoud en betrekking

Het inhoudelijke aspect zegt iets over wat er gezegd wordt, welke boodschap er gegeven wordt. Het betrekkingaspect zegt iets over hoe het gezegd wordt, over hoe de boodschap begrepen moet worden.

Menselijke communicatie kan tegelijkertijd digitaal en analoog verlopen

Digitale communicatie staat gelijk aan verbale communicatie. Analoge taal is non-verbale taal zoals lichaamstaal, intonatie,... Analoge taal is meerduidig en kan dus ook verschillend geïnterpreteerd worden. Om een juiste interpretatie te kunnen geven is het belangrijk om de context te kennen.

Het karakter van een betrekking is afhankelijk van de interpunctie van de reeksen communicaties tussen de communicerende personen.

Het is belangrijk om na te gaan waar het startpunt ligt van een reeks van interactieprocessen. Wat is oorzaak en wat is gevolg? Vaak wordt de ander gezien als oorzaak van het gedrag bv. Hij begint zomaar te roepen.

Interactieprocessen zijn ofwel symmetrisch ofwel complementair.

Symmetrische interacties berusten op gelijkheid, de gedragingen van de partners zijn elkaars spiegelbeeld. Complementaire interacties berusten op een verschil. Het gedrag van de ene partner vult het gedrag van de andere aan.

CASUS 1

Mevrouw werkt niet mee. Ze roept constant tijdens de ochtendzorg

De zorgverleners van een bepaalde afdeling geven aan dat ze niet graag het ochtendtoilet doen van mevrouw V. Zij beschrijven de situatie als volgt: mevrouw werkt niet mee met ons. Als we haar vragen een bepaalde handeling te doen, doet ze dit niet. Het is ook helemaal niet leuk om haar te wassen. Ze roept de hele

tijd en moppert voortdurend.

De volgende vragen kunnen gesteld worden:

- Is het zo dat mevrouw niet meewerkt?
- Kan er een andere verklaring zijn voor het niet uitvoeren van wat er gevraagd wordt?
- Hoe komt het dat het contactmoment niet leuk is?
- Roept mevrouw de hele tijd en hoe komt het dat ze roept?
- Hoe verlopen de interacties tussen de zorgverleners en de bewoonster?

Na het bekijken en analyseren van het beeldmateriaal, samen met de teamleden, kwamen de volgende bevindingen naar voor:

**Mevrouw werkt wel mee als ze de instructie goed ontvangen heeft. Aan de ene kant worden de instructies vaak gegeven zonder dat de aandacht van mevrouw er is waardoor de boodschap verloren gaat. Aan de andere kant lijkt mevrouw bepaalde woorden niet te begrijpen waardoor ze niet begrijpt wat er van haar gevraagd wordt. Hierdoor wordt ze onrustig.*

**Er zijn erg weinig positieve interacties tussen de zorgverleners en de bewoonster. * Er worden voornamelijk doe-instructies gegeven: "doe uw arm omhoog", "kom naar voor",.... * Er vallen ook erg lange stiltes. Dit creëert voor beide partijen geen aangename sfeer. *Er zijn geen gesprekken die los staan van het zorggebeuren. Toch blijken er heel wat onderwerpen te zijn waarover mevrouw graag spreekt en die haar kunnen afleiden van het zorggebeuren zoals haar kleinkinderen, carnaval, ... Daarnaast zingt mevrouw ook erg graag. * Mevrouw roept meestal niet. Ze heeft ernstige gehoor problemen waardoor ze zelf erg luid spreekt. Het is niet haar intentie om te roepen. De momenten dat ze wel hard roept, zijn wanneer ze angstig is zoals bijvoorbeeld bij het draaien in het bed, wanneer ze met de tillift in de zetel wordt gezet. Ze roept ook wanneer ze pijn ervaart.*

Na het bekijken van de beelden is de perceptie van de zorgkundigen over mevrouw gewijzigd. Ze gingen met de aangereikte tips aan de slag. De volgende feedback werd gegeven:

**Mevrouw kan wel lachen. Het was zo lang geleden dat we samen gelachen hebben.*

**We zingen nu vaak samen tijdens het verlenen van de zorg. Ik vind het terug fijn om haar te wassen.*

**We zorgen ervoor dat één iemand de instructies geeft. De andere blijft op de achtergrond zodat ze haar aandacht goed kan richten en niet afgeleid wordt. Dit gaat goed zo.*

**Ik wist niet dat ik zo tegen haar sprak "stop met roepen", "doe dit, doe dat". Dit heeft te maken met mijn eigen persoonlijke achtergrond.*

CASUS 2

Meneer slaat en knijpt ons. Hij grijpt alles vast en wil dan niet meer loslaten.

De zorgverleners van een bepaalde afdeling geven aan dat ze het moeilijk hebben met het verzorgen van meneer S. Hij wordt soms erg agressief. Hij slaat en knijpt de zorgverleners. Hij richt zijn kwaadheid meestal tegen één van de zorgverleners (wordt met twee zorgverleners gewassen). Daarnaast grijpt hij alles vast: zijn lakens, de handdoek, zijn pyjama, ... Hij wil dan niet

loslaten waardoor de zorgverleners niet verder kunnen. Indien je hem dan forceert, ontstaat er agressie.

De volgende vragen kunnen gesteld worden:

- Hoe verlopen de interacties tussen de zorgverleners en de bewoner?
- Waardoor ontstaat het agressief gedrag? Wat zijn uitlokkende factoren?
- Hoe kunnen we voorkomen dat agressief gedrag ontstaat?
- Hoe gaan we om met zijn gedrag?

Na het bekijken en analyseren van het beeldmateriaal, samen met de teamleden, kwamen de volgende bevindingen naar voor:

- Meneer wordt reeds geagiteerd wanneer hij op een drukke wijze wordt wakker gemaakt. Het is belangrijk om hem rustig te laten wakker worden. Daarom zal hij 20 min voor het starten van de ochtendzorg op een rustige wijze worden wakker gemaakt en zal zijn lievelingsmuziek worden opgezet.

- Zijn dekens worden niet onmiddellijk weggenomen. Hij ligt niet graag naakt en heeft het niet graag koud.
- Het toilet wordt gestart met twee zorgverleners. Daarna gaat één zorgverlener verder. Op deze manier krijgt hij de volledige aandacht en zijn er minder prikkels. Hij krijgt zelf een handdoek in zijn handen waardoor hij minder snel andere zaken kan vastgrijpen. Hij wordt ook gevraagd om te helpen bij het afdrogen. Zo wordt hij betrokken in het gebeuren en wordt hij afgeleid. Dit is belangrijk voor zijn eigenwaarde.
- Hij begrijpt niet altijd wat er gevraagd wordt waardoor er onrust ontstaat. Er zal gelet worden op het geven van goede, eenvoudige instructies. Belangrijk is om zijn aandacht vast te krijgen door oogcontact, hem aanspreken met zijn naam,...
- Indien hij echt iets niet wil, niet forceren. Er wordt dan eerst iets anders gedaan en later een nieuwe poging ondernomen.

Na het bekijken van de beelden is de perceptie van de zorgkundigen over meneer gewijzigd. Ze gingen met de aangereikte tips aan de slag. De volgende feedback werd gegeven:

- Medewerkers geven aan dat er geen agressie meer is geweest tijdens de ochtendzorg.
- Meneer is meer ontspannen en is rustig.
- Het is een aangenaam moment geworden. Medewerkers beleven terug plezier aan het verzorgen van meneer.

WAT IS INTERVISIE ?

Intervisie is een vorm van deskundigheidsbevordering waarbij medewerkers een beroep doen op collega's om mee te denken over persoon- en functiegebonden vraagstukken en knelpunten uit de eigen werksituatie. De bijeenkomst is opgebouwd vanuit de videobeelden. Het uitwisselen van ervaringen levert vaak interessante inzichten op en werkt ook relativerend. Het is belangrijk om binnen de feedbacksessies vertrouwelijkheid te creëren. In een bedreigde situatie zal het bewustzijn afnemen. Het geven van positieve feedback zal meer vertrouwen scheppen en heeft dus de voorkeur boven het geven van negatieve feedback. In Video Interactie Begeleiding zal men dan ook steeds vertrekken vanuit wat er goed loopt. Hoe kunnen we deze positieve elementen gaan gebruiken in moeilijkere situaties? Hoe kunnen collega's deze positieve elementen integreren in hun manier van zorgverlenen. Wat werkt er goed bij die bewoner? Wat maakt dat er positieve interacties tot stand komen?

Onderstaand worden tien basisregels beschreven voor het geven van videofeedback (Schepers, 1991):

- Goede apparatuur: mislukte en onduidelijke opnames kunnen erg frustrerend zijn
- Zorgvuldigheid: respect hebben voor het tempo en eventuele weerstanden van de zorgverlener
- Duidelijkheid over het waarom en hoe van de opname
- Centraal stellen van de zorgverlener en zijn verhaal
- Doelstellingen formuleren
- Bruikbaarheid feedback: de feedback moet gaan over aspecten die de zorgverlener kan veranderen
- Timing feedback: feedback moet zo snel mogelijk na de opname gegeven worden
- Hoeveelheid feedback: beperkt en gedoseerd
- Positieve feedback voor negatieve feedback
- Uitgaan van de hier en nu situatie volgens de videobeelden

ONDERZOEKSRESULTATEN OMTRENT DE TOEPASSING VAN VIDEO INTERACTIE BEGELEIDING



De **kwantiteit van de communicatie** bij personen met dementie is bijzonder laag; nauwelijks 10% van de dag blijken zij geëngageerd te zijn met anderen (Ward, 2005). Er zijn verschillende barrières die zich voordoen in de communicatie bij personen met dementie. Zo worden personen met dementie dikwijls geconfronteerd met een beperkte ervaringshorizon waardoor de gespreksinhoud vaak erg oppervlakkig blijft. Er kan sprake zijn van afasie (taalstoornissen) waardoor het moeilijk wordt voor de persoon met dementie om zich adequaat uit te drukken of anderen te begrijpen. Dit kan verwarring en frustratie veroorzaken. Daarnaast kan door een verstoorde werkelijkheidsbeleving de empathische communicatie bemoeilijkt worden. Symptomen zoals wanen, hallucinaties, achterdocht veroorzaken onrust en een communicatief onbegrip. Ten slotte kunnen er ook gehoorsproblemen zijn. Deze barrières zorgen ervoor dat het steeds moeilijker wordt om effectief te communiceren met de persoon met dementie. In de beginfase van het dementieproces zal de persoon met dementie vaak nog zelf initiatief nemen om contact te maken en is dit ook nog wederkerig. Maar doorheen het verloop van het dementieproces zullen de taalstoornissen meer op de voorgrond komen waardoor wederkerig contact moeilijker wordt en de persoon zelf geen initiatief meer zal nemen. Het is dan de taak van de naasten om de juiste ingangspoorten te zoeken om contact te realiseren. Hiervoor moet men zich kunnen begeven in een werkelijkheid van een andere orde, zich leren inleven in een andere belevingswereld.

Veel zorg gebeurt in stilte: slechts 1/3de is verbaal ondersteund of de contacten met het personeel zijn overwegend (78%) taakgericht (Williams, 2003; Jones, 1992). De vele mogelijkheden van positieve interacties tijdens de zorgverlening worden niet altijd benut. De mantra van de zorg is nog te dikwijls: 'out of bed, wash, dress, feed, back to bed'. Heel wat studies suggereren dat de focus van zorgverleners vaak te weinig ligt op de sociale en emotionele behoeften van de cliënt maar te vaak enkel op de fysieke zorg en dat er op een oppervlakkige wijze wordt omgegaan met de cliënt. Zo blijken zorgverleners vaak ongepaste communicatiestijlen te gebruiken zoals het gebruik van babytalk, erg luid spreken, routinematig handelen zonder uit te leggen wat je gaat doen,... Dit kan resulteren in een gevoel van onzekerheid bij de cliënt.

Door uit te leggen wat je intenties zijn, wat je gaat doen kan je ervoor zorgen dat de onzekerheid afneemt en dat de kwaliteit van de zorg toeneemt. Het belang van non-verbale communicatie wordt eveneens door verschillende studies onderschreven. Wanneer men iemand aankijkt, glimlacht, bevestigend knikt, toont men interesse en warmte voor de cliënt. Ook aanrakingen zijn belangrijk in het uitbouwen van een relatie.

Het **opleiden van personeel in communicatievaardigheden** wordt vaak gepromoot maar het louter aanreiken van nieuwe, theoretische protocollen is echter niet voldoende om patronen en interacties te veranderen. Deze opleidingen moeten aandacht hebben voor zowel verbaal als non-verbale communicatie in realistische situaties. Omwille van deze reden is het gebruik van het medium video aan te raden. Door naar beelden van zichzelf te kijken is het mogelijk om te leren: leren van zichzelf maar ook leren uit feedback van collega's en de opleider.

Uit een studie blijkt dat de communicatiepatronen van verpleegkundigen veranderd waren na training (W.M.C.M. Caris-Verhallen et al., 2000). Deze training was gebaseerd op Video Interactie Analyse en had als doel de communicatievaardigheden te verbeteren. Na de training stelde de verpleegkundigen die de training gevolgd hadden zich meer faciliterend op. Er waren minder conflicten, er werden meer open vragen gesteld en er werd meer informatie geboden. Ze waren ook meer betrokken, warmer en minder betuttelend (beschermend). Ook was er een positief effect op de cliënt die zelf ook meer informatie gaf en zelf meer mee oplossingen zocht. In een andere studie trachtte men inzicht te krijgen in de manier van denken van zorgverleners die aangaven problemen te hebben met het omgaan met agressief gedrag bij personen met dementie (K.Skovdahl et al., 2004). De interacties werden in kaart gebracht door video-opnames. Een ander doel was het verkrijgen van inzichten in de denkwijzen van de zorgverleners door via interviews deze denkwijzen te bespreken met anderen.

Twee belangrijke denkwijzen over de zorg kwamen naar voor. De zorgverleners die aangaven problemen te ervaren in de omgang gaven aan meer gefocust te zijn op hun taken (men is ervoor verantwoordelijk dat de bewoner zijn wekelijkse douche krijgt). De aandacht voor het welzijn en comfort van de bewoners komt pas op de voorgrond nadat de taak is uitgevoerd. Deze zorgverleners hebben het eveneens moeilijk om een positieve interactie tot stand te brengen.

De zorgverleners die geen problemen rapporteerden blijken in staat te zijn om spontaan te reflecteren en kritisch te zijn voor zichzelf. Zij zijn in staat om positieve interacties te onderhouden zowel tijdens het uitvoeren van hun taak als daarna.

Verscheidene studies tonen aan dat wanneer er binnen de organisatie de gelegenheid wordt geboden aan het personeel om te reflecteren over dagdagelijkse ervaringen, hierdoor de zorg verrijkt wordt. Meer inzicht krijgen in zichzelf en zijn handelingen kan helpen bij het ontwikkelen van de nodige professionele vaardigheden. Dit kan bereikt worden door zichzelf te observeren via videobeelden en het bespreken ervan onder supervisie. Wanneer personeelsleden kunnen functioneren binnen een veilige omgeving, zijn ze beter in staat om te kunnen omgaan met conflicten, uitdagingen, veranderingen, frustraties, verliezen en teleurstellingen (Kitwood, 1997). Het is daarom belangrijk om een voedende omgeving te creëren en ruimte te voorzien om te reflecteren. De aanwezigheid van een optimale werkomgeving en continue ondersteuning van leidinggevenden is een belangrijke voorwaarde om goede zorg tot stand te kunnen brengen. Wanneer de leidinggevenden geen gehoor geven of de zorgverleners niet au serieus genomen worden, kan dit leiden tot cynisme, irritatie, depersonalisatie,... Veiligheid binnen de groep, vertrouwen in eigen kunnen en het gevoel van gesteund te worden zijn belangrijke voorwaarden voor het realiseren van goede zorg. Deze condities zijn noodzakelijk om het reflecteren over zichzelf te faciliteren en creativiteit te stimuleren. Op deze manier zijn ze in staat om te zoeken naar oplossingen wanneer ze geconfronteerd worden met moeilijke situaties in omgang met bewoners.

Working paper

TOEPASSING VAN VIDEO INTERACTIE BEGELEIDING IN DE ZORG VOOR PERSONEN
MET DEMENTIE BINNEN WOON-EN ZORGCENTRA

ONZE ONDERZOEKSRESULTATEN - INSPIRATIE VOOR UW DAGELIJKSE PRAKTIJK

INLEIDING

Er werd voor gekozen om de methodiek VIB te gaan toepassen in drie externe woon en zorgcentra in Limburg. Daarnaast werd de methodiek reeds meerdere malen toegepast in de eigen organisatie (begeleid door een interne medewerker: zie casus 1 en 2). De toepassing ervan is gebaseerd op de uitwerking van het Verpleeghuis De Hazelaar. Doordat er reeds intern ervaring werd opgebouwd in het werken met deze methodiek werden in de toepassing ervan reeds enkele aanpassingen aangebracht. Dit omwille van de praktische haalbaarheid binnen de setting. De wijze waarop de methodiek zal toegepast worden is dus een variant op de toepassing van de Hazelaar.

De volgende **doelstellingen** werden voorop gesteld:

1. Zorgverleners kritisch leren reflecteren over eigen gedrag, gedachten en gevoelens omtrent moeilijk hanteerbaar gedrag van een bepaalde bewoner aan de hand van Video Interactie Begeleiding met als doel de kwaliteit van de interacties tussen beide partijen te verbeteren. Positievare gevoelens en gedachten ten aanzien van een bewoner, zullen resulteren in meer versterkende en minder ondermijnende handelingen.
2. Nagaan van praktische haalbaarheid van de toepassing (tijdsbesteding, vormingsuren, openheid, kosten, interne of externe begeleider,...)
3. Indien de toepassing als zinvol wordt ervaren, hoe kan de toepassing ervan gerealiseerd worden? Deze doelstelling zal uitgewerkt worden samen met het Dementielab.

Onderstaand kan u een beschrijving vinden van het doorlopen proces. In elk WZC werden dezelfde acties ondernomen. Er werden ook enkele vragenlijsten afgenomen om na te kunnen gaan in welke mate de doelstellingen bereikt werden.

SELECTIE VAN BEWONER

De methode van VIB is geïndiceerd wanneer het gaat om complexe problematieken. **De hulpvraag moet gericht zijn op het verbeteren van het contact, het kunnen omgaan met het gedrag van de oudere en niet op het verminderen van een bepaald gedrag.** De begeleidingsvraag moet terug gevoerd worden op problemen in communicatie tussen de zorgverlener en de oudere. Vaak spelen bij de zorgverleners gevoelens van frustratie en machteloosheid een rol. Eerdere pogingen om het probleem op te lossen zijn mislukt. Mondeling advies en informatieverstrekking zijn niet voldoende gebleken om de hulpvraag te beantwoorden. Via VIB gaat men trachten te leren omgaan met het gestelde gedrag. Voor de zorgverleners is het van belang dat de hulpvraag vanuit henzelf komt. Het leren omgaan met bepaald gedrag impliceert een actief veranderingsproces bij de zorgverlener, waarbij motivatie van groot belang is.

Toepassing

In een gesprek met directie en/of diensthoofden werd er toegelicht aan welke criteria de geselecteerde bewoner dienden te voldoen (personen met dementie waarbij er sprake is van moeilijk hanteerbaar gedrag dat beïnvloed wordt door de sociale (wijze van omgang) en ruimtelijke omgeving (omgevingsprikkels). Zorgverleners ervaren dit gedrag als moeilijk om mee om te gaan en voelen zich hierdoor machteloos, gefrustreerd, angstig, kwaad,...

De bewoners werden in de verschillende woon-en zorgcentra geselecteerd door het diensthoofd.

Bij de selectieprocedure kunnen enkele bedenkingen worden gemaakt:

- Wanneer het proces begeleid wordt door een extern iemand (geen medewerker van de organisatie zelf) kan dit soms nadelig zijn. Een extern persoon heeft zelf geen zicht op de beïnvloedbaarheid van het gedrag en wat er leeft bij de zorgverleners over deze bewoner. Hij heeft minder voeling met de situatie. Hij is afhankelijk van het beeld dat er geschetst wordt door het diensthoofd en/of betrokken zorgverleners. Een interne procesbegeleider heeft meer voeling en kan een betere inschatting maken van de situatie.
- Daarnaast botsen we op een zekere dubbelzinnigheid. Enerzijds blijken de zorgverleners het niet altijd eens te zijn met de keuze van de bewoner. "We begrijpen niet waarom ons diensthoofd deze bewoner gekozen heeft?" Ze geven mondeling regelmatig aan dat ze geen problemen ervaren in omgang met de betreffende bewoner. De hulpvraag vertrekt in zulke situaties niet vanuit de zorgverleners zelf waardoor de kans op openheid en motivatie verkleind wordt. Anderzijds worden er wel signalen gegeven in informele gesprekken (bv. gesprekken in personeelspost) waaruit dan blijkt dat de interacties toch niet zo vlot verlopen zoals men beweert: "Het was dit weekend weer prijs, ze heeft me geknepen", "Bij mij gaat het vlot maar ik heb gehoord dat ze de vorige dagen toch weer moeilijk gedaan heeft".

We zouden de volgende vragen kunnen stellen:

- In welke mate is er inzicht aanwezig over de eigen wijze van handelen?
- In welke mate is er inzicht over wat zijn "geslaagde interacties", wat zijn "ondermijnende interacties"? Worden bepaalde interacties doorheen de tijd als "normaal" beschouwd en niet toegeschreven aan de wijze waarop de omgang verloopt?

Dit in beschouwing nemend, ligt hierin een grote verantwoordelijkheid voor het diensthoofd. Soms verlopen interacties niet goed maar wordt dit niet als een probleem ervaren waaraan iets gedaan kan worden. De zorgverleners zijn dan misschien geen vragende partij om te gaan nadenken over deze casus. De rol van het diensthoofd ligt er dan in om de zorgverleners toch bewust te maken van het aandeel van de omgeving in het gedrag van de betreffende bewoner.

De geselecteerde bewoners en het gedrag van deze bewoners werden als volgt omschreven (casussen van de externe WZC):

CASUS 3
Bewoner A. is over het algemeen erg verward en onrustig. Hij doolt rond in de gangen en heeft de neiging om alle dingen te verplaatsen. Hij wordt door alle objecten geprikkeld en gaat tot handelen over. Als je 's morgens zijn kamer binnenkomt, merk je direct dat hij erg actief geweest is (lakens en kledij op de grond, spullen verplaatst ,etc.). Het ochtendtoilet verloopt vrij moeizaam omdat hij weinig notie heeft van de handelingen die dienen te gebeuren. Het gebeurt ook vaak dat hij de "regie" niet graag aan anderen over laat wat soms tot agressie leidt (slaan, stampen,...). Mits vele en duidelijke verbale en non-verbale (=voordoelen) ondersteuning lukt dit wat beter. Opvallend is wel dat hij steeds geagiteerd is in de namiddag (begint na het middageten). Het moet wel gezegd dat er dan ook heel wat beweging van personeel is nl. afruimen tafels, bewoners naar toilet of kamer en verhuis bewoners naar salon. Sinds de wijziging van medicatie (halverwege de maand) is zijn overactiviteit in de voormiddag wat afgenomen. Het gedrag van hem zorgt voor heel wat agitatie bij de andere bewoners. Niet alleen zijn drukte en beweeglijkheid maar ook zijn acties naar de medebewoners zorgen voor onrust. Het gebeurt wel eens dat de integriteit van anderen in gevaar lijkt te komen (wegnemen van spullen, bewoners ongewild verplaatsen, kamers binnenwandelen,...). Op die manier is hij wat krediet in de leefgroep aan het verliezen.

Casus 4
*Bewoner B. is een 86 jarige bewoner met seniele dementering. Bij hem stellen er zich op geregelde tijdstippen problemen:
Agressie tijdens ochtendzorg (slaan, stampen, spuwen)
Deze problemen stellen zich soms ook bij het in bed leggen en door de dag in de dagzaal.
In de dagzaal vertoont hij soms ook roepgedrag.*

Casus 5
Bewoner C. is dementerend. Hij is nerveus, werkt niet mee of werkt echt tegen, moppert steeds... (heeft waarschijnlijk door zijn demantie ook andere ideeën als ons over zijn verzorging ?)

Er wordt steeds over de bewoners gesproken in termen van "hem", "hij" om zo de anonimiteit te kunnen garanderen.

INTRODUCTIESESSIE

Er werd een introductiesessie gegeven waarin de volgende zaken werden toegelicht. De bedoeling is dat de zorgverleners op de hoogte zijn van de gebruikte methodiek en de wijze waarop het toegepast gaat worden binnen de organisatie. De zorgverleners dienden ook een situatie te beschrijven van een interactiemoment dat moeizaam verliep (observatieschema). Ze dienden een omschrijving te geven van de omstandigheden waarin het gedrag zich voordeed (wat gebeurde er in de omgeving, wat ging er aan het gedrag vooraf,..), het gestelde gedrag (roepen, slaan, spuwen,...), hoe zij zelf en de omgeving hierop gereageerd hebben (ik heb hem afgeleid, ik ben beginnen discussiëren,...) en wat het resultaat hiervan was (bewoner werd rustig, bewoner werd nog agressiever,...). Daarnaast dienden zij ook aan te geven welke opvattingen zij hebben met betrekking tot deze bewoner (welke gedachten komen bij je op wanneer je aan deze bewoner denkt) en hoe zij zich voelen ten opzichte van deze bewoner (omschrijf drie gevoelens die je voelt in contact met deze bewoner en geef aan in welke mate deze gevoelens aanwezig zijn).

Toepassing

Vanuit de observatieschema's komen een reeks van omschrijvingen naar voor (zie voetnoot¹), **wij leiden alvast volgende zaken af:**

- Er worden verscheidene invullingen van probleemgedrag gegeven: roepen, verzet, slaan, knijpen, onbeleefd,...
- De omstandigheden waarin het gedrag zich voordoet, gaan voornamelijk over verzorgingssituaties en situaties waarin er veel drukte is (dagzaal, radio, lawaai op de gang)
- Wat de gevolgen betreft, blijken er zowel versterkende (trachten af te leiden, zachtjes sussen, even buiten gaan en op een later tijdstip opnieuw proberen, oogcontact zoeken,...) als ondermijnende interventies (harder gaan roepen, forceren, commanderen, ...) gesteld te worden.
- De gedachten en gevoelens ten opzichte van de betreffende bewoner zijn overwegend negatief gekleurd.

¹ Omschrijving van het probleemgedrag:

- Bewoner slaat, knijpt
- Bewoner werkt tegen
- Bewoner luistert niet
- Bewoner is opstandig

Bewoner spuwt en stamp
Bewoner laat zich niet wassen, uit of aankleden
Bewoner roept
Bewoner is onbeleefd

Bewoner verstijfd, wil niet meer voor of achteruit
Bewoner kleedt zich uit op ongepaste tijdstippen/plaatsen
Bewoner gooit eten en drinken op de grond

Omschrijving van omstandigheden (aanleiding van het gedrag):

- Verzorgingsmoment (ochtendtoilet, mictietraining, avondzorg)
- Radio staat aan
- Iemand komt binnen tijdens de ochtendzorg

Tijdens een activiteit in de leefruimte
Lawaai op de gang tijdens de verzorging

In de dagzaal met veel andere bewoners
Wanneer hij op het toilet gaat

Omschrijving van de gevolgen van het gedrag:

- Buiten gaan
- Afleiden door over een geliefd onderwerp te praten
- Oogcontact maken
- Hulp gevraagd van een collega
- Aanraken
- Even gewacht en opnieuw geprobeerd
- Op hem inpraten, argumenteren
- Andere termen gebruiken (verfrissen ipv wassen)

Ben nog harder tegen hem gaan roepen
Uitleggen wat er gebeurt
Kom later terug
Andere bewoners worden onrustig, boos, angstig
Zachtjes sussen
Houding veranderen (rechtzetten in bed)
Ik heb hem gecommandeerd

Afleiden met een bezigheid
Forceren om hem toch datgene te laten doen wat ik wil
Grenzen aangeven: ik wil niet dat je slaat
Contact zoeken door oogcontact te maken
Stem verheven
Hem zelf zijn gezicht laten wassen, daarna zelf verder doen
Ik ben meegegaan in zijn beleving

De volgende gedachten werden aangehaald:

- Geen aangenaam persoon
- Ik vind hem een lief persoon
- Er is weinig echt contact
- Hopelijk blijft hij rustig
- Hij is onbeleefd
- Het is een uitdaging

Ik wil zo weinig mogelijk de zorg toedienen
Ik heb medelijden met hem
Ik ben geforceerd lief tegen hem
Ik mag niet te veel praten
Een man die graag over het verleden praat

Ik heb medelijden met de collega's en de familie
Ik wil zo goed mogelijk voor hem zorgen
Ik ben altijd alert voor hij begint te schreeuwen of slaan
Het is een vermoeiende man
Ik ben blij wanneer het toilet gedaan is

De volgende gevoelens werden omschreven:

- | | | | | | | | | |
|--------------|-------------|----------------|-------------|----------|----------|------|------------|---------------|
| - Angst | Onzekerheid | Machteloosheid | Irritatie | Boosheid | Neutraal | Blij | Medelijden | Onverschillig |
| - Ontevreden | Opstandig | Nutteloos | Vriendschap | Bezorgd | | | | |

Na de introductiesessie werd een vragenlijst ingevuld door de zorgverleners die betrokken zijn in de zorg van de geselecteerde bewoner. In deze vragenlijst werd nagegaan in welke mate men tevreden is over zijn capaciteiten om met deze bewoner om te gaan, hoe men vindt dat de interacties verlopen, de opvattingen die men heeft met betrekking tot deze bewoner, mate van opleiding, nood aan het kunnen bespreken van dagdagelijkse ervaringen, houding ten opzichte van VIB, kenmerken van de organisatie. De bevindingen zijn in voetnoot samengebracht ²

Ook hier leiden wij volgende zaken of stellen vragen dienaangaande:

- In welke mate is er inzicht aanwezig over de eigen wijze van handelen? De meerderheid geeft aan tevreden te zijn over zijn eigen capaciteiten om met de betreffende bewoner om te gaan en vinden dat de interacties goed tot moeizaam verlopen.
- In welke mate is er inzicht over wat zijn "geslaagde interacties", wat zijn "ondermijnende interacties"? Worden bepaalde interacties doorheen de tijd als "normaal" beschouwd en niet toegeschreven aan de wijze waarop de omgang verloopt?
- De opvattingen die werden gekozen staan in contrast met de overwegend negatieve gevoelens en gedachten die men heeft ten opzichte van de betreffende bewoners. Wanneer men negatieve gedachten en gevoelens heeft ten opzichte van iemand, is de kans groot dat dit ook je houding en gedrag ten opzichte van deze bewoner gaat beïnvloeden. Mogelijks is men zich hier niet bewust van of is er sociaal wenselijk geantwoord.

SELECTIE VAN PERSONEELSLEDEN

Tijdens de introductiesessie werd er bevraagd wie er interesse heeft om zich te laten filmen. Er boden zich spontaan zorgverleners aan die hiervoor open stonden. Niemand werd er verplicht om deel te nemen. Des te meer omdat het belangrijk is dat de zorgverleners gemotiveerd zijn zodat er openheid is om kritisch over zichzelf te gaan reflecteren. De zorgverleners die zich aanboden wilden graag weten hoe ze nog beter kunnen omgaan met de betreffende bewoner en zouden graag iets leren uit de toepassing.

Nadeel bij een externe begeleider is dat hij de keuze van zorgverleners niet kan sturen of bespreken. Het kan erg zinvol zijn om beeldopnames te maken van enkele zorgverleners met een verschillende omgangswijze. Op deze manier komt er naar voor wat er werkt en wat er niet werkt bij deze persoon. Ze worden op deze wijze gestimuleerd om te reflecteren over de eigen omgangsstijl en kunnen de goede contactelementen trachten te integreren in hun eigen werkwijze. Daarnaast leren ze ook te herkennen wat de elementen zijn die negatieve interacties uitlokken of in stand houden.

² De volgende bevindingen kwamen naar voor:

- De meerderheid geeft aan tevreden te zijn over zijn capaciteiten om met de bewoner om te gaan
- De meerderheid geeft aan dat de interacties goed tot moeizaam verlopen
- Ongeveer de helft van de personeelsleden heeft reeds opleiding gehad omtrent dit thema
- De meerderheid geeft aan nood te hebben aan opleiding
- In één WZC wordt er duidelijk aangegeven dat er ruimte is om dagelijkse ervaringen te bespreken, in de ander twee WZC is dit niet het geval.
- De meerderheid geeft aan nood te hebben aan het kunnen bespreken van dagelijkse ervaringen.
- Twee derde van de personeelsleden denkt dat de toepassing van VIB interessant, uitdagend en boeiend is.
- De woon - zorgcentra werden als volgt omschreven:
 - o WZC A: vrijheid voor inbreng, voldoende ondersteuning door leidinggevenden en collega's en open communicatie
 - o WZC B: gebrek aan ondersteuning door collega's, gebrekkige communicatie
 - o WZC C: vaste routines en structuren, gebrek aan ondersteuning door leidinggevenden en gebrekkige communicatie
- De opvattingen die het meest gekozen werden, zijn:
 - o Ik probeer te achterhalen waarom de bewoner zo reageert
 - o Ik informeer de bewoner over wat er gaat gebeuren, wat ik ga doen
 - o Ik geef de bewoner aandacht, genegenheid, warmte
 - o Ik sta stil bij de reacties van de bewoner
 - o Ik ga zelf op zoek naar oplossingen

In de drie woon- en zorgcentra bleken die zorgverleners waarbij het contact al erg goed verliep, zich te hebben opgegeven voor de beeldopnames. Dit kwam ook naar voor uit het beeldmateriaal. Slechts in weinig beeldfragmenten zijn er negatieve contactmomenten terug te vinden. De gefilmde zorgverleners hanteerden reeds een positieve benaderingsvorm.

FILMEN VAN PERSONEELSLEDEN

Elke zorgverlener werd één maal gefilmd tijdens een verzorgingsmoment. Voordat er gestart werd met filmen, werd hen gevraagd een korte vragenlijst in te vullen die enerzijds peilt naar hun gevoelens ten opzichte van de bewoner vooraleer men in contact treedt en anderzijds ook peilt naar hoe men zich voelt ten opzichte van het filmen (aanwezigheid van camera). Na het filmen werd deze vragenlijst opnieuw afgenomen om zo te kunnen nagaan of er verandering is opgetreden in hun gevoelens. Ze werden ook gerust gesteld en aangeraden zich zo "normaal" mogelijk te gedragen (handelen zoals ze altijd handelen). De betreffende medewerkers gaven aan zenuwachtig te zijn voor de beeldopnames maar voelden zich wel veilig. Ook na het maken van de opnames gaven ze aan dat ze het als veilig hadden ervaren.

BEKIJKEN EN BESPREKEN VAN BEELDMATERIAAL (INTERVISIE)

Voor elke organisatie werd een vorming op maat gemaakt, gebaseerd op het geselecteerde beeldmateriaal en de bespreking met de gefilmde medewerkers. Tijdens deze vorming werden de beeldfragmenten getoond en samen besproken. Er werd samen gereflecteerd over het beeldmateriaal. Er werd stil gestaan bij volgende elementen: interactie, communicatie, omgevingsprikkels,...

Tijdens deze intervisie kwamen naast de besproken problemen met de bewoner ook andere problemen op de voorgrond zoals een gebrekkige communicatie binnen de organisatie, geen opvolging van de afspraken, onenigheden binnen het team,.... In de groep waarin er veel spanningen heerste, was er ook beduidend minder openheid om samen na te denken over de casus en was er meer weerstand bij het tot stand komen van nieuwe afspraken: "hier hebben we geen tijd voor", "de afspraken gaan toch niet nagekomen worden",...

In deze groep heerste er ook minder veiligheid bij het bekijken van het beeldmateriaal: "laat u zelf dan maar eens filmen als je denkt dat je het beter kan". In deze groep moest de veiligheid sterk bewaakt worden. Na de bespreking van het beeldmateriaal werd er samen met het team een handelplan opgesteld. Dit handelplan bevat de gemaakte afspraken in verband met de besproken bewoner: wat zijn de aandachtspunten in omgang en communicatie, welke veranderingen kunnen we aanbrengen in de omgeving, welke afspraken worden besproken met de familieleden, ...

De volgende aandachtspunten kwamen regelmatig terug en zullen geïllustreerd worden aan de hand van **concrete voorbeelden**.

1. Omgevingsprikkels (ruimtelijk beleven)

Mevrouw is gevoelig aan prikkels. Tijdens het verzorgingsmoment wordt ze aan heel wat prikkels blootgesteld.

Enerzijds zijn er de voorbereidende handelingen: water nemen, bedsponden worden naar beneden gehaald, bed en kastje worden verschoven,... Deze handelingen zorgen voor erg veel geluidsprikkels.

Afspraak: iedereen is zich bewust van de geluidsprikkels en zal hierop letten (zachtjes neerlaten van de bedsponden, tussendeur sluiten bij nemen van water, bed niet verschuiven, ..)

Anderzijds zijn er ook de prikkels die gecreëerd worden door de verzorgingsacten zelf. Indien ze met twee personeelsleden wordt gewassen, worden heel wat handelingen tegelijk uitgevoerd. De ene persoon is haar aan het afdrogen terwijl de andere persoon al verder aan het wassen is. Het tempo ligt hoger. Er wordt ook sneller onderling gesproken waardoor de focus minder op de bewoner zelf ligt. Daardoor wordt er minder aandacht besteed aan het geven van goede instructies, de beleving van de bewoner enz. Deze prikkels kunnen ervoor zorgen dat mevrouw onrustig en geagiteerd wordt. Dit uit zich dan in jammeren en knijpen. De tijdsduur van het wassen alleen of per twee is hetzelfde. Indien ze meer ontspannen is, zal het ook gemakkelijker zijn om haar te hanteren.

Voorbeeld: mevrouw wordt in een hoog tempo recht gezet op de rand van het bed. Mevrouw voelt zich bedreigd en knijpt in de hand van de zorgkundige. Afspraak: het team kiest ervoor om haar alleen te wassen. Ze merken het verschil op qua drukte tussen alleen of per twee wassen.

2. Persoonlijkheid

Meneer weet erg goed wat hij wil. Dit komt sterkt tot uiting in het beeldmateriaal. Zo kan hij nog aangeven of hij pantoffels of schoenen wil aandoen. Zeker wanneer je de keuzemogelijkheden toont (visueel). Daarnaast geeft hij bijvoorbeeld aan dat zijn hemd te fel trekt op zijn rug en dat het meer naar beneden getrokken moet worden, dat hij een tricot aan wil, ...

Het is dan ook belangrijk om rekening te houden met zijn autonomie. Je kan hem zo veel mogelijk proberen te betrekken in de zorg door hem mee te laten beslissen over bepaalde zaken. Hij kan nog keuzes maken. Het is belangrijk om rekening te houden met wat hij aangeeft en hier ook erkenning voor te bieden. Belangrijk is wel om slechts een beperkt aantal keuzemogelijkheden aan te bieden. Te veel keuzemogelijkheden kan onrust en frustratie uitlokken. Hij is ook een trotse, fiere man. Hem als een kind benaderen of commanderen zal verzet en weerstand opleveren. Probeer een samenwerkingsverband aan te gaan. Vraag hem of hij iets al dan niet wenst.

Uit het beeldmateriaal blijkt dat mevrouw aangeeft wat ze niet fijn vindt, wanneer het te druk voor haar is, wanneer ze pijn heeft. Dit uit ze door te jammeren, te kreunen en te knijpen. Je ziet het ook aan haar non-verbale uitstraling. Haar gezicht trekt samen en ze spant haar lichaam op (omhoog trekken van de benen). Wanneer er sprake is van roepgedrag of agressie in het beeldmateriaal, is er ook een aanleiding. Mevrouw haar taalfuncties zijn erg beperkt waardoor ze zich waarschijnlijk niet meer op een andere wijze kan uiten.

Wanneer haar iets gevraagd wordt en ze begrijpt het, reageert ze kort. Er zijn nog beperkte interactiemogelijkheden. Ze zal zelf weinig initiatief nemen tot contact maar reageert wel als anderen contact proberen te maken. Ze glimlacht dan, kijkt je aan, reageert verbaal met korte antwoorden.

3. Openen van het contact

Het is belangrijk dat je eerst even de tijd neemt om echt contact met haar te maken vooraleer je begint met het toilet. Belangrijk is om oogcontact te maken, je op dezelfde hoogte als haar te brengen, interesse tonen in haar (heb je goed geslapen), ingaan op wat ze zegt of doet, bieden van erkenning en af te sluiten met duidelijk te zeggen wat er gaat gebeuren (eerst even oprissen, dan tas koffie drinken en boterham eten).

4. Instructies

Over het algemeen wordt er gezegd welke handelingen men gaat uitvoeren. Er kan nog gewerkt worden aan de wijze waarop de instructies gegeven worden. Het is belangrijk dat men instructies op zo'n wijze geeft dat de kans dat de instructie goed ontvangen en begrepen wordt zo groot mogelijk is. De instructies worden vaak niet naar de bewoner gericht en men is vaak al met de handeling gestart terwijl men de instructie nog aan het geven is. Indien hij de instructie begrijpt, werkt hij ook mee en doet hij wat er gevraagd wordt. Indien de boodschap niet goed is aangekomen, merk je dat hij twijfelt en niet goed weet wat hij moet doen. Aandachtspunten zijn:

- oogcontact maken
- eenvoudige instructies geven
- instructie naar de bewoner toe richten
- op gelijke hoogte
- indien hij de instructie niet begrijpt, de instructie herhalen
- non-verbaal ondersteunen (aanwijzen, tonen)
- eerst de instructie geven, dan pas handelen

Indien er niet onmiddellijk reactie is, kan je proberen zijn aandacht te vragen door het tempo te laten zakken, hem aan te raken of zijn naam te zeggen, oogcontact te maken.

5. Planning van de zorg

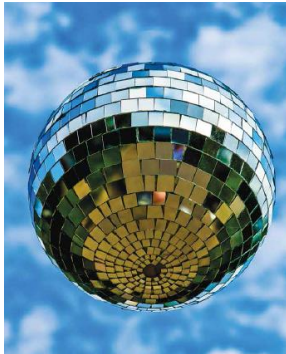
Mevrouw geeft herhaaldelijk aan dat ze niet graag gewassen wordt en dat ze dit ook niet zinvol vindt. "Ik zit hier maar een ganse dag dus waarom moet ik elke dag gewassen worden?". We kunnen ons de vraag stellen of het inderdaad nodig is om mevrouw elke dag te wassen? Draagt dit bij tot haar levenskwaliteit en comfort? Is het mogelijk om hier afspraken rond te maken? Ook zijn er geen duidelijke afspraken omtrent het wassen van de voeten en het reinigen van het gebit. Het is belangrijk om haar niet te forceren maar het gevaar schuilt hier ook in dat het uiteindelijk niet meer gebeurt. Er kan eventueel met een schema worden gewerkt waarop staat welke handelingen er per dag moeten worden uitgevoerd. De ene dag gebeurt er een volledig toilet, de volgende dag enkel een klein toilet (gezicht, handen, intiem toilet). Indien het niet lukt om bepaalde handelingen uit te voeren wordt dit genoteerd zodat de collega van de volgende dag weet dat er een nieuwe poging dient te gebeuren. Dit schema kan worden opgehangen in de badkamer en kan als hulpmiddel dienen in omgang met mevrouw (eventueel werken met iconen zodat het voor duidelijk is). Belangrijk is ook om de familie hierin te betrekken. Wat zijn hun verwachtingen en wensen? Kan hierover in dialoog worden gegaan?

6. Comfort

Mevrouw klaagt herhaaldelijk over pijn in haar rug. Is er een medische achtergrond? Kan hier iets rond gebeuren? Belangrijk is om hier erkenning voor te bieden: "Doet uw rug pijn? Ik zal er eens naar kijken", "ik zal er straks zelf op smeren".

Mevrouw klaagt voortdurend over dat ze het koud heeft. Dit maakt haar ook onrustig en geagiteerd. Ze wil niet uitgekleeft worden omdat ze het dan koud gaat hebben. Belangrijk is om warm water te gebruiken bij het wassen, eerst haar gezicht te wassen en dan pas haar bovenkleding uit te doen, een warm handdoekje omhangen (eventueel een andere handdoek gebruiken om haar af te drogen zodat je niet steeds die warme handdoek moet wegnemen). Daarnaast is het belangrijk om te zorgen dat alles al klaar ligt voordat je start met wassen: kleding, schoenen, incontinentiemateriaal,... Zo kan je heen en weer geloop beperken. Mevrouw moet minder wachten waardoor er ook minder kans is om frustraties uit te lokken. De deur van de kamer moet gesloten worden (tocht en geluidprykkels).

Vraag: Kan de kamer vooraf verwarmd worden? Het is een optie om eerst de verwarming op de kamer te komen opzetten en haar pas te wassen wanneer de kamer opgewarmd is. Er kan dan ook een handdoek op de chauffage worden gelegd zodat deze lekker warm is.



EVALUATIE VAN DE INTERVISIE

Na het intervisiemoment vulden de deelnemers een evaluatiedocument in. Uit deze evaluatie kwamen de volgende zaken naar voor:

- 97% geeft aan zeer veel tot veel geleerd te hebben uit het bekijken van het beeldmateriaal.
- 94% geeft aan zeer veel tot veel geleerd te hebben uit het samen nadenken met collega's.
- Alle deelnemers gaven aan dat ze in de toekomst meer op deze manier het gedrag van bewoners willen bekijken en bespreken.
- 97% geeft aan dat wat ze geleerd hebben, kan toegepast worden in de praktijk.
- Alle deelnemers gaven aan dat er voldoende ruimte was voor eigen inbreng.

Uit de evaluatie blijkt dat de deelnemers enthousiast waren over de toepassing van de methodiek VIB en intervisie.

EVALUATIE NA TOEPASSING

Na de intervisie gingen de deelnemers aan de slag met het handelplan. In de daaropvolgende maand zouden ze de gemaakte afspraken gaan toepassen. Vanaf dit punt lag de opvolging bij het diensthoofd of een verantwoordelijke. Na een maand kregen de deelnemers een vragenlijst om na te gaan wat er in deze toepassingsperiode gerealiseerd werd.

Mevrouw begint regelmatig te jammeren bij het manipuleren van de armen (zowel rechts als links). Ze lijkt pijn te hebben. Er is sprake van artrose van de schouders.

Afspraken:

- Medische achtergrond bekijken – pijnstillers
- Kine – advies omtrent manipuleren van de armen
- Aangepaste kleding: kleding met knopen vooraan, losse kleding (te bespreken met de familie)

7. ADL

Mevrouw kan heel wat handelingen nog zelf stellen:

- Wassen en afdrogen van gezicht, armen, borst, buik
- Omhoog trekken van kousen

Het is erg belangrijk voor haar eigenwaarde om haar die handelingen zelf te laten stellen. Daarnaast zorgt het ook voor afleiding van het toiletgebeuren en kan dit onrust en agitatie voorkomen. Uit het beeldmateriaal is gebleken dat het toilet niet langer duurt wanneer mevrouw zelf een aantal handelingen stelt.

Uit deze vragenlijst kwamen de volgende belangrijke punten naar voor:

Bij 86 % van de deelnemers heeft de vorming impact gehad op de omgang met de bewoner

73 % van de deelnemers geeft aan anders naar het gedrag van de bewoner te zijn gaan kijken.

68 % geeft aan dat er duidelijke afspraken gemaakt zijn na de vorming binnen het team

41 % van de deelnemers heeft het gevoel dat de afspraken door iedereen gekend zijn

27 % van de deelnemers geeft aan dat deze afspraken niet door iedereen uitgevoerd worden

68% van de deelnemers geeft aan voldoende ondersteund te zijn geweest door leidinggevend en directie in het toepassen van de afspraken.

91 % van de deelnemers vond de toepassing van VIB een meerwaarde voor zijn handelen

Uit deze bevraging merken we dat de afspraken onvoldoende gekend zijn en niet door iedereen uitgevoerd werden. Essentieel is dat het handelplan en de gemaakte afspraken gecommuniceerd worden naar het ganse team en dat er op toegezien wordt dat deze afspraken ook uitgevoerd en nagekomen worden. Indien het vrijblijvend is, vervalt men snel in routines en gewoontes en wordt de opgedane kennis niet vertaald naar de praktijk. Indien er een interne procesbegeleider is, kan deze ook mee toezien op de uitvoering van het handelplan, in samenwerking met het diensthoofd. Er kunnen eventueel nieuwe beeldopnames gemaakt worden zodat het mogelijk is een vergelijking te maken (situatie na de intervisie). Daarnaast kan er een tweede intervisiemoment worden georganiseerd waarbij er een evaluatie wordt gemaakt van de gemaakte afspraken en het handelplan kan bijgestuurd worden indien nodig.

CONCLUSIE

Na de toepassing van de methodiek VIB zowel intern als in andere woon-zorgcentra kunnen we stellen dat VIB als een meerwaarde wordt ervaren door zorgverleners. Dit kan zo gesteld worden vanuit mijn eigen ervaringen als procesbegeleider (zowel als interne medewerker als externe medewerker) maar ook vanuit de bevragingen van de betrokkene medewerkers in de woon-zorgcentra. Er wordt meermaals aangegeven dat het zinvol is om op deze wijze naar gedrag en interacties te kijken.

Dat het als een meerwaarde wordt ervaren is duidelijk maar wordt er ook effectief naar gehandeld? Is er een vertaling naar de concrete praktijk?

Het succes van de toepassing blijkt in grote mate toch afhankelijk te zijn van een aantal voorwaarden. Deze zal ik kort beschrijven:

Het is belangrijk dat de organisatie durft te investeren in het opleiden van een interne medewerker voor het begeleiden van de toepassing van deze methodiek. Zoals reeds enkele malen aangehaald, biedt het inzetten van een interne medewerker toch wel enkele voordelen in vergelijking met een externe persoon. Een interne medewerker heeft meer voeling met de betreffende werksetting, bewoners, zorgverleners, ... en kan hierdoor gericht een selectie maken wat betreft bewoners die in aanmerking komen voor deze methodiek (wat betreft beïnvloedbaarheid van het gedrag) en personeelsleden die in aanmerking komen om gefilmd te worden.

Daarnaast dient deze medewerker over bepaalde vaardigheden te beschikken. Deze persoon dient te beschikken over de nodige vaardigheden om gedrag te observeren en vaardigheden voor het analyseren van gedrag en interacties. Bovendien moet deze persoon ook groepsprocessen kunnen begeleiden en de nodige veiligheid kunnen bieden doorheen het ganse proces. Het is bovendien een voordeel dat het een persoon is die van op een afstand naar het gedrag en de interacties kan kijken om tot een zo objectief mogelijk beeld te komen. Deze medewerker dient ook met het nodige gezag te kunnen optreden wat betreft de opvolging van de gemaakte afspraken (in samenspraak met diensthoofd).

Tenslotte moet deze medewerker ook voldoende vrij gesteld worden om dit proces te kunnen begeleiden. Het is een erg tijdsintensief proces (opnames, bekijken beeldmateriaal, bespreken beeldmateriaal met gefilmde personeel, intervisie, opstellen handelplan, opvolgen). Om een goed beeld te kunnen krijgen van de interactiepatronen, is het aangewezen om van verschillende zorgverleners beeldopnames te maken. Stel dat er wordt uitgegaan van 3 opnames (3 zorgverleners) zitten we met een totale tijdsinvestering van ongeveer 24uur. Hierbij is dan nog niet de tijd gerekend dat het beeldmateriaal bewerkt wordt (met een professioneel programma) en dat deze medewerker het proces verder opvolgt na de intervisie (nieuwe beeldopnames maken van de situatie "na", beeldmateriaal bekijken en analyseren, tweede intervisiemoment om handelplan te evalueren en afspraken bij te sturen). Ook de tijd die er nodig zou zijn voor gesprekken met familieleden is niet geteld.

Naast het investeren in een procesbegeleider is het ook nodig dat **de organisatie investeert in intervisiemomenten**. Niet om theoretische uiteenzettingen te geven maar om concreet aan de slag te gaan met bepaalde casussen. Het samen reflecteren wordt als zeer zinvol ervaren. Dit wordt meermaals door de zorgverleners aangehaald als een gemis binnen de organisatie. Er worden vaak wel overlegmomenten georganiseerd maar deze gaan vaak inhoudelijk niet in op de concrete situaties die de zorgverleners ervaren in omgang met bepaalde bewoners. Daarnaast wordt er ook aangegeven, en blijkt ook uit de bevraging, dat het belangrijk is dat de gemaakte afspraken die er gemaakt worden, ook opgevolgd worden door een leidinggevende. Indien er geen engagement is van het diensthoofd, is de kans klein dat er resultaat geboekt wordt. Directie en leidinggevenden moeten de zinvolheid ervan inzien en hierin willen investeren.

Tenslotte is het ook belangrijk dat de methodiek wordt toegepast op een moment dat er **openheid heerst in een team**. Indien er spanningen zijn binnen een team of instabiliteit kan er geen veilige context worden aangeboden om kritisch te kijken naar het eigen handelen en het handelen van anderen. Het is de bedoeling dat er kan vertrokken worden vanuit positieve feedback.

Indien er met deze voorwaarden rekening wordt gehouden kan de toepassing van VIB een meerwaarde betekenen binnen organisaties. **Gezien de toch wel grote investering die er verwacht wordt van de organisatie is het weinig realistisch om deze methodiek breed te gaan verspreiden binnen woon-zorgcentra.**

Ils Matheussen



Mensen zijn aan mekaar
gegeven doorheen de
kringloop van het leven

www.begralim.be