

Video Interventie Ouderenzorg

Samenvatting

Doelgroep

Video Interventie Ouderenzorg (VIO) is een psychosociale interventie die zich richt op (teams van) professionele zorgverleners en op mantelzorgers (de zorgverleners) die problemen ervaren in de omgang met gedrags- en/of stemmingsstoornissen van oudere cliënten voor wie zij zorgen. Oorzaken van betreffende stoornissen kunnen bij een dementie liggen, maar er kan ook sprake zijn van andere problematiek.

Doel

De interventie richt zich op het aanleren van communicatievaardigheden aan de zorgverlener(s) om met de gedrags- en/of de stemmingsstoornissen van de cliënt om te kunnen gaan. Daarnaast richt de interventie zich op inzicht krijgen van de zorgverlener(s) in de gevolgen van het ziektebeeld van de cliënt voor het gedrag en/of de stemming en op het eigen aandeel in hoe het contact met de cliënt verloopt. Door dit leerproces ontstaat er stapsgewijs een verhoging van draagkracht, zelfvertrouwen en gevoel van competentie bij de zorgverlener(s). De kwaliteit van de zorgrelatie verbetert, de spanningen lopen minder op, er zijn minder escalaties in het gedrag van de cliënt en de gedrags- en/of stemmingsstoornissen nemen af of worden door de zorgverlener(s) minder als belastend ervaren.

Aanpak

De interventie bestaat uit een aantal fases waarbij gebruik wordt gemaakt van video-opnames en videofeedback. Na een gedegen analyse en het uitzetten van een stappenplan volgen in de uitvoeringsfase video-opname, videofeedback en oefenperiode elkaar op in tweeweekse sessies. De zorgverlener leert door middel van videofeedback het gedrag van de cliënt te begrijpen en de werkzame elementen van het eigen gedrag herkennen en stapsgewijs toe te passen in moeilijker (probleem)situaties. De interventie wordt afgesloten als de zorgverlener(s) om kunnen gaan met de gedrags- en/of stemmingsstoornissen, deze begrijpen en zich hierin voldoende competent voelen. Dat is doorgaans na drie tot vier sessies, gedurende een periode van drie tot vier maanden.

Materiaal

- Voor de uitvoering van *VIO* wordt gebruik gemaakt van ontwikkelde analyseschema's. Om de resultaten van een *VIO*-traject te objectiveren is een gestandaardiseerde *VIO*-monitor ontwikkeld.
- Er zijn folders, dvd's, uitgaves, nieuwsbrieven en een website (www.VIO-deweever.nl) beschikbaar.
- Er is een opleiding ontwikkeld voor *VIO*-begeleiders. Eerdere handboeken zijn verwerkt in lesmateriaal voor deze opleiding.

Onderbouwing

Door vergrijzing krijgen steeds meer professionele zorgverleners en mantelzorgers te maken met de zorg voor kwetsbare oudere cliënten. Een grote groep hiervan bestaat uit mensen met dementie: 260.000 in 2015 en een verwacht aantal van 500.000 in 2040. Gedragsproblemen komen voor bij 60 tot 98% van de personen met dementie. In 2020 zal ongeveer 80% van hen thuis wonen. Mantelzorgers ervaren de belasting om deze zorg te kunnen volbrengen als hoog, waarbij de ervaren last door de gedrags- en/of stemmingsstoornissen zwaarder ervaren wordt dan de cognitieve achteruitgang. Hierdoor kunnen zij overbelast raken en professionele ondersteuning in het (leren) omgaan met de gedragsproblemen en het begrijpen van het gedrag is dan ook noodzakelijk.

In de intramurale zorgsettingen voor oudere cliënten is er een toename te zien van cliënten met complexe hulpvragen, vaak gepaard gaand met gedrags- en/of stemmingsstoornissen. Professionele zorgverleners hebben onvoldoende kennis van deze stoornissen bij ziektebeelden zoals dementie. Ondersteuning in het ermee om (leren) gaan schiet vaak tekort. Dit leidt tot gevoelens van onmacht en incompetentie, oplopende stress en overbelasting.

VIO draagt bij aan de vermindering van de belasting en de verhoging van de draagkracht van de zorgverlener(s) door het hanteerbaar maken van de gedrags- en/of stemmingsstoornissen *en* het leren begrijpen waar het gedrag vandaan komt. De interventie is gebaseerd op principes en theorieën op het terrein van communicatie, (probleem)gedrag en het leren afstemmen op dit gedrag (ethologie, ontwikkelingspsychologie, gerontopsychologie, zorg- en hulpverlening, zorgethiek, cognitieve en leertheorieën, waarneming en videofeedback). De specifieke werking van *VIO* is gelegen in de combinatie van een aantal theorieën die samen zorgen voor het daadwerkelijk bereiken van de gestelde doelen zoals geformuleerd voor *VIO*.

Erkenning

Erkend door:

Deelcommissie Ouderenzorg d.d. 15/07/2016

Oordeel: Erkend als goed onderbouwd.

Referentie

De referentie naar dit document is:

De Wever | Expertisecentrum *VIO* (2016), Databank interventies langdurende zorg: beschrijving *Video Interventie Ouderenzorg*. Utrecht: Vilans.

Uitgebreide beschrijving

1. Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Video Interventie Ouderenzorg (VIO) richt zich op professionele zorgverleners en mantelzorgers van oudere cliënten met gedrags- en/of stemmingsstoornissen. Bij betreffende cliënten ligt de oorzaak van deze stoornissen bij dementie, maar er kan ook sprake zijn van andere psychogeriatrische, gerontopsychiatrische of Niet-Aangeboren Hersenletsel problematiek. VIO richt zich op de professionele zorgverleners of mantelzorgers: de zorgverlener(s) van de oudere cliënt met een gedrags- en/of stemmingsstoornis voor wie zij zorgen.

De interventie richt zich op twee doelgroepen:

A: De mantelzorger van een oudere cliënt met gedrags- en/of stemmingsstoornissen. Deze cliënten wonen overwegend thuis, maar kunnen ook in een zorginstelling verblijven. De interventie richt zich hier alleen op de betreffende mantelzorger.

B: De professionele zorgverleners van een oudere cliënt met gedrags- en/of stemmingsstoornissen. Deze cliënten wonen overwegend in intramurale settingen, maar kunnen ook thuis verblijven. De interventie richt zich hier op het gehele zorgteam van de betreffende cliënt.

Intermediaire doelgroep

geen

Selectie van doelgroepen

A. Mantelzorgers

De verwijzing voor *VIO* vindt plaats door gedragsdeskundigen of huisartsen. Zij bepalen op basis van hun deskundigheid of de mantelzorger en de cliënt voldoen aan onderstaande criteria.

De cliënt voor wie de mantelzorger zorgt:

- heeft gedrags- en/of stemmingsstoornissen, gediagnosticeerd door een psycholoog of arts. Het betreft hier ernstige gedragsproblemen met een interactiecomponent zoals: agitatie, agressie, negativisme, omkering van het dag- en nachtritme, claimend gedrag, prikkelbaarheid, ontremming, zwerfgedrag, verzamelwoede, decorumverlies, apathie en overmatig oninvoelbaar huilen of lachen.

De mantelzorger:

- geeft aan problemen te hebben in het omgaan met een of meerdere van bovenstaande gedrags- en/of stemmingsstoornissen van de cliënt;
- geeft aan overbelast te zijn of te raken door het niet kunnen omgaan met betreffende gedrags- en/of stemmingsstoornissen;
- geeft een gevoel aan van ernstig tekortschieten in de zorg voor de cliënt;
- geeft behoefte aan ondersteuning in de omgang met de cliënt aan;
- is onvoldoende in staat om theoretische kennis te vertalen naar praktisch handelen;
- heeft een hulpvraag die terug te voeren is naar bovenstaande ervaren problemen in het contact met de cliënt;
- andere kortdurende interventies hebben niet tot een gewenst resultaat geleid.

Contra-indicaties

De cliënt voor wie de mantelzorger zorgt:

- Bij de cliënt is een delier of een ernstige depressie gediagnosticeerd.

De mantelzorger:

- De aandacht is gericht op vermindering van de draaglast in plaats van op verhoging van de draagkracht, waardoor de motivatie om een traject aan te gaan ontbreekt;
- De mantelzorger is niet bereid of in staat tijd vrij te maken voor de interventie.

B. Professionele Zorgverleners

De verwijzing voor *VIO* vindt plaats door gedragsdeskundigen of artsen uit een Multi-Interdisciplinair Team. Zij bepalen op basis van hun deskundigheid of de professionele zorgverleners en de cliënt voldoen aan onderstaande criteria of *VIO* een geschikte interventie is.

De cliënt voor wie de professionele zorgverleners zorgen:

- heeft gedrags- en/of stemmingsstoornissen, gediagnosticeerd door een psycholoog of arts;
- Het betreft hier ernstige, vaak complexe en langdurige gedragsproblemen met een interactiecomponent zoals: agitatie, agressie, negativisme, omkering van het dag- en nachtritme, claimend gedrag, prikkelbaarheid, ontremming, zwerfgedrag, verzamelwoede, decorumverlies, apathie en overmatig oninvoelbaar huilen of lachen;
- Andere kortdurende interventies hebben niet tot het gewenste resultaat geleid.

De professionele zorgverleners:

- geven aan dat het gedrag van de betreffende cliënt voor hen moeilijk te begrijpen is;
- geven aan dat dit gedrag door hen als complex ervaren wordt;
- hebben een hulpvraag die terug te voeren is naar ervaren problemen in de omgang met de cliënt en het leveren van afgestemde zorg;
- hebben binnen het team verschillende of niet adequate benaderingen van het gedrag;
- geven aan zich overbelast te voelen;
- geven aan zich machteloos te voelen in de omgang met het betreffende gedrag;
- voelen zichzelf tekortschieten in de zorg voor de cliënt en zijn handelingsverlegen.

Contra-indicaties

De cliënt voor wie de professionele zorgverleners zorgen:

- bij de cliënt is een delier of een ernstige depressie gediagnosticeerd.

De professionele zorgverleners:

- hebben zelf geen hulpvraag en/of zijn niet gericht op wat zij zelf kunnen doen om het contact met de cliënt te verbeteren; hebben een hulpvraag die zich in hoofdzaak richt op het doen afnemen van de betreffende gedrags- en/of stemmingsstoornissen;
- zijn onvoldoende bereid of in staat om tijd vrij te maken voor de interventie.

Betrokkenheid doelgroep

A. Mantelzorgers

Het pilotonderzoek naar de opbrengsten van videofeedback bij mantelzorgers is net afgerond. In het kader van een procesevaluatie hebben de deelnemers na afloop van de interventie een vragenlijst ingevuld en zijn zij geïnterviewd over hun ervaringen. Deelnemers hebben daarin een aantal praktische suggesties gedaan voor de toepassing van de interventie die momenteel verwerkt worden.

Bij vervolgonderzoek naar de effecten van *VIO* zal gebruikgemaakt worden van de ontwikkelde instrumenten (codeschema, schaal Relatieve Afstemming, *VIO*-monitor) om de effecten zowel bij de zorgverleners als bij de cliënten te meten.

1.2 Doel

Hoofddoel

Na een *VIO*-traject is de kwaliteit van de zorgrelatie en van de communicatie tussen de zorgverlener(s) en de cliënt met gedrags- en/of stemmingsstoornissen verbeterd. De zorgverleners hebben inzicht gekregen in hoe hun eigen gedrag van invloed is op het gedrag en/of de stemming van de cliënt en hebben manieren aangeleerd om met dit gedrag om te gaan.

Zij verstaan dit gedrag en zijn in staat om dit in de praktijk te vertalen naar een afgestemde benaderingswijze.

De draagkracht, het zelfvertrouwen en gevoel van competentie van de zorgverlener(s) is vergroot en de gedrags- en/of stemmingsstoornissen van de cliënt zijn afgenomen of worden door de zorgverlener(s) als minder belastend ervaren.

Het hoofddoel van *VIO* richt zich op de zorgverlener(s), maar er is ook een positief effect te verwachten bij de cliënt met de gedragsproblemen. Door de verbetering van de communicatie en de zorgrelatie lopen spanningen minder op en zijn er minder escalaties te zien in het gedrag. De stemming van de cliënt verbetert eveneens.

Subdoelen

Hoofddoel		Onderdeel hoofddoel		Subdoelen	Mantel-zorger	Prof ZV	Te meten met
	1	Om kunnen gaan met gedrags- en/of stemmingsstoornissen	a	Heeft communicatieve vaardigheden verworven om een positieve invloed op het gedrag te hebben	X	X	Codeschema Geslaagde Communicatie
			b	Herkent het gedrag in de dagelijkse praktijk, weet welke betekenis dit heeft en weet hoe daar mee om te gaan	X	X	Schema Relationale Afstemming
	2	Begrijpen van de gedrags- en/of stemmingsstoornissen	a	Heeft inzicht in ziekteproces van cliënt en de gevolgen daarvan voor het gedrag	X	X	VIO-monitor
Verbeterde kwaliteit van de zorgrelatie			b	Begrijpt het gedrag van de cliënt en weet daarop een afgestemde respons te geven	X	X	Schema Relationale Afstemming
			c	Heeft kennis van betreffend ziektebeeld	X		
			d	Ervaart de zorgrelatie als verbeterd	X	X	Schema Relationale Afstemming
	3	Gevoel van competentie in het omgaan met gedrags- en/of stemmingsstoornissen	a	Ervaart meer zelfvertrouwen en minder stress in de omgang met de cliënt	X	X	VIO-monitor
			b	Heeft een grotere draagkracht en minder behoefte aan professionele ondersteuning	X	X	VIO-monitor
			c	Ervaart meer werksatisfactie en minder werkdruk		X	VIO-monitor
			d	Stoornissen worden als minder belastend ervaren	X		VIO-monitor

Schema 1: Hoofddoel en subdoelen van *Video Interventie Ouderenzorg*

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De interventie wordt uitgevoerd door speciaal daartoe opgeleide VIO-begeleiders. De tweejarige (HBO+) opleiding hiertoe wordt door het Expertisecentrum VIO | De Wever verzorgd. De VIO-begeleiders zijn overwegend werkzaam of verbonden aan zorg- en behandelcentra voor ouderen en van daaruit in te huren.

De begeleiding van de mantelzorgers en professionele zorgverleners vindt plaats zonder aanwezigheid van de cliënt.

De interventie doorloopt een aantal fases die alle uitgevoerd moeten worden. De VIO-begeleiders zijn uitvoerder van de verschillende fases van de interventie.

Na verwijzing door behandelaren wordt er gestart met een intakegesprek met professionele zorgteams of de mantelzorger (kortweg: *zorgverleners*) waarin de indicaties getoetst worden en de hulpvraag geconcretiseerd.

Vervolgens wordt er een korte video-opname gemaakt van een contact tussen zorgverlener en cliënt waarover videofeedback gegeven wordt. Deze sessie herhaalt zich minimaal drie keer met een tussenpose van één tot twee weken. Tussen de sessies door wordt er in de dagelijkse praktijk geoefend met opdrachten. Als de hulpvraag is opgelost vindt er een afsluitende bijeenkomst plaats. Doorgaans duurt een VIO-traject vier maanden.

De interventie bestaat uit de volgende fases:

- Intake- en Screeningsfase (ongeveer drie weken);
- Uitvoeringsfase (ongeveer drie maanden);
- Afsluitende fase (één week).

Intake- en Screeningsfase

Onderdeel	Wie	Doel	Tijd VIO-b	Tijd zorgverlener
Verwijzing naar VIO-begeleider	A: (Huis)arts, psycholoog B: Multi-Disciplinair Team	Beoordeling van casus op selectiecriteria van zorgverleners, door VIO-begeleider	10 minuten	
1^e contact met zorgverlener	A: VIO-b met mantelzorger B: VIO-b met teammanager	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informatie verschaffen VIO en traject ▪ Toestemmingsverklaring voor de inzet van VIO laten tekenen ▪ Maken van afspraken 	15 minuten	15 minuten
Intakegesprek	A: VIO-b met mantelzorger B: VIO-b met betrokken teamleden (of vertegenwoordiging daarvan)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toets indicatie ▪ Inventarisatie probleem ▪ Kennis- en inzichttoets ziektebeeld bij zorgverlener ▪ Onderzoek naar interpretatie van gedrag door zorgverlener ▪ Concretisering hulpvraag zorgverlener 	1 uur	1 uur
1^e video-opname	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VIO-begeleider ▪ Zorgteam of mantelzorger ▪ Cliënt 	Geslaagde communicatie en zorgrelatie in beeld brengen	15 minuten	15 minuten
Analyse	VIO-begeleider	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse van mate van geslaagde communicatie en relationele afstemming ▪ Analyse probleemsituatie ▪ Hypothese opstellen 	30 minuten	
Stappenplan	VIO-begeleider	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uitzetten van stappenplan op basis van gegevens uit de intake, analyses en hypothesestelling ▪ Oplossen van hulpvraag 	30 minuten	

Schema 2: Intake- en Screeningsfase *Video Interventie Ouderenzorg*

Uitvoeringsfase

Onderdeel	Wie	Doel	Tijd VIO-b	Tijd zorgverlener
1 ^e feedback sessie	<ul style="list-style-type: none"> VIO-begeleider Zorgteam of mantelzorger 	<ul style="list-style-type: none"> Middels videofeedback komen tot stap 1 uit het stappenplan Oefenopdrachten van stap 1 meegeven 	1 uur	1 uur
Opdracht in praktijk oefenen	Zorgteam of mantelzorger	Inoefenen van opdracht van stap 1		1-2 weken
2 ^e video-opname	<ul style="list-style-type: none"> VIO- begeleider Zorgverlener Cliënt 	<ul style="list-style-type: none"> Uitvoering van opdracht in beeld brengen Focus stap 2 in beeld brengen 	15 minuten	15 minuten
2 ^e feedback sessie	<ul style="list-style-type: none"> VIO-begeleider Zorgteam of mantelzorger 	<ul style="list-style-type: none"> Controle oefenopdrachten stap 1 en 2 Controle of stap 1 bereikt is Middels videofeedback komen tot stap 2 Oefenopdrachten van stap 2 meegeven 	1 uur	1 uur
Opdracht in praktijk oefenen	Zorgteam of mantelzorger	Inoefenen van opdracht van stap 1 en 2		1-2 weken
3 ^e video-opname	<ul style="list-style-type: none"> VIO-begeleider Zorgverlener Cliënt 	<ul style="list-style-type: none"> Uitvoering van opdrachten in beeld brengen Focus stap 3 in beeld brengen 	15 minuten	15 minuten
3 ^e feedback sessie	<ul style="list-style-type: none"> VIO-begeleider Zorgteam of mantelzorger 	<ul style="list-style-type: none"> Controle oefenopdrachten 1 en 2 Controle of stap 2 bereikt is Middels videofeedback komen tot stap 3 Oefenopdrachten van stap 3 meegeven 	1 uur	1 uur
Opdracht in praktijk oefenen	Zorgteam of mantelzorger	Inoefenen van opdracht van stap 1, 2 en 3		1-2 weken
Herhaling sessie		Wanneer hulpvraag nog niet opgelost is wordt er nog één sessie opname feedback toegevoegd		

Schema 3: Uitvoeringsfase *Video Interventie Ouderenzorg*

Afsluitende fase

Onderdeel	Wie	Doel	Tijd VIO-b	Tijd zorgverlener
Opstellen adviezen	VIO-begeleider	Formuleren van concrete omgangsadviezen uit de oefenopdrachten (op papier en eventueel in beeld)	1 uur	
Afsluitende bijeenkomst	<ul style="list-style-type: none"> VIO-begeleider Zorgteam of mantelzorger 	Presentatie van uitkomsten traject	30 minuten	30 minuten
Terugkoppeling verwijzer	<ul style="list-style-type: none"> VIO-begeleider Verwijzer 	<ul style="list-style-type: none"> Resultaten bespreken Voortgang bespreken 	15 minuten	
Follow-up	<ul style="list-style-type: none"> VIO-begeleider Zorgteam of mantelzorger Verwijzer 	<ul style="list-style-type: none"> Controle op uitvoering Controle op eventuele verslechtering van cliënt. Afspreken van eventuele extra opname en feedbacksessie 	30 minuten	30 minuten

Schema 4: Afsluitende fase *Video Interventie Ouderenzorg*

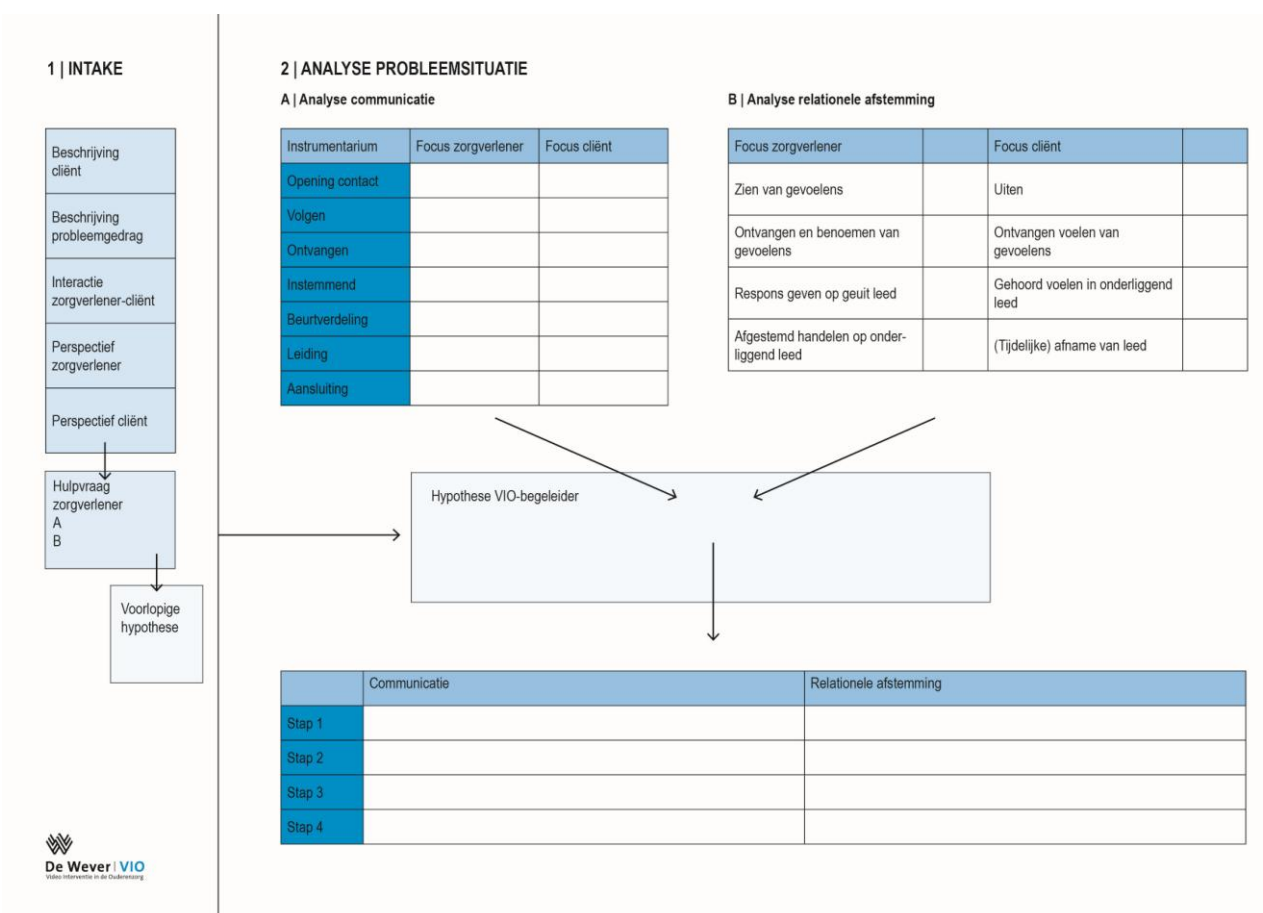
Inhoud van de interventie

De interventie leert de zorgverlener(s) anders te kijken en anders te handelen bij voor hen moeilijk te begrijpen gedrags- en/of stemmingsstoornissen van oudere cliënten. Kenmerkend voor *VIO* is het uitgangspunt van geslaagde communicatie in de zorgrelatie: dat wat al goed gaat wordt in beeld gebracht en stapsgewijs leren zorgverleners deze werkzame elementen toe te passen in moeilijker (probleem)situaties. Daardoor verschuift de focus van het (storende) gedrag van de ander naar de eigen rol in de interactie. Het storende gedrag wordt nu ook anders beoordeeld en daardoor is de zorgverlener in staat om zelf op een andere manier te gaan handelen. ‘Anders kijken’ wordt gevolgd door ‘anders denken’ en door ‘anders handelen’.

Intake- en Screeningsfase

- In het intakegesprek wordt de hulpvraag van de zorgverlener(s) geconcretiseerd. De VIO-begeleider analyseert de opvattingen en interpretaties die de zorgverlener heeft over de oorzaken van het problematische gedrag en stelt een voorlopige hypothese op over het aandeel van de zorgverlener in de probleemsituatie.
- Dan wordt er een eerste video-opname gemaakt van een geslaagd contactmoment waarin beide interactiepartners kunnen laten zien waartoe ze in staat zijn in communicatie en afstemming op een rustig moment buiten de probleemsituatie.
- Aan de hand van het Contactelementenschema (Schepens, 1991) wordt de communicatie in de opname geanalyseerd. Met behulp van het Codeschema Geslaagde Communicatie (Gerritsen, 2010) wordt op een 7-puntsschaal de mate aangegeven waarin de verschillende elementen van geslaagde communicatie voorkomen. Een hoge score verwijst naar reeds aanwezige elementen, een lage score naar minder of geheel afwezige elementen.
- Daarnaast wordt aan de hand van het schema Relationale Afstemming (Timmermann & de Groot, 2010) op een 7-puntsschaal hiërarchisch aangegeven in welke mate de oorzaken van het gedrag begrepen worden, en of er sprake is van afstemming op (het probleemgedrag van) de cliënt.
- Op basis van gegevens uit de intake en de analyse wordt er een hypothese van de probleemsituatie opgesteld. Deze hypothese wordt tijdens de interventie voortdurend getoetst aan de hand van de voortgang van het veranderproces bij de zorgverlener(s).
- Vervolgens wordt er op basis van analyse en hypothesestelling een stappenplan uitgezet. Hierin wordt weergegeven in welke stappen de (sub)doelen van de interventie behaald gaan worden en welke oefeningen daarbij gegeven gaan worden.

Schema 5: overzicht Stappenplan Video Interventie Ouderenzorg



Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans. Video Interventie Ouderenzorg is erkend als 'goed onderbouwd' door de deelcommissie Ouderenzorg d.d. 15/07/2016 onder begeleiding van Vilans.

Uitvoeringsfase

De uitvoeringsfase kenmerkt zich door een afwisseling van video-opname, videofeedback waaruit een oefenopdracht vloeit, oefenen in de praktijk van de oefenopdracht, nieuwe video-opname, controle van oefenopdracht in feedbacksessie en vervolgstappen middels videofeedback. Om de gestelde doelen te behalen zijn minimaal drie sessies video-opname en videofeedback nodig.

Werkwijze feedbacksessies

Iedere video-opname die is gemaakt wordt met de zorgverlener(s) besproken. Dit gebeurt tijdens de feedbacksessies. Een feedbacksessie heeft de volgende opzet:

- De opname wordt eerst in zijn geheel bekeken, een eerste reactie van de zorgverlener(s) wordt gepeild;
- Vervolgens toont de VIO-begeleider een selectie van beelden; hij legt accent op bepaalde beelden en spoelt bij andere beelden door;
- De zorgverlener(s) worden aangezet tot actief kijken naar de geselecteerde beelden, waarin de VIO-begeleider de focus van betreffende feedback vooraf heeft bepaald. De focus wordt bepaald door de stap uit het opgestelde stappenplan. Ook wanneer er in beeld slechts een benadering van het gewenste gedrag bij de zorgverlener(s) te zien valt wordt dit selectief en positief bekrachtigd. Het 'laten ontdekken' van het gewenste gedrag gebeurt middels het activerend bevragen van de zorgverlener(s) over de betreffende beelden.

Doel van de feedbacksessies

Het doel van de afzonderlijke feedbacksessies vloeit voort uit de analyses, hypothesestelling en het uitgezette VIO-stappenplan uit de Screeningsfase en kan per sessie verschillen. Stap voor stap komen de onderdelen van het stappenplan aan bod.

1^e feedbacksessie

Het doel van de eerste feedbacksessie ligt van te voren vast: het laten zien van de capaciteiten van de zorgverlener(s) in het contact met de cliënt. Accent ligt op: hoe ziet een goed contact eruit en waaruit is het opgebouwd (contactritueel en vijf basis-interactie-principes, dit is de *vorm* van de communicatie) en wat doen de zorgverlener(s) daar al (deels) goed in. Het gaat hierbij om het bekrachtigen van concreet waarneembare en geslaagde elementen van de vorm van de communicatie. Dit zet de toon voor volgende feedbacksessies: er wordt naar concreet gedrag gekeken (vorm) en naar wat daar goed in gaat.

Ook wordt de inzet van de zorgverlener(s) getoond en beloond. Inzet belonen en kijken naar wat de zorgverlener(s) al goed doen vormen de basis en het vertrekpunt van het veranderproces.

Aan het einde van de feedbacksessie vatten de zorgverlener(s) samen wat zij ontdekt en gezien hebben en geven hiermee informatie aan de VIO-begeleider over de bereikte stap in deze sessie.

Er wordt afgesproken wat de zorgverlener(s) de komende weken gaan oefenen en in welke situatie er een volgende keer wordt gefilmd.

2^e en volgende feedbacksessies

Een tweede en volgende feedbacksessie sluit altijd aan bij de gemaakte stap uit de vorige feedbacksessie, bij de daaruit voortgevloeide opdracht en hoe het de afgelopen periode is gegaan met het uitvoeren van de opdracht. De door de zorgverlener(s) in de praktijk ervaren werkzame elementen worden in de nieuwe beelden extra positief bekrachtigd door de VIO-begeleider.

Zo worden de zorgverlener(s) zich bewuster van het eigen werkzame aandeel in dat deel van de communicatie met de cliënt.

Tevens wordt er een nieuwe stap uit het stappenplan in de feedbacksessie ingebracht. De opname wordt nogmaals bekeken waarbij de beelden stilgezet worden bij deze nieuwe focus. Aan het eind volgt weer een samenvatting van de gemaakte stap en de daaruit voortvloeiende oefenopdracht.

Oefenopdrachten

De opdrachten voor tussen de feedbacksessies worden zo opgesteld dat de zorgverlener(s) succeservaringen kunnen beleven in de oefenperiode. Ze zorgen zo voor de bevestiging van het eigen positieve aandeel in de interactie en doen zo het besef van invloed verder vergoten. Er is een chronologische volgorde in oefenopdrachten, alle eerdere opdrachten blijven steeds ook nog geoefend worden.

Verschuiving van focus tijdens feedbacksessies

Gaandeweg het traject vindt er een verschuiving plaats van de focus tijdens de feedbacksessies:

- van de vorm van de communicatie naar de inhoud van de communicatie;
- van de communicatie van de cliënt naar de communicatie van de zorgverlener(s);
- van externe toeschrijvingen naar interne toeschrijvingen van oorzaken van de gedrags- en/of stemmingsstoornissen van de cliënt; van de boodschappen die de cliënt geeft naar de boodschap die daaronder zit;
- van zien naar herkennen naar begrijpen van de gedragingen van de cliënt.

Werkzame elementen

Door de gefocuste videofeedback in het gehele traject leren de zorgverlener(s) werkzame communicatieve vaardigheden aan, vindt er een stapsgewijze verandering plaats over de toeschrijvingen van de oorzaken van het moeilijk te begrijpen gedrag en komt er inzicht in welk appel de cliënt met dit gedrag op de zorgverlener(s) doet. De bewustwording van wat werkt, het eigen aandeel daarin en de vergroting van het gevoel van self-efficacy geschiedt voornamelijk tijdens de feedbacksessies door de selectie van de beelden en de positieve bekrachtiging van de VIO-begeleider daarop. Het gewenste gedrag wordt uitgebreid (performance) door middel van de oefenopdrachten. Dit ervaringsleren in de praktijk versterkt en bekrachtigt het gevoel van persoonlijke effectiviteit nog verder waardoor het gevoel van grip op de (probleem)situatie steeds groter wordt. In die fase van het traject ontstaat er ook pas ruimte om te kijken naar het waarom van het gedrag van de cliënt en oog te krijgen voor wat de gedragingen betekenen en welke respons daarop van de zorgverlener(s) gewenst is.

Afsluitende fase

Als de zorgverlener het gedrag niet langer als een probleem ervaart, begrijpt waar het gedrag vandaan komt, welk appel dit op hem doet en er in de praktijk mee om weet te gaan, wordt de interventie afgesloten. De aandachtspunten die uit de interventie naar voren zijn gekomen worden op papier gezet, eventueel met videobeelden ondersteund. In een afsluitende bijeenkomst wordt dit getoond en besproken met de mantelzorger of het zorgteam en de verwijzer. Er wordt een follow-up afspraak gemaakt voor twee maanden na afsluiting van de interventie. Het doel van de follow-up is om te controleren of de gedragsverandering van de zorgverlener(s) blijvend is en/of het gedrag van de cliënt als veranderd of verslechterd ervaren wordt. De verwijzer kan tussentijds vragen om een eerdere follow-up indien hij constateert dat de probleemsituatie zich weer voor doet. Indien nodig vindt er dan een eenmalige sessie video-opname en videofeedback plaats. Indien er sprake is van een nieuwe probleemsituatie wordt er een nieuw traject ingezet.

2. Uitvoering

2.1 Materialen

We maken onderscheid in benodigde en beschikbare materialen voor:

- Uitvoering van de methodiek *VIO*;
- Disseminatie;
- Opleiding van *VIO*-begeleiders.

Uitvoering van methodiek

- **Contactelementenschema**
Dit schema toont de elementen waaruit communicatie is opgebouwd en levert de instrumenten waarmee de communicatie van beide interactiepartners geanalyseerd kan worden: Contactritueel en Basis Interactie Principes. Dit instrumentarium heeft vorm gekregen bij de ontwikkeling van het Theoretische pijlermodel VIB (Schepers, 1991).
- **Codeschema Geslaagde Communicatie**
Dit schema is ontwikkeld in een pilot-effectstudie (Verhoeven, 2006) met als doel een kwantitatieve toename van Basis Interactie Principes te meten voor en na een traject *VIO*. Nu wordt het schema gebruikt om de mate van geslaagde communicatie qua vorm te analyseren in videobeelden. *VIO*-begeleiders in opleiding gebruiken dit schema vooral. Vanuit het codeschema is een verkorte versie ontwikkeld: de 7-puntsschaal (Gerritsen, 2010) die gebruikt wordt in de Screeningsfase.
- **Schema Relationele Afstemming**
Goede zorg vertaalt zich in afstemming in de zorgrelatie. In het kader van de verrijking van de methode VIB met het gedachtengoed van de Presentiebenadering is een schaal ontwikkeld waarmee de mate van afstemming door de zorgverlener en de mate van ervaren afstemming door de cliënt in kaart gebracht kan worden. (Timmermann & de Groot, 2010). Ook dit is een 7-puntsschaal die gebruikt wordt in de Screeningsfase van een casus.
- **Stappenplan**
Het Stappenplan is ontwikkeld om een schematische weergave te geven van de opzet en het verloop van *VIO*-traject. Op het voorblad worden alle analyses weergegeven, de hypothesestelling en het plan van aanpak. De vervolgborden geven de uitwerking aan.
- ***VIO*-monitor**
In het kader van een afstudeerscriptie (Mink, 2009) is in samenwerking met het UKON een *VIO*-monitor ontwikkeld (Gerritsen, 2010). Deze monitor wordt gebruikt bij de evaluatie van een casus. Het betreft hier een voor- en nameting van de te verwezenlijken doelen. De monitor is te gebruiken in vervolgonderzoek naar de effecten van *VIO*.

Disseminatie

Folders

- Video Interventie Ouderenzorg voor Mantelzorger (2015)
- Video Interventie Ouderenzorg (voor professionals) (2010)
- Opleidingsgids voor *VIO*-professionals (2014)
- Website: www.VIO-deweever.nl
- Nieuwsbrief *VIO*, aantal malen per jaar

dvd's

- **dvd 'ANDERS KIJKEN.....ANDERS DOEN, *VIO* voor mantelzorgers'**
Pieter Wolswijk (2015 - 20 minuten), inclusief boekje
- **dvd 'GOED BEKEKEN' 3**
Pieter Wolswijk - 2011 - 45 minuten
Omgaan met ouderen met een psychiatrische aandoening is niet eenvoudig. Een hulpmiddel om de communicatie met die ouderen te verbeteren en de zorgverleners te leren omgaan met problematisch gedrag is Video Interactie Begeleiding. Aan de hand van een aantal casussen leert men wat begeleiding met deze methode kan betekenen bij de diverse psychiatrische ziektebeelden binnen de ouderenzorg.

- **dvd 'GOED BEKEKEN' 2**
Pieter Wolswijk - 2005 - 75 minuten
Deze dvd brengt de toepassing van de methode VIB in de ouderenzorg in beeld. Aan de hand van een aantal casussen leert men wat begeleiding van deze methode kan betekenen bij dementerenden, jong dementerenden, CVA-cliënten en gerontopsychiatrische cliënten.
- **dvd 'GOED BEKEKEN' 1**
Pieter Wolswijk - 1996 - 27 minuten
Een verhelderende film die de methode toont aan de hand van praktijksituaties uit de psychogeriatric.

Boeken

- **Handleiding Video Interactie Begeleiding in de Ouderenzorg**
redactie Andrea de Groot, Marieke Soontiens, Marielle Renkens, Anita de Beer, Tessa Meijerink - Tilburg 2005 (niet meer in herdruk, opgenomen in lesmap)
- **Module 'Video Interactie Begeleiding in de ouderenpsychiatrie'**
redactie Andrea de Groot - Tilburg 2009
In deze module wordt de toepassing van de methode binnen de ouderenpsychiatrie beschreven.
- **Module 'Video Interventie in de ouderenzorg bij het syndroom van Korsakov'**
redactie Andrea de Groot - Tilburg 2012
Deze module gaat over de toepassing van VIO bij Korsakov. Wat zijn de accentverschillen en wat zijn de gevolgen in de praktijk.

Opleidingen VIO

Lesmateriaal:

- **Bovengenoemde dvd's en boeken**
- **Lesmap Opleiding VIO-begeleider**
Redactie Andrea de Groot, 2015
- **Lesmap opleiding Cursusleider Basis Interactie Trainingen**
Redactie Andrea de Groot, 2015

2.2 Locatie en type organisatie

A: De interventie wordt uitgevoerd bij de cliënt en mantelzorger in de thuissituatie.

B: De interventie wordt uitgevoerd in zorg- en behandelcentra voor ouderen.

Expertisecentrum VIO | De Wever

Het Expertisecentrum is *het* centrale aanspreekpunt voor de ontwikkeling, promotie en toepassing van VIO in Nederland. Het biedt diensten aan zorg- en behandelcentra voor ouderen en de VIO-begeleiders die daar werkzaam zijn. Het is de ambitie van het Expertisecentrum om de toepassing van VIO te ondersteunen en te stimuleren, en daarbij een bijdrage te leveren aan:

- het voorkómen / verminderen van probleemgedrag bij kwetsbare groepen ouderen;
- het ondersteunen van zorgverleners in de omgang met dit probleemgedrag;
- de professionele ontwikkeling van zorgprofessionals;
- een kwaliteitsverhoging van de zorg en daarmee het welzijn / welbevinden van cliënten en hun zorgverleners.

De belangrijkste activiteiten van het Expertisecentrum zijn:

- (door)ontwikkeling van de VIO-methode en kwaliteitsbewaking van de methode;
- opleiden van VIO-begeleiders;
- kwaliteitsbewaking van de opleidingen en de opleiders;
- ondersteunen van organisaties bij de implementatie van VIO;
- bieden van super- en intervisie aan VIO-begeleiders;
- kwaliteitsbewaking van opgeleide VIO-begeleiders;
- disseminatie van VIO;
- ontwikkelen / faciliteren van een actief netwerk waarin betrokkenen kennis kunnen uitwisselen;
- initiëren en/of het participeren in wetenschappelijk onderzoek en effectmeting rond VIO.

2.3 Opleiding en competenties van de uitvoerders

Uitvoerders zijn VIO-begeleiders, opgeleid en gecertificeerd door het Expertisecentrum VIO | De Wever.

De opleidingsduur is twee jaar, bestaande uit twintig trainingsbijeenkomsten afgewisseld met vier theorieblokken. Tijdens de opleiding worden er onder supervisie tien tot twaalf casussen uitgevoerd.

De Wever heeft sinds 1995 ervaring met het opleiden van VIO-begeleiders.

De VIO-begeleider heeft de volgende competenties:

- een HBO(+)-denk- en/of -werk niveau en is werkzaam in de ouderenzorg;
- heeft minimaal één jaar werkervaring als begeleider van zorgverleners in de ouderenzorg;
- is in staat en in de positie om inhoudelijk zorgverleners te begeleiden;
- is deskundig op het gebied van gedrag en gedragsproblemen;
- is in staat om probleemsituaties ontstaan door gedrags- en/of stemmingsstoornissen te analyseren;
- heeft kennis van de meest voorkomende ziektebeelden in zorg- en behandelcentra voor ouderen zoals psychogeriatrische beelden, gerontopsychiatrische beelden en NAH.

2.4 Kwaliteitsbewaking

- De kwaliteitsbewaking van de *methode* ligt bij het Expertisecentrum VIO | De Wever dat deel uitmaakt van het team Kwaliteit en Innovatie van ouderenzorgorganisatie De Wever. Daardoor ligt VIO ingebed in een grote organisatie met zorg- en behandelcentra voor ouderen. Er is een voortdurende directe uitwisseling met de praktijk en met de maatschappelijke veranderingen die doorvloeien naar de organisatie. Innovatie draagt zo bij aan bewaking van de kwaliteit bij voortdurende veranderingen.
- De kwaliteit van de *casussen* zelf wordt weergegeven in de VIO-monitor, een ontwikkeld meetinstrument voor één enkele casus. Het instrument bestaat uit een voor- en nameting van de te verwezenlijken doelen en geeft daarmee aan in hoeverre de doelen bereikt zijn. Het is daarmee een evaluatie-instrument voor de VIO-begeleider, wat momenteel structureel ingezet wordt.
Daarnaast kan een instelling jaarlijks alle (geanonimiseerde) VIO-monitoren gebruiken om aan te tonen hoe er omgegaan wordt met probleemgedrag en hoe vaak VIO succesvol ingezet is. Op dit moment worden er zoveel mogelijk VIO-monitoren verzameld voor (vervolg)onderzoek.
- De kwaliteit van de *opleiding* tot VIO-begeleider ligt vast in de gestandaardiseerde opleiding met de te behalen leerdoelen en de wijze van implementatie van de interventie in de instelling van betrokken cursisten.
- De kwaliteit van de *opleiders* wordt bewaakt door de manager van het Expertisecentrum VIO | De wever:
 - eigen opleiders, opgeleid door het Expertisecentrum;
 - drie keer per jaar begeleidde intervisiebijeenkomsten met alle opleiders;
 - jaarlijkse verdiepingsbijeenkomsten rondom een thema;
 - bijwonen van certificering van cursisten door manager.
- De kwaliteit van de opgeleide *VIO-begeleiders* wordt bewaakt door:
 - begeleidde intervisiebijeenkomsten: in drie jaar tijd zijn drie bijeenkomsten verplicht voor hercertificering. Tijdens deze bijeenkomsten dienen drie casussen ingebracht te worden;
 - jaarlijkse themabijeenkomsten van het Expertisecentrum VIO | De Wever. Verplichte deelname voor hercertificering: één keer in de drie jaar.

2.5 Randvoorwaarden

A: Mantelzorger

- De mantelzorger moet voldoende tijd hebben om de feedbacksessies te volgen;
- De visus en het gehoor moeten voldoende zijn.

B: Professionele zorgverlener

- Er moet een ruimte aanwezig zijn waar met meerdere teamleden naar videobeelden gekeken kan worden;
- De planner/manager moet tijd vrijmaken voor (meerdere) zorgverleners om de feedbacksessies bij te kunnen wonen;
- De teamleden die op de video-opnames staan moeten aanwezig kunnen zijn bij de feedbacksessies;
- De teamleden die bij het traject betrokken zijn moeten tijdens het traject regelmatig (minimaal zes dagdelen) werkzaam zijn in de praktijk zodat opdrachten geoefend kunnen worden;
- De hulpvraag moet gedragen worden door het team en niet van boven af opgelegd zijn.

Beheer van persoonlijke gegevens

De vastgelegde videobeelden zijn persoonsgegevens conform de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Hierop zijn de Privacyreglementen van De Wever met betrekking tot persoonsgegevens van cliënten en medewerkers van toepassing. Voor VIO is een aparte procedure opgesteld: 'Cameragebruik ten behoeve van VIO'. Deze procedure beschrijft hoe in een VIO-traject omgegaan moet worden met de videobeelden, wie er naar mogen kijken, waar ze bewaard worden en hoe lang ze bewaard mogen worden. De VIO-begeleider is verantwoordelijk voor het zorgvuldig beheren van de vastgelegde beelden, de toestemmingsverklaringen en overdrachtsformulieren.

2.6 Implementatie

Bij het opleiden van nieuwe VIO-begeleiders wordt er zorg gedragen voor de implementatie van de interventie binnen de instelling waar cursisten werken.

- Voorafgaand aan de opleiding vindt er een acquisitiesgesprek plaats tussen de manager van het Expertisecentrum en de opdrachtgever, meestal het hoofd behandeling of vertegenwoordiging van een projectgroep Probleemgedrag. In dit gesprek wordt gekeken naar de uitvoering van de Richtlijn Probleemgedrag van Verenso (2008) binnen de instelling waar de cursist werkt en hoe VIO daarin een plaats gaat krijgen. Tevens wordt er gekeken naar de zorgvisie van de betreffende instelling. Er wordt besproken wat nog voorafgaand aan de start van de opleiding gedaan moet worden, zoals aanschaf apparatuur, beschikbaar stellen van uren voor de cursist, opstellen van protocol cameragebruik binnen de instelling.
- Bij de start van de opleiding vindt er samen met de cursisten en opleider een introductiebijeenkomst plaats voor vertegenwoordigers van de betreffende instelling die betrokken zijn bij de uitvoering van de interventie: signaleerders en verwijzers (specialisten Ouderengeneeskunde, psychologen, behandelaren), faciliteerders van tijd (teammanagers), mensen die de interventie gaan volgen (zorgverleners), en een vertegenwoordiger van de Cliëntenraad. Deze personen vormen een klankbordgroep met als doel draagvlak te creëren, problemen en belemmeringen rondom de invoering te signaleren en voor te leggen aan de projectgroep en/of cursisten.
- Halverwege de opleiding vindt er een tussenevaluatie plaats met de klankbordgroep, de cursisten en de opleider. Hierin wordt de implementatie van de interventie tot dan toe geëvalueerd. Tevens geven de cursisten een presentatie van de tot dan toe behaalde resultaten.
- Aan het eind van de opleiding geven de cursisten een eindpresentatie en volgt een eindevaluatie van de implementatie van de interventie met de klankbordgroep. Geëvalueerd wordt de plaats en de inzet van de interventie in de Richtlijn Probleemgedrag van Verenso (2008), de belemmerende factoren hierbij en plan van aanpak in deze.
- Na twee maanden vindt er een gesprek plaats tussen de manager van het Expertisecentrum en de opdrachtgever van de instelling. In dit gesprek worden de opleiding en de implementatie geëvalueerd. Adviezen ter verbetering van de opleiding worden door de manager verwerkt en aan de opleiders doorgegeven.

2.7 Kosten

Kosten Opleiding VIO

Opleidingskosten één VIO-begeleider	€ 5.000
De opleiding bestaat uit de volgende onderdelen: <ul style="list-style-type: none"> Theoriedag in de instelling, 2 dagdelen van 4 uur. Tijdens deze dag zal er een Introductiebijeenkomst van 1,5 uur gehouden worden voor andere medewerkers van de instelling. 3 dagdelen theorie van 4 uur; 20 trainingssessies van 1 uur; Afsluiting met eindpresentatie van de cursist, 1,5 uur. Lesmateriaal is inbegrepen bij de opleidingskosten.	
Extra cursist Voor iedere cursist extra van dezelfde instelling, die tegelijkertijd opgeleid wordt, worden alleen trainingskosten, lesmateriaal en afsluiting in rekening gebracht.	Prijsindicatie: € 2.700
Materiële kosten Voor het uitvoeren van de interventie zijn de volgende materialen benodigd: Laptop, camera en toebehoren.	Geschatte kosten € 1.500

Schema 6: Kosten opleiding begeleider *Video Interventie Ouderenzorg*

Voor extra diensten van het Expertisecentrum tijdens de opleiding wordt het dan geldende uurtarief berekend.

Jaarlijkse bijeenkomsten en intervisie

Jaarlijkse bijeenkomsten € 50.

Groepsintervisie € 50 per persoon per keer.

Kosten Inzet Interventie

Intakefase	VIO-begeleider	Mantel-zorger	Gefilmde zorg-verlener	Team X zorg-verleners	Vervanging op afdeling verletkosten
1. samen met aanvrager beoordelen of casus geschikt is voor VIO	10 min				
2. eerste contact met betrokkenen voor maken van afspraken	15 min	15 min.	15		
3. voorbereiding intakegesprek	10 min.				
4. intakegesprek	1 uur	1 uur	1 uur		
Screeningsfase					
5. maken van 1 ^e opname door VIO-begeleider van contactmoment tussen zorgverlener en cliënt	20 min.	20 min.	20 min		
6. analyseren beelden en maken van VIO-plan door VIO-begeleider	30 min.				
Uitvoeringsfase					
7. 3 x maken van opnamen door VIO-begeleider van contactmoment tussen zorgverlener en cliënt	45 min.	45 min	45 min		
8. 3 x analyseren van de beelden door de VIO-begeleider	3x 0,5 uur				
9. 3 x feedback bespreking door VIO-begeleider met X aantal zorgverlener(s)	3 uur	3 uur		3 uur maal X	3 uur maal X
Afsluiting					
10. opstellen van omgangsadviezen	20 min.				
11. presentatie van omgangsadviezen aan zorgverlener(s)	1 uur	1 uur		1 uur maal X	1 uur maal X
Totale tijd investering VIO-traject	9 uur	6 uur 20	2 uur 20	4 uur	X maal 4 uur
Uurtarief afhankelijk van instelling					
Personele kosten aantal afdelingsmedewerkers					

Schema 7: Kosten inzet *Video Interventie Ouderenzorg*

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans. *Video Interventie Ouderenzorg* is erkend als 'goed onderbouwd' door de deelcommissie Ouderenzorg d.d. 15/07/2016 onder begeleiding van Vilans.

Vergoedingen voor mantelzorgers

Er zijn een aantal mogelijkheden om de kosten van een VIO-traject vergoed te krijgen. Door de verschuiving van vergoedingen in de zorg in 2015 wisselen deze echter nog voortdurend, zowel bij gemeentes, overheid als bij zorgverzekeraars.

- **Eigen kosten**
De kosten van een VIO-traject kunnen betaald worden uit eigen middelen, vanuit een Persoons Gebonden Budget of vergoed worden door de eigen zorgverzekeraar.
- **Verzekeringswet**
 - H329-regeling: behandeling speciaal (verlenging tot eind 2016);
 - Inzet door gedragswetenschapper;
 - VIO-begeleider onder supervisie van en ingezet door psycholoog;
 - WLZ-indicatie nodig (vaak zijn de cliënten dan dagbehandelingbezoekers of in beeld bij dementieconsulent of casemanager).
- **WMO**
De zorginstelling is hierbij de aanbieder van een kortlopend begeleidingstraject. De gemeente bepaalt in deze bij welke instelling de diensten afgenomen kunnen worden.

3. Onderbouwing

3.1 Probleem

VIO is ontwikkeld om de ervaren belasting bij professionele zorgverleners en mantelzorgers in de omgang met mensen met gedrags- en/of stemmingsstoornissen als gevolg van cognitieve achteruitgang door bijvoorbeeld dementie te verminderen en daarmee de kwaliteit van de zorgrelatie te verbeteren. *VIO* draagt bij aan de vermindering van de belasting door het hanteerbaar maken van deze gedrags- en/of stemmingsstoornissen voor zowel professionele zorgverleners als mantelzorgers.

Dementie is een verzamelnaam voor een groep degeneratieve ziekten die gepaard gaan met cognitieve achteruitgang en toenemende zorgbehoefte. De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie, gevolgd door vasculaire dementie (van Meijel, 2007). Van de mensen met dementie heeft 70% de ziekte van Alzheimer en 16% vasculaire dementie. Het aantal mensen met dementie in Nederland bedraagt in 2015 ongeveer 260.000. Dit aantal groeit tot 500.000 in 2040. Van alle Nederlanders, ouder dan 65 heeft 10% dementie, boven de 80 is dat 20% en boven de 90 zelfs 40%. In 2015 woont 70% van de mensen met dementie thuis. Gezien de huidige ontwikkelingen als transitie door invoering van de WMO, het groeiend aantal mensen met dementie en inkrimping van de intramurale capaciteit, zal in 2020 ongeveer 80% thuis wonen (Alzheimer Nederland, 2015).

Dit heeft voor de intramurale setting tot gevolg, dat er een toename is van cliënten met een hoge complexiteit aan zorgvragen, vaak gepaard gaande met veel gedrags- en/of stemmingsstoornissen.

Gedragsproblemen, vaak samengevat onder de term neuro-psychiatrische symptomen (NPS) komen voor bij 60 tot 98% van de personen met dementie (Sink & Yaffe, 2005). De symptomen van probleemgedrag worden onderverdeeld in een aantal groepen: agitatie, agressie, negativisme, omkering van het dag- en nachtritme, claimend gedrag, prikkelbaarheid, ontremming, zwerfgedrag, verzamelwoede, decorumverlies, apathie en overmatig oninvoelbaar huilen of lachen (Verenso 2008).

Wanneer verbale vermogens bij cliënten achteruitgaan, zoals bij dementie, bestaat er een grote kans dat de behoeften van een cliënt niet herkend worden, wat kan leiden tot gedragsproblemen (Vernooij-Dassen, Spijkers, Olderikkert & Koopmans, 2010).

Vanaf de jaren 70 heeft een verschuiving plaatsgevonden van een medisch/verpleegkundige benadering van dementie naar een **belevingsgerichte/psychosociale benadering**. Dit geeft een verschuiving van het behandelen van gedragsstoornissen bij personen met dementie, naar een benadering, waarbij steeds meer de omstandigheden waarin gedragsproblemen optreden in ogenschouw worden genomen bij het zoeken naar oplossingen. Daarmee wordt interactie met omgevingsfactoren een steeds belangrijkere focus. In dit proces is de interactie met degene die zorg verleent steeds meer centraal komen te staan en wordt minder gesproken over het oplossen van probleemgedrag, maar over hanteerbaar maken van als probleem ervaren gedrag. Een geslaagde communicatie tussen zorgverleners en cliënt vormt daarbij de basis voor goed (afgestemde) zorg.

Hierna (bij A en B) wordt ingegaan op de specifieke problemen van de mantelzorgers en professionele zorgverleners, de oorzaken en de gevolgen daarvan.

3.2 Oorzaken

A. Mantelzorgers

Mantelzorgers willen de naaste met dementie zo lang mogelijk thuis, in de vertrouwde omgeving, kunnen verzorgen. De belasting voor de mantelzorgers om dat te kunnen volbrengen is hoog. Van de mantelzorgers is 18% zeer zwaar belast en 17% is overbelast. Nog eens 64% is matig belast en loopt een risico op overbelasting (Zwaanswijk et al., 2009; Alzheimer Nederland, 2013). Overbelasting van de mantelzorgers is vaak een reden voor opname van de naaste in een verpleeghuis, naast redenen als onvoldoende professionele ondersteuning en gedragsproblemen van de naaste met dementie (Afram et al., 2014). Gedragsproblemen worden door de omgeving problematischer gevonden dan de cognitieve achteruitgang (Sink & Yaffe, 2005).

Uit eerder onderzoek is ook gebleken, dat mantelzorgers van mensen met dementie vier keer zoveel kans hebben op een depressie, dan mantelzorgers van mensen waarbij geen sprake is van een chronische of ernstige ziekte (Coope et al., 1995).

- Belangrijke oorzaak voor de ervaren last van de mantelzorger is gelegen in de gedrags- en/of stemmingsstoornissen, als gevolg van cognitieve achteruitgang van de persoon voor wie ze zorgen. Deze gedragsveranderingen hebben veel impact op de, vaak al jaren bestaande, relatie (de Vugt et al., 2006).
- Mantelzorgers van mensen met dementie zijn vaak kwetsbaar, waardoor ondersteuning noodzakelijk is.
- Mantelzorgers hebben vaak te weinig professionele ondersteuning in het zich steeds moeten aanpassen aan de veranderende situatie als gevolg van het proces van dementeren.
- Mantelzorgers ontvangen vaak te weinig informatie over het ziektebeeld en de gevolgen daarvan voor de dagelijkse thuissituatie (Nivel, 2013). Er is een gebrek aan kennis van bijvoorbeeld dementie en vooral wat de gevolgen daarvan zijn voor gedrag.
- De steeds veranderende situatie vraagt van de mantelzorger een aangepaste manier van communiceren. Al jaren bestaande communicatiepatronen worden moeilijk doorbroken.
- De natuurlijke capaciteit van de mantelzorger om een goede communicatie tot stand te brengen wordt door de vaak complexe zorgrelatie ondergesneeuwd door gevoelens van machteloosheid, boosheid, ongeduld en onzekerheid. Dit leidt vaak tot een verkeerde inschatting van de situatie en een minder geslaagde communicatie.
- Gebrek aan kennis en inzicht over werkzame elementen in de communicatie tussen mantelzorger en cliënt leiden eveneens tot een minder geslaagde communicatie.
- Mantelzorgers zijn zich onvoldoende bewust van hun eigen bijdrage aan het probleemgedrag in positieve en negatieve zin.
- Het vertalen van theoretische informatie over de gevolgen van dementie naar de eigen thuissituatie en het omzetten naar het eigen handelen is voor veel mantelzorgers een moeilijke opgave.
- Betrokkenen bij de zorg voor mensen met gedrags- en/of stemmingsstoornissen worden als reactie op dit gedrag in beslag genomen door hun eigen gevoelens van onmacht etc.
- Gevoelens van onmacht verhogen de kans op een toename van stress, waardoor het risico van overbelasting sterk vergroot.
- Een hoog gevoel van stress bij mantelzorgers hangt samen met een laag gevoel van competentie voor de zorgtaak. Mantelzorgers voelen zich hierdoor vaak niet in staat om de zorg op zich te nemen of vol te houden.

B. Professionele zorgverlener

Zorg- en behandelcentra voor ouderen richten zich op zeer specifieke en complexe zorg voor kwetsbare ouderen. Ook voor zorgcentra geldt dat de zorg zwaarder en complexer wordt. Er is een richtlijn opgesteld voor een **multidisciplinaire aanpak** van gedrags- en/of stemmingsstoornissen als gevolg van cognitieve achteruitgang met medicamenteuze en psychosociale interventies door de beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso, 2008).

Vanwege het beperkte positieve effect van medicamenteuze behandeling van neuro-psychiatrische symptomen bij ouderen met gedrags- en/of stemmingsstoornissen als gevolg van cognitieve achteruitgang hebben **psychosociale interventies** de voorkeur. Daarbij verhoogt medicamenteuze behandeling met antipsychotica, SSRI's en benzodiazepines sterk het risico op overlijden van de patiënt (Huybrechts, Brookhart, Rothman, Silliman, & Schneeweis, 2011). Het inzetten van psychosociale interventies leidt zelfs tot een significante afname van het antipsychoticagebruik van 50 tot 23 % (Fossy, Ballard, Juzczak, James, Alder, & Howard, 2006). De voorkeur gaat daarom uit naar psychosociale interventies. Die zijn echter tijdrovender en vragen specifieke kennis en vaardigheden van de professional.

Meer dan de helft van de emotionele belasting bij professionele zorgverleners van mensen met dementie wordt verklaard door neuro-psychiatrische symptomen bij de cliënt met dementie (Kat, 2009). Uit medewerkerstevredenheidsonderzoeken komt steeds naar voren, dat de werksatisfactie hierdoor afneemt. In het TNO-rapport *Agressie afgerekend* (2010) worden uiteenlopende studies samengevat naar de effecten van agressie en geweld op zorgverleners.

Confrontatie met cliëntagressie gaat gepaard met meer lichamelijke klachten van zorgverleners, de kans op psychische problemen neemt toe, de werkmotivatie neemt af en de productiviteit vermindert (Geelen, 2015).

- Een belangrijke oorzaak, waarom *VIO* ingezet wordt bij professionele zorgverleners, is het ontbreken van voldoende kennis van complexe gedrags- en/of stemmingsstoornissen bij ziektebeelden zoals bij dementie in de verschillende fasen van het ziekteproces.
- Onvoldoende kennis en scholing zorgen ervoor dat professionele zorgverleners bepaalde gedragingen van de ouderen verschillend kunnen interpreteren en er verschillend op reageren (Pasmaan, 2004).
- Professionele zorgverleners zijn zich onvoldoende bewust van hun eigen bijdrage aan het probleemgedrag, in positieve en negatieve zin.
- Door het ontstaan van kleinschalige woonvormen werken professionele zorgverleners steeds vaker alleen waardoor kijken naar elkaars handelen en daarvan leren afgenomen is. Men krijgt te weinig feedback op het handelen. Multidisciplinaire samenwerking in de vorm van gezamenlijke bijeenkomsten gebeurt wisselend waardoor methodisch werken en methodische aanpak van de omgang met gedrags- en/of stemmingsstoornissen onder druk komt te staan.
- Een meest voorkomende leervorm bij professionele zorgverleners is ervaringsleren, waarbij de voorkeur uitgaat naar experimenteren, simulaties en praktijkopdrachten. Begeleiding bij dit leerproces ontbreekt vaak (Kolb, 1983).
- Er is een tendens naar steeds meer zelfstandig werkende teams van zorgprofessionals. Dit kan alleen voldoende vorm krijgen als er aandacht is voor (team)coaching. Als dat ontbreekt, schiet de ondersteuning bij complexe problematiek tekort. Professionele zorgverleners zijn onderdeel van de vaak complexe zorgsituatie en kunnen daardoor moeilijker afstand nemen en naar zichzelf kijken.
- Het is in de praktijk voor professionele zorgverleners moeilijk om een goed antwoord te vinden op gedrags- en/of stemmingsstoornissen. Dit kan leiden tot gevoelens van onmacht. Deze onmacht kan uiteindelijk leiden tot stress, overbelasting en burn-out.

3.3 Aan te pakken factoren

A. Factoren die *VIO* aanpakt bij mantelzorgers (de nummering van de (sub)doelen is aangepast)

- I. Ervaring van hoge draaglast in het omgaan met de veranderingen in het gedrag en de daaruit voortvloeiende gedrags- en/of stemmingsstoornissen, van de persoon voor wie ze zorgen (factor a, k, l; subdoel 3 a, 3d).
- II. Ervaring van onvoldoende professionele ondersteuning van kwetsbare mantelzorgers in het (leren) omgaan met de (steeds veranderende) gedrags- en/of stemmingsstoornissen (factor b, c; subdoel 1a en b, 3b).
- III. Onvoldoende informatie bij de mantelzorger over het ziektebeeld, de gevolgen daarvan voor het gedrag en de relatie met de gedrags- en/of stemmingsstoornissen van de persoon voor wie ze zorgen (factor e; subdoel 2 a, b en d).
- IV. Het moeilijk kunnen doorbreken van vaak jaren bestaande vaste communicatiepatronen en het geringe zicht op welke manier van communiceren werkzamer zou kunnen zijn (factor e, f, g; subdoel 1a en b).
- V. Het niet of onvoldoende bewust zijn van de mantelzorger van de eigen bijdrage aan het probleemgedrag, de invloed die hij/zij kan hebben middels een geslaagdere communicatie en het effect dat dit heeft op de zorgrelatie (factor f, g, h; subdoel 1 en 2).
- VI. De moeilijk te vertalen theoretische informatie over de gevolgen van dementie naar de eigen thuissituatie en naar het eigen handelen (factor i; subdoel 2a en b).
- VII. Het in beslag genomen worden van mantelzorgers door gevoelens van onmacht, boosheid, ongeduld en onzekerheid, wat een geslaagde zorgrelatie in de weg staat (factor f, j; subdoel 3a, b en d).
- VIII. De toename van stress en overbelasting door machteloosheid om met de situatie om te gaan (factor k, l; subdoel 3a, b en d).
- IX. Een laag gevoel van competentie waardoor de zorgtaak moeilijk is vol te houden (factor l; subdoel 3 a).

B. Factoren die VIO aanpakt bij professionele zorgverleners (de nummering van de (sub)doelen is aangepast)

- I. Onvoldoende kennis van complexe gedrags- en/of stemmingsstoornissen bij ziektebeelden zoals bij dementie in de verschillende fasen van het ziekteproces (factor a; subdoel 2a, b, c).
- II. Het verschillend interpreteren van gedragingen door professionele zorgverleners wat een methodische aanpak en uitvoering van richtlijnen in de weg staat (factor b, d; subdoel 2a en b).
- III. Het niet of onvoldoende bewust zijn van de zorgverlener van de eigen bijdrage aan het probleemgedrag, de invloed die hij/zij kan hebben middels een geslaagdere communicatie en het effect dat dit heeft op de zorgrelatie (factor c, f; subdoel 1a).
- IV. Ontbreken van gerichte begeleiding in het ervaringsleren om met de gedrags- en/of stemmingsstoornissen om te gaan (factor d, e, f; subdoel 1a en b).
- V. Het gevoel van incompetent/handelingsverlegen zijn en de daaruit mogelijk oplopende stress en overbelasting van zorgverleners (factor g; subdoel 3 a, b en c).

3.4 Verantwoording

VIO vindt zijn fundering in het Theoretische Pijlermodel waarin een aantal pijlers de domeinen aangeven van waaruit de werking van de methode te verklaren is. Per domein worden de voor VIO belangrijkste theorieën uitgewerkt en de uitgangspunten voor VIO die daaruit voortvloeien. De werkzame elementen daarvan voor VIO worden benoemd en evenals de eventueel ontwikkelde instrumenten uit het betreffende domein. Tevens wordt waar dit van toepassing is de link gelegd met de eerder genoemde factoren die daarmee door VIO aangepakt worden (A. Mantelzorger factor I- IX; B. Professionele zorgverlener factor I-V).

Theoretische basis

VIO is gebaseerd op theoretische uitgangspunten van de methode Video Home Training (VHT). Een aanzet tot wetenschappelijke fundering van deze methode toonde effecten op verschillende niveaus en domeinen (Wels & Oortwijn, 1992). Deze domeinen zijn terug te vinden in het Theoretische Pijlermodel van Video Home Training (Schepers, 1991). Begin jaren 90 is dit model door Behandelcentrum de Hazelaar, De Wever te Tilburg vertaald naar de ouderenzorg en ontstond de 'Hazelaarmethode' Video Interactie Begeleiding in de Ouderenzorg. In 2010 vond er een verdieping en verdere onderbouwing van de methodiek plaats wat ook voor een naamsverandering zorgde: VIB Ouderenzorg heet vanaf dat moment *Video Interventie Ouderenzorg*.

De uiteenlopende principes en verscheidenheid aan theorieën waarop VIO is gebaseerd zijn te vinden bij diverse theoretici en onderzoekers op het terrein van ethologie, communicatie en ontwikkelingspsychologie, op het domein van de zorg- en hulpverlening en van cognitieve en leertheorieën over gedrag en gedragsverandering. Verder zijn er ook elementen aan te wijzen die gekoppeld zijn aan het gehanteerde medium (video-opnames en videofeedback). De specifieke werking van VIO is de *combinatie* van deze zeer uiteenlopende werkzame principes, de onderlinge samenhang en versterking van de losse elementen. Juist de combinatie zorgt voor het daadwerkelijk bereiken van de gestelde doelen zoals geformuleerd voor VIO.

Onderzoek

Naar de afzonderlijke theorieën en uitgangspunten heeft wel onderzoek plaatsgevonden, maar naar de gecombineerde effecten van alle elementen is nog geen uitvoerig onderzoek gedaan. Een aanzet tot het onderzoeken van de effecten van VIO is het pilotonderzoek naar de opbrengsten van videofeedback bij mantelzorgers (van Vliet, Koopmans, Walravens & Gerritsen, subm.). Op de meeste van de negen door hen onderzochte casussen verbeterden scores op vragenlijsten voor gevoel van competentie van de mantelzorger en gedrag van mensen met dementie.

Caris-Verhallen, Kerkstra, Grypdonck & Bensing (2002) onderzochten de effecten van Video Interactie Begeleiding op de kwaliteit van de communicatie tussen wijkverplegenden en oudere cliënten. In het onderzoek werd een trainingsprogramma geëvalueerd dat gebaseerd is op Video Interactie Begeleiding. Het trainingsprogramma had als doel de communicatieve vaardigheden van de zorgverleners te verbeteren. Aan het onderzoek namen 24 zorgverleners deel en werden in totaal 166 zorgcontacten op video gezet en geëvalueerd. Uit de analyses kwam naar voren dat de kwaliteit van de communicatie van de zorgverleners die het trainingsprogramma hadden gevolgd hoger was dan die van de controlegroep (degenen die geen trainingsprogramma hadden gevolgd).

Echter ook in de controlegroep werden er verschuivingen in die richting waargenomen, waardoor de bevindingen in de experimentele groep niet in zijn geheel aan de interventie kunnen worden toegeschreven.

Pijlermodel VIO

Om inzicht te krijgen in de voor VIO gebruikte theorieën, de werkzame elementen en hun onderlinge samenhang is ervoor gekozen om deze per domein weer te geven in een pijler (zie onderstaande afbeelding). Het pijlermodel bestaat uit vijf theoretische basisdomeinen (de pijlers) die de methode omkaderen. Binnen elke pijler worden de theorieën weergegeven die de basis vormen voor de interventie en waaruit de instrumenten zijn ontwikkeld waarmee gewerkt wordt in de interventie. De pijlers zijn niet los van elkaar te beschouwen, maar vormen een systeem op zich, zij beïnvloeden elkaar. Ook door (maatschappelijke) invloeden van buitenaf kunnen er veranderingen ontstaan in het model zelf. Het huidige Pijlermodel VIO vindt zijn oorsprong in het Pijlermodel Video Home Training (Schepers, 1991).

Theoretisch pijlermodel Video Interactie Ouderenzorg

Trevarthe Tinbergen Morris	Linguïstiek Jakobson	Levensloop psychologie Erikson Baltes&Baltes Verdult	Baart	Waarneming Johari
Eibesfeldt Ekman	Pragmatiek Watzlawick Algemene verbale & non-verbale communicatie Audiovisuele communicatie	Rouw en verlies- verwerking Kübler-Ross Bolwby Copingstilen Lazarus Ziektebeelden bij ouderen	Timmermann	Ontwikkeling Bowlby Erikson Sociale leertheorie Bandura Vygotski Attributie Heider/Kelley (Video)feedback
Ethologie	Communicatie wetenschappen	Psycho- gerontologie	Presentie theorie	Sociale leer psychologie

Schema 8: Theoretisch pijlermodel Video Interactie Ouderenzorg

Om inzichtelijk te maken welke theorieën uit bovenstaand theoretisch model essentieel zijn voor de werking van *VIO* en in welke fase van de interventie deze gebruikt worden, is er het Werkmodel *VIO*. In dit Werkmodel wordt een verband gelegd tussen theorieën, doelen, meetinstrumenten en de aanpak van *Video Interactie Ouderenzorg*.

Werkmodel *Video Interventie Ouderenzorg*

	Communicatie	Relationele afstemming	Leren/ veranderen
Theorieën	Ethologie Systeemtheorie Pragmatiek	Psychogerontologie Ziektebeelden bij ouderen Presentie-theorie	Sociale leertheorieën Attributietheorie Videofeedback
Analyse- en meet-instrumenten	Codeschema basis Interactie principes	Schema relationele afstemming	<i>VIO</i> -monitor
Doelen <i>VIO</i>	Om kunnen gaan met de gedrags- en/of stemmingsstoornissen	Begrijpen van de gedrags- en/of stemmingsstoornissen	Gevoel van competentie in het omgaan met de gedrags- en/of stemmingsstoornissen
<i>VIO</i>-aanpak	Analyse en betekenisgeving van beelden	Analyse en betekenisgeving van gedrag en situatie	Veranderprocessen bewerkstelligen
<i>VIO</i>-casus	Leren omgaan met (doen)	Leren begrijpen (denken)	Vergroten van zelfvertrouwen en grip (voelen)

Schema 9: Theorieën, doelen en meetinstrumenten van *Video Interventie Ouderenzorg*

Communicatie

Ethologie

Fundamentele behoefte aan goed contact

De belangrijkste uitgangspunten van *VIO* zijn als eerste terug te voeren naar ethologisch onderzoek, waarin door gedetailleerde observaties de interactie tussen ouders en kinderen in hun natuurlijke omgeving geanalyseerd en beschreven is (Hinde, 1976; Trevarthen, 1982; Biemans, 1989; Dekker, 1991).

Wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de ontwikkelingspsychologie toont grote verwantschap met de bevindingen van Trevarthen. Centraal hierbij staat het competentiemotief: het plezier dat mensen hebben in een effectieve omgang met de directe omgeving (Riksen-Walraven, 1977). Dit motief komt erop neer dat ieder mens de intrinsieke motivatie heeft om handelingen te verrichten die een positief gevoel opleveren, wat weer motiveert om de handeling opnieuw uit te voeren.

- Bij *VIO* zien we dit terug, ieder mens (hoe 'ziek' ook) heeft de fundamentele behoefte aan een goed contact.

Natuurlijke capaciteiten

Volgens White (1959) is er een fundamenteel aangeboren streven van ieder individu naar een effectieve interactie met de omgeving. Initiatieven tot communicatie kunnen derhalve in dit perspectief beschouwd worden als een fundamentele behoefte van de mens.

- Voor *VIO* betekent dit dat we ervan uitgaan dat ieder mens beschikt over natuurlijke capaciteiten om deze goede communicatie tot stand te brengen. Door problematische situaties kunnen deze capaciteiten ondergesneeuwd raken. *VIO* gaat naar deze capaciteiten op zoek en neemt ze als vertrekpunt.

Contactinitiatieven

Wie communicatie-initiatieven vertoont verwacht een reactie in tweeërlei vorm, een bericht dat de boodschap is ontvangen en een antwoord. Wanneer dit niet gebeurt zullen volgens de leer theoretische principes de initiatieven verminderen of zwakker worden en volgens het competentiemotief leiden tot frustratie en een geringer gevoel van effectiviteit. De initiatieven zullen zich dan waarschijnlijk verplaatsen naar een ander terrein of zich anders laten aanzien dan de prettige en positieve conversatie die aanvankelijk mogelijk zou zijn geweest.

- *VIO* gaat ervan uit dat in ieder contact initiatieven te zien zijn, hoe klein ook. Deze worden door de camera onder een gedragsmicroscop geleegd waardoor de zorgverlener zich bewust kan worden van deze initiatieven bij de cliënt.

Verbale en non-verbale communicatie

In literatuur over dementie wordt communicatie gedefinieerd als een verbaal en non-verbaal proces waarin informatie uitgewisseld wordt (Murphy & Oliver, 2013; Savundranayagam & Orange, 2011) en er een voortdurende wisseling van rol plaatsvindt tussen zender en ontvanger (Savundranayagam & Orange 2011, Haberstroh et al., 2011).

- Juist bij ziektes zoals dementie zien we tijdens het proces de non-verbale communicatie een steeds grotere plaats innemen. De camera vergroot deze communicatie en brengt dit deel van de informatie-uitwisseling onder de aandacht van de zorgverlener(s).

Contactelementenschema

Bovenstaande theorieën hebben in de praktijk een vertaling gekregen in het Contactelementenschema (Schepers, 1991), waarmee de communicatie inzichtelijk gemaakt kan worden. In dit schema worden de basisinteractieprincipes in concrete verbale en non-verbale gedragingen van geslaagde (ja-reeks) en minder geslaagde (nee-reeks) communicatie weergegeven. Dit schema toont de elementen/bouwstenen waaruit communicatie is opgebouwd en levert de instrumenten waarmee de communicatie (en de videobeelden hiervan) van beide interactiepartners geanalyseerd kan worden:

- Contactritueel (de opening van het contact; de handhaving van het contact; de afsluiting van het contact);
- Basis Interactie Principes (het volgen van initiatieven; het bevestigen van de ontvangst; het instemmend benoemen; het verdelen van beurten; het leiding geven aan de communicatie).

Dit instrumentarium heeft vorm gekregen bij de ontwikkeling van het Theoretische pijlmodel VIB (Schepers, 1991).

Codeschema Geslaagde Communicatie

Vanuit het Contactelementenschema is in een later stadium in een pilot-effectstudie het Codeschema Geslaagde Communicatie ontwikkeld (Verhoeven, 2006) met als doel een kwantitatieve toename van Basis Interactie Principes te meten voor en na een traject *VIO*. Nu wordt het schema tevens gebruikt om de mate van geslaagde verbale en non-verbale communicatie qua vorm te analyseren in videobeelden. *VIO*-begeleiders in opleiding gebruiken dit schema vooral.

Vanuit bovenstaand codeschema is een verkorte (7-puntschaal) versie ontwikkeld (Gerritsen, 2010) die gebruikt wordt in de Screeningsfase. Met een voor- en nameting is dit instrument te gebruiken om de communicatieve vaardigheden van de zorgverlener(s) in de probleemsituatie te meten.

Systeemtheorie

Betekenisgeving aan communicatie

De wetenschap analyseert over het algemeen objecten en legt het in onderdelen uiteen. In de vorige eeuw ontstond er een benadering die de elementen meer vanuit een holistische wijze bekeek. De theorie die ontwikkeld werd, de systeemtheorie, is een theorie die het individu in zijn omgeving bestudeert. Vertegenwoordigers van die theorie, zoals Watzlawick, hebben veel onderzoek verricht naar de rol en de betekenis van communicatie binnen sociale systemen. Alleen kijken naar de vorm van de communicatie bleek onvoldoende, juist de betekenisgeving door de betrokkenen bepaalt uiteindelijk hoe de communicatie verloopt. Deze betekenisgeving is sterk afhankelijk van de omgeving en de context waarin de communicatie plaatsvindt.

Deze pragmatische aspecten zijn onderzocht en beschreven (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1970) en kregen hun weerslag in vijf axioma's.

- Bij *VIO* worden deze axioma's gebruikt voor de analyse van de interactie en de context waarin de interactie plaatsvindt. Tevens leveren ze handvaten om de analyse van de inhoud van de communicatie zo objectief mogelijk te laten gebeuren.

Elk gedrag is communicatie

Het Beïnvloedingsdenken van Mattheeuws (1988) werkt de axioma's verder uit; de mens neemt waar vanuit een bepaalde zienswijze. Communicatie is dan een uitwisseling van interpersoonlijke zienswijzen en in die zin kan je niet *niet* een zienswijze of mening in een communicatie inbrengen. Verschillende onderzoekers beargumenteren dat ieder gedrag een vorm van communicatie is (Haberstroh et al. 2011).

- Bij *VIO* zien we dit terug: bij elk gedrag is er sprake van beïnvloeding, zowel positief als negatief, de mate waarin zorgverleners gehoord worden in hun zienswijzen en intenties is bepalend voor de mate waarin zij hun eigen aandeel kunnen zien. *VIO* neemt als vertrekpunt de zienswijzen van de zorgverleners en belooft de inzet die zij hebben, ook al pakt die in de praktijk nog zo slecht uit.

Factoren die *VIO* (gedeeltelijk) aanpakt vanuit Communicatie:

A. III, IV, V en B. I, II, III.

Relationele afstemming

Gerontopsychologie

Om goed af te kunnen stemmen in de zorgrelatie is het allereerst nodig om de problematische zorgrelatie te analyseren. Om dit goed te kunnen doen is kennis van de interactiepartner nodig, de oudere mens. Wie is hij, wat speelt er bij de ouder wordende mens en waar heeft hij mee te maken (verlies, achteruitgang, beperkingen en ziektes). Het maakt bijvoorbeeld een groot verschil of een oudere de ontvangst van een verbale boodschap niet bevestigt, omdat die boodschap niet gehoord is (bij slechthorenden), of niet begrepen is (bij mensen met dementie), of nog niet verwerkt is (bij vertraagde reacties na een CVA).

Naast kennis van ziektebeelden is ook kennis over de gevolgen van bepaalde ziektes van belang, vooral de gevolgen voor de communicatie en voor de interactie.

- *VIO* maakt bij de analyse van de beelden en de probleemsituatie gebruik van de kennis van de ouder wordende mens, van ziektebeelden bij ouderen, hoe deze beleefd worden en hoe daar mee omgegaan wordt. Voor een *VIO*-begeleider is deze kennis een noodzaak, vooral de invloed die een en ander heeft op de communicatiemogelijkheden of -onmogelijkheden van de cliënt.

Presentietheorie

Goede of geslaagde zorg bestaat niet alleen uit geslaagde communicatie. Hedendaagse zorgvisies zijn veelal gebaseerd op uitgangspunten uit de Presentietheorie (Baart, 2001). Eén van de uitgangspunten is dat goede zorg zich minder instrumenteel op de juiste zorghandelingen zou moeten richten, maar meer op de relatie. Goede zorg betekent relationeel op elkaar betrokken zijn waarbij de verzorgende zich afstemt op de zorgbehoevende cliënt (Timmermann, 2010).

Wanneer de theorie van de presentie wordt ingezet als duidingskader voor verleende zorg tekenen zich ijkpunten af die samenhangen met twee kernconcepten van presentie: (a) zich als zorggever in relatie afstemmen op de ander, en (b) de actieve omgang met het lijden van de ander.

Relaties manifesteren zich dikwijls op een bescheiden manier die op het moment zelf vorm krijgt. Soms toont een relatie zich in de duurzame band tussen de cliënt en de zorgverlener, maar het relationele blijkt vaker tijdens de zorghandelingen uit gelukke momenten van afstemming tussen twee mensen van wie de één zorg behoeft en de ander daarom die zorg verleent.

Relationele afstemming is het eerste en meest cruciale ijkpunt voor de beantwoording van de vraag of zorg wel of niet 'goed' genoemd kan worden. Om tot die afstemming te komen is er een beweging nodig in de zorgvisie van de professionele zorgverleners van 'zorg centraal' naar 'individuele cliënt centraal', waarbij de mens voluit telt (hoe dement of ziek bijvoorbeeld dan ook) en zijn uitingen daarom ook voluit serieus genomen worden.

Probleemgedrag

Wanneer er sprake is van ‘probleemgedrag’, of uitingen van ongenoegen in de brede zin van hun betekenis, dan is er blijkbaar niet goed afgestemd op de (onderliggende) boodschap die de cliënt daarmee geeft. Gevoelsuitingen van boosheid, verdriet, angst, gespannenheid, irritatie, maar ook van (overdreven) vrolijkheid, kunnen signalen zijn van mogelijk onderliggend leed. Goede zorg heeft oog voor dit onderliggend leed, wil er betekenis aan geven om vervolgens zo te handelen dat het leed afneemt en/of dat er geen leed extra toegevoegd wordt (Timmermann, 2011).

Presentieverrijking

Timmermann onderzocht in het kader van haar promotieonderzoek ‘Relationele afstemming: presentie verrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie’ (Timmermann, 2010) zeven VIB-casussen van De Wever. Uitkomst was onder andere dat *om kunnen gaan met probleemgedrag* niet voldoende was om van goede zorg te kunnen spreken. *Relationele afstemming* is het eerste en meest cruciale ijkpunt voor de beantwoording van de vraag of zorg wel of niet ‘goed’ genoemd kan worden. Ten tweede blijkt dat de presentietheorie behulpzaam is om het zogenoemde ‘lijden’ tijdens de zorgverrichtingen te articuleren, iets dat weliswaar manifest aanwezig is, maar toch grotendeels of zelfs volledig onbenoemd blijft. Met andere woorden: *snappen waarom* iemand probleemgedrag vertoont en welk appel hij daarmee doet op zorgverleners is een noodzakelijke stap naast het om kunnen gaan met het gedrag. Aanbevelingen uit het onderzoek hebben geleid tot een fundamentele verandering in het pijlmodel en tot een verdieping van de (oude) methode VIB.

Voor VIO:

- Het theoretische gedachtengoed van de presentiebenadering heeft door bovenstaand onderzoek een wezenlijk element toegevoegd aan de methode VIO. Door de gehele interventie is dit terug te zien, zowel in gestelde doelen, de aanpak als in de uitvoering. De interventie richt zich niet meer alleen op het leren omgaan met bepaalde gedragsproblemen, maar daarbovenop ook op het snappen waar het gedrag vandaan komt en waarom de cliënt dit gedrag vertoont.
- Het is eerst nodig dat er grip is op het probleemgedrag alvorens de zorgverlener in staat is om zich te verplaatsen in de cliënt en oog te krijgen voor welk leed er bij de cliënt onder het gedrag zit. Deze perspectiefwisseling zorgt ervoor dat de zorgverlener de gevoelsuitingen dan kan zien, ze kent en erkent, begrijpt welk appel de cliënt daarmee op hem doet en de juiste respons weet te geven. Dit is afgestemde zorg en deze zorgrelatie laat zich meten door een (tijdelijke) afname van de gedragsproblemen.

Schema Relationele Afstemming

Om te kunnen analyseren in welke mate gedrag begrepen wordt door de zorgverlener(s) en er in de relatie afgestemd wordt op geuite gevoelens en het onderliggende leed van de cliënt is een hiërarchisch **schema** Relationele Afstemming ontwikkeld. Naast de kolom waarin de afstemming gemeten wordt staat een kolom waarin de ervaren afstemming door de cliënt gemeten wordt (Timmermann & de Groot, 2010). Ook dit schema is een 7-puntschaal. Hiermee kan gekeken worden wat al goed gaat in de afstemming en wat nog aandacht vraagt in het begeleidingstraject. Deze schaal wordt gebruikt in de Screeningsfase en in de afsluitende fase van een VIO-traject. Ook kan de schaal gebruikt worden als meetinstrument bij effectmeting.

Factoren die VIO (gedeeltelijk) aanpakt vanuit Relationele afstemming:

A. I, II, III, V, VI en B. I, III, IV.

Leren/veranderen

Leertheorieën

Algemene leertheorieën

Algemene leertheorieën verklaren hoe het bewustzijn van mensen voor hun eigen functioneren in relatie tot anderen vergroot kan worden en hoe feitelijke gedragingen van mensen te veranderen zijn. Bij dit veranderen van het feitelijke gedrag van mensen spelen de werkzame principes van bekrachtiging een belangrijke rol (Ravelli, 1990).

- Bij *VIO* is het middel om mensen bewust te laten worden van hun eigen functioneren videofeedback. In de videofeedbacksessies wordt al het gewenste gedrag in beeld (ook al is het maar in de richting) positief bekrachtigd. Aan negatief gedrag wordt geen aandacht besteed zodat dit uit kan doven.
- Daarnaast speelt sociale bekrachtiging een grote rol. De *VIO*-begeleider bekrachtigt de inzet van de zorgverlener(s) positief tijdens de feedbacksessies en met de oefenopdrachten die tot ander, gewenst gedrag leiden.
- Door te kijken naar jezelf in beeld en daar positief op bekrachtigd te worden is er sprake van model-leren (self imposed modelling). Wanneer er ook andere teamleden bij de feedbacksessie aanwezig zijn leren zij eveneens van het model, waarbij het belangrijk is dat de *VIO*-begeleider een model uitzoekt waarbij overdracht mogelijk is.

Cognitieve modellen

Naast de algemene leertheorieën zijn er een aantal cognitieve modellen aan te wijzen die gericht zijn op veranderingen in het denken over en op de beleving van de (probleem)situatie. Zo kan het gevoel van self-efficacy vergroot worden door het tonen van beelden waarin het gewenste gedrag aanwezig is en kan dit nog verder toenemen door uitbreiding van dit gewenste gedrag (performance) (Bandura, 1977, 1979, 1981, 1982).

- Bij *VIO* is de inhoud van de videofeedback gebaseerd op deze cognitieve leertheorieën. Door te kijken naar beelden van de eigen geslaagde communicatie worden zorgverleners zich bewust van de aanwezigheid van effectieve communicatie-elementen in hun gedrag. Dit versterkt het zelfvertrouwen, maakt hen ontvankelijk voor veranderingen in hun gedrag en stelt hen daarmee in staat deze goede communicatie-elementen te gaan vermeerderen. Door de succesbeleving tijdens de toepassing hiervan zal het zelfvertrouwen nog verder groeien en kunnen zorgverleners weer steunen op hun natuurlijke capaciteiten.

Attributietheorie

De attributietheorie gaat over de attributies die mensen hanteren over de ‘waaromvraag’. Deze theorie veronderstelt dat mensen die gevraagd worden naar de oorzaak van een gebeurtenis antwoorden in termen van een aantal factoren, gegroepeerd in een aantal dimensies die door onderzoek worden ondersteund: locus, stabiliteit en beheersbaarheid (Weiner, 1983, 1984).

- *VIO* maakt veelvuldig gebruik van principes uit deze theorie. Het vertrekpunt in een begeleidingstraject is de toeschrijving die de zorgverleners hebben over het waarom van ‘het probleemgedrag’. Middels videofeedback kan de zorgverlener beschouwer worden van zijn situatie, daar anders naar gaan kijken en is dan in staat om (stap voor stap) andere oorzaken te gaan zien van de (probleem)situatie. Ook kan de beheersbaarheid van de situatie daardoor vergroot worden.

Leerstijlen

Naast leertheorieën speelt ook de manier waarop mensen leren een rol in de begeleiding van veranderprocessen. Er zijn vier verschillende leerstijlen: accommoderende, divergerende, convergerende en assimilerende leerstijlen (Kolb, 1983). Bij elke stijl is een verschillende voorkeur te zien van de manier waarop mensen leren. Dit vraagt in de begeleiding van mensen om daarop afgestemde leervormen.

- De leerstijl van de meeste zorgverleners op de werkvloer is een accommoderende leerstijl. Kenmerk daarvan is leren door te doen, te experimenteren en te ervaren (Kolb, 1983). *VIO* haakt daar naadloos op aan. Door middel van de oefenopdrachten ervaren de zorgverleners dat ander gedrag van hun kant werkt. Het gaat daarbij ook om concreet waarneembaar gedrag in beeld, waarbij wat te zien is in beeld, dicht bij de eigen beleefwereld van de zorgverlener(s) staat. Anders gaan kijken wordt zo gevolgd door anders gaan doen en opnieuw anders gaan kijken anders gaan doen. Uiteindelijk kan er zo ook anders gedacht worden.

Stappenplan

Het hele begeleidingstraject van *VIO* maakt gebruik van een combinatie van alle bovenstaande theorieën die elkaar versterken. De stappen waarin het veranderproces zal kunnen verlopen en de manier waarop dit kan gebeuren worden vooraf vastgelegd in een stappenplan. In dit plan worden de analyses en hypothesestelling schematisch weergegeven.

VIO-monitor

De resultaten van een *VIO*-traject zijn te objectiveren met de gestandaardiseerde *VIO*-monitor. In een pilot studie (Gerritsen, 2010) is een inventarisatie gemaakt van bestaande vragenlijsten die geschikt zouden zijn om het behalen van de doelen van *VIO* zoals omschreven te kunnen meten. De *VIO*-monitor is uit de volgende lijsten samengesteld:

Voor zorgverleners: de Maslach Burnout Inventory (Utrechtse Burnout Schaal); de Leidse Arbeidssatisfactie Schaal; Strain in Dementia Care Scale; Zelfvertrouwen Schaal; Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid.

Voor cliënten: Neuro Psychiatric Inventory-Nursing home (NPI-NH); Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI); Vragenlijsten uit het Resident Assessment Instrument (RAI); Gedragsobservatieschaal voor Intramurale Psychogeriatric; WCN-vragenlijst.

De *VIO*-monitor bestaat uit een voor- en nameting van de te verwezenlijken doelen. Er wordt vooral gekeken naar de omgang met en de grip op de stemmings- en/of gedragsproblemen en het zelfvertrouwen in de omgang daarmee. Zo worden zowel de veranderingen in de uitvoering van zorghandelingen als de veranderingen in het 'denken over' en de beleving van de gedrags- en/of stemmingsstoornissen gemeten. Ook wordt de mate waarin de gedrags- en/of stemmingsstoornissen voor en na een traject voorkomen gemeten.

De *VIO*-monitor kan tevens als een instrument bij effectmeting gebruikt worden.

Factoren die *VIO* (gedeeltelijk) aanpakt vanuit Leren/veranderen:

A. I, II, V, VII, VIII, IX en B. II, IV, V.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Relationele Afstemming: Presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie
Madeleine Timmermann (2010). Den Haag, uitgeverij Lemma

Doel: Dit promotieonderzoek gaat over wat goede en minder goede zorg is door professionele zorgverleners voor mensen met dementie die opgenomen zijn in een instelling. De vraagstelling van dit onderzoek luidt: biedt de presentietheorie ijkpunten om professionele zorg voor mensen met dementie als *goede zorg* te kunnen benoemen en herkennen, en zo ja welke zijn dat dan?

Aanpak: Voor de beantwoording van deze vraag is materiaal van de interventie Video Interactie Begeleiding (VIB) voor ouderen gebruikt. Zorgfragmenten uit zeven VIB-casussen van de Wever en de bijbehorende feedbackbesprekingen zijn geanalyseerd (in totaal 24 uur aan video-opnamen) vanuit een presentiekijakraam. Deze methode wordt ingezet bij probleemsituaties in de verzorging, met als doel het leveren van betere zorg. Het aangeleverde materiaal besloeg alle opnamen die over een heel jaar (van september 2006 tot september 2007) zijn gemaakt.

Resultaten: Uitkomst was onder andere dat alleen om kunnen gaan met probleemgedrag niet voldoende was om van goede zorg te kunnen spreken. Snappen waarom iemand dit gedrag vertoont en welk appel hij daarmee doet op zorgverlener is een noodzakelijke stap erbovenop.

Aanbevelingen uit het onderzoek hebben geleid tot een fundamentele verandering in het theoretische pijlermodel en tot een verdieping van de methode VIB. De relationele afstemming heeft een expliciete plaats gekregen in de methodiek en de naam is veranderd: van VIB naar *VIO (Video Interventie Ouderenzorg)*.

Om deze verbetering van de interventie te optimaliseren zijn vanuit de presentietheorie nieuwe concepten aangedragen, die resulteren in een analyse-instrument, de zogeheten 'jammer- en responslijst'. Deze lijst is opgesteld ten dienste van zorgprofessionals en van de mensen met dementie die afhankelijk zijn van hun zorg. Ze helpt om het 'jammeren' van de persoon met dementie tijdens zorgverrichtingen beter te begrijpen en er ook beter op te reageren. Op basis hiervan is door Timmermann en de Groot de lijst Relationele Afstemming samengesteld, voor toepassing bij *VIO*.

Using Video Feedback at Home in Dementia Care: Outcomes, Challenges and Recommendations.
Deliane van Vliet, Raymond Koopmans, Veerle Walravens en Debby Gerritsen.
Ingediend bij Aging and Mental Health

Doel: Het doel van deze pilotstudie met een pre-post design was om 25 *VIO*-trajecten bij thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers te onderzoeken.

Aanpak: Semigestructureerde interviews en vragenlijsten werden afgenomen bij mantelzorgers over ervaringen met de interventie, gevoel van competentie en belasting van mantelzorgers, en probleemgedrag van persoon met dementie. Toen bleek dat het erg moeilijk was om mensen met dementie en mantelzorgers te werven die deel wilden nemen, is een procesevaluatie aan de studie toegevoegd. Hiervoor zijn de interviews met deelnemende mantelzorgers uitgebreid met vragen over belemmerende en bevorderende factoren voor deelname. Andere betrokkenen (*VIO*-begeleiders, verwijzers, mantelzorgers die niet deel wilden nemen aan een *VIO*-traject) werden gevraagd een vragenlijst in te vullen, er zijn evaluatiebijeenkomsten gehouden met professionals die betrokken waren bij het project en er zijn experts geïnterviewd over hun ervaringen aangaande het gebruik van video in interventies.

Resultaten: Er zijn 15 deelnemende koppels geïncludeerd. Er zijn negen *VIO*-trajecten uitgevoerd omdat er koppels uitvielen om verschillende redenen, waaronder overlijden en verpleeghuisopname van de persoon met dementie, hetgeen suggereerde dat de interventie wellicht te laat werd ingezet. Uitkomsten van de procesevaluatie waren dat deelnemende mantelzorgers erg tevreden waren en voordelen ervoeren aangaande vergroot inzicht, acceptatie, coping, zelfvertrouwen, ervaren rust en contact met de persoon met dementie.

Uit de vragenlijsten die waren ingevuld door 18 niet-deelnemende mantelzorgers, 17 VIO-trainers en 38 verwijzers kwam een aantal belemmerende factoren naar voren. De meest belangrijk geachte belemmerende factoren waren een psychologische drempel voor mantelzorgers om te worden gefilmd, en te weinig bekendheid van de methode onder mantelzorgers en verwijzers (bijvoorbeeld huisartsen). Het artikel doet aanbevelingen over hoe deze factoren aan te pakken. Momenteel worden deze aanbevelingen door de Wever verwerkt.

Who cares?

Inge Hageman (2008). Masterscriptie voor de Masteropleiding Organisatie Coach, Haagse Hogeschool, Academie voor Masters & Professional Courses

Doel: Deze scriptie had de volgende onderzoeksvraag: ‘Wat zijn de effecten van de methodiek Video Interactie Begeleiding binnen Verpleeghuis St. Camillus en de Zorgcentra Bosscherhof en Bergh?’.

Deelvragen:

1. Verbetert de inzet van VIB de zorg aan de cliënt en waaruit blijkt dit?
2. Wordt de deskundigheid van de desbetreffende zorgverlener verbeterd? Waaruit blijkt dit?
3. Wat zijn de kosten, inclusief afwezigheidsuren, van één VIB-traject en bij hoeveel zorgverleners verbetert de effectiviteit?
4. Wat levert VIB op voor de communicatie van de medewerker?
5. Hoe gemotiveerd zijn medewerkers om de behandelingsmethode VIB in te zetten?

Aanpak: Voorafgaand aan en na afloop van drie VIB-trajecten zijn vragenlijsten ingevuld door betrokken medewerkers. Tevens zijn groepsgesprekken georganiseerd met betrokken medewerkers evenals een focusgroep met VIB-experts.

Resultaten: Relevante resultaten in het kader van ‘onderzoek naar de uitvoering’ zijn:

- Medewerkers ervaren een enorme meerwaarde bij het zien van de videobeelden. Het belang van het gebruik van de camera is groot;
- Tevens geven ze aan te leren van het analyseren van de beelden (handelen van collega’s). Bovendien trachten ze de opbrengsten door te trekken in hun eigen handelen;
- Medewerkers geven aan dat zij het als een goede aansluiting ervaren met het Belevingsgericht Werken;
- Medewerkers passen basisprincipes ook bij andere cliënten toe, en dit levert hen een positieve manier van werken met de cliënten op. Opvallend is dat medewerkers aangeven eerder VIB te willen aanvragen;
- Bovendien geven ze het belang van vroegtijdige aanvragen van VIB aan. Men ervaart geen drempelvrees meer bij het maken van opnamen van hun handelen (ook geeft men aan gerust op de camera te durven);
- Medewerkers en experts geven aan dat de follow up in het VIB-traject onontbeerlijk is om afspraken levend te houden; men moet de beelden terug kunnen zien en zichzelf afvragen of ze het allemaal nog in kaart hebben;
- De focusgroep is voorstander om de evaluatie (follow up) als actie in te zetten, in het zorgplan.

De uitkomsten zijn verwerkt in de methode en de gebruikte vragenlijsten en de ervaringen daarmee uit dit onderzoek zijn verwerkt in de ontwikkeling van de latere VIO-monitor.

4.3 Praktijkvoorbeeld

Mantelzorgers praktijkvoorbeeld

De dvd 'Anders kijken.....anders doen' laat een casus zien van de toepassing van VIO bij een mantelzorger van iemand met dementie. De beschrijving hieronder is van deze casus.

De familie Bevers

Meneer en mevrouw Bevers zijn 38 jaar getrouwd en hebben twee kinderen. Meneer is altijd een hardwerkende man geweest, hij was onderhoudsmonteur in de landbouw. Zijn mening werd altijd zeer op prijs gesteld. Het echtpaar had een druk en actief leven, met vakanties en veel hobby's. Langzaam veranderde dit actieve leven en bleek meneer de ziekte van Alzheimer te hebben. Van de eens zo actieve man is weinig over. Zijn spraak is verminderd, alsook zijn begrip van taal. Naast geheugenproblemen zijn er ook problemen met de oriëntatie. Hij heeft voortdurend aansturing nodig om tot iets te komen. Uit zichzelf komt hij tot niets en hij kan zijn leven niet invullen. Hij lijkt zich nauwelijks bewust van wat er met hem aan de hand is.

Zijn vrouw probeert hem te begeleiden, maar doet dat zoals ze dat van oudsher met hem gewend is. Voor meneer is het dan niet duidelijk wat er van hem gevraagd wordt. Mevrouw wordt boos en wanhopig, voelt zich daar vervelend over, maar weet niet goed hoe ze het anders moet doen. De dementieconsulente, die bij het echtpaar betrokken is, ziet de worsteling van mevrouw en denkt dat het inzetten van de methode Video Interventie Ouderenzorg (VIO) mevrouw inzicht kan geven in de wijze waarop meneer het beste aangestuurd kan worden. Ook is het doel om zo weer samen dingen te kunnen gaan doen. Mevrouw geeft aan dit een kans te willen bieden en stemt toe met de inzet van VIO.

Intakegesprek

De VIO-begeleider komt bij de mantelzorger thuis en legt de werkwijze van VIO uit en de spelregels rondom het gebruik van videobeelden. Samen met de mantelzorger wordt gezocht naar wat de essentie is in de vraag om hulp. Er wordt een concrete hulpvraag geformuleerd.

Hulpvraag van mevrouw Bevers: Wat kunnen we nog samen doen en hoe kan ik mijn man daarin aansturen/begeleiden?

1^e video-opname

In de thuissituatie wordt een korte video-opname gemaakt van een moment waarop het contact meestal nog goed verloopt. Hierin kunnen beiden laten zien wat er nog mogelijk is en wat de persoon met dementie nodig heeft in het contact.

Analyse

- Wanneer mevrouw iets aan haar man laat zien (non-verbaal) snapt hij dat beter dan wanneer ze het alleen maar zegt (verbaal);
- Mevrouw praat vaak in lange zinnen tegen haar man waarin ze veel boodschappen tegelijk aan hem geeft. Wanneer ze maar één ding tegelijk zegt komt dit beter bij meneer binnen;
- Meneer kan weinig als hij niet heel direct aangestuurd wordt. Wel snapt hij boodschappen die heel kort zijn en gaan over concreet aanwijsbare zaken;
- Wat er verteld wordt begrijpt meneer wisselend. Het lukt beter als hij ook kan zien wat er van hem gevraagd wordt;
- Veel vragen aan meneer stellen lijkt een confrontatie voor hem met alles wat hij niet meer kan, weet of snapt. Hij raakt daardoor snel overvraagd/overprikkeld en geïrriteerd. Hij pakt dan met een hand zijn hoofd vast en stopt met handelen;
- Mevrouw ondersteunt haar man, maar raakt zichtbaar geïrriteerd als haar pogingen om hem aan te sturen niet lukken;
- Mevrouw bevraagt haar man voortdurend en doet daarmee steeds een beroep op zijn niet meer zo goed werkende geheugen. Ook lijkt ze ervan uit te gaan dat meneer haar verbale boodschappen allemaal nog begrijpt. Haar tempo en hoeveelheid aan boodschappen passen niet altijd even goed bij het verslechterde begrip van meneer. Al met al lijkt ze niet altijd voldoende inzicht te hebben in de gevolgen van de dementie voor haar man.

- Mevrouw heeft nog onvoldoende kijk op wat de gevolgen van de dementie voor haar man zouden kunnen betekenen en hoe het voor hem moet voelen.

Stappenplan

Het plan wordt opgesteld om mevrouw in stappen inzicht te geven in:

- Wat is er allemaal voor nodig om boodschappen bij mijn man binnen te laten komen?
- Hoe zie ik of hij het begrepen heeft?
- Welke boodschappen zendt hij uit?
- Welke gevoelens geeft hij daarbij aan?
- Wat vraagt hij dan op dat moment van mij?
- Hoe geef ik hem dan wat hij op dat moment nodig heeft?
- Hoe kunnen we samen zo zoeken naar zinvolle activiteiten, liefst om samen te doen?

1e feedback met mevrouw Bevers

In de 1^e feedback wordt gekeken naar wat mevrouw allemaal goed doet, om zo haar inzet te belonen en de omslag te maken naar wat er wel effect heeft in het contact met haar man. Het accent ligt hier op: welke boodschappen komen er allemaal bij uw man binnen? En: wat doet u allemaal om dit binnen te laten komen? Mevrouw begint in te zien dat het beter is om haar man korte concrete opdrachten te geven dan vragen aan hem te stellen. En dat het nog beter werkt als ze laat zien wat ze bedoelt.

Oefenopdracht: Zet zoveel mogelijk klaar voordat u iets gaat doen met uw man. Probeer hem niet te bevragen, maar zeg hem wat hij moet doen.

Als u een boodschap geeft aan uw man zegt het dan niet alleen, maar laat het ook aan hem zien en wijs aan wat u bedoelt.

2^e opname en 2^e feedback mevrouw Bevers

In de 2^e opname is te zien dat mevrouw haar gedrag al aan het veranderen is. Ze zet veel meer klaar, bevraagt haar man minder en geeft duidelijkere instructies. Tevens wijst ze veel meer aan. Doordat mevrouw nog aan het oefenen is komt dit soms wat taakgericht over. Maar er zijn ook al momenten te zien waar het accent meer op het samen doen ligt. Meneer weet door de aansturing van zijn vrouw wat hij moet doen, is bezig en geniet daar zichtbaar van. Ook mevrouw doet het zichtbaar goed dat ze iets kan betekenen voor haar man.

Oefenopdracht: Maar één ding tegelijk laten doen. Op zoek gaan naar wat nog samen kan met de aansturing zoals die nu geleerd is. Daarbij ook aandacht voor het samendoen en minder op het taakgerichte.

3^e opname en 3^e feedback mevrouw Bevers

In de 3^e opname is te zien dat meneer en mevrouw samen de afwas doen. De sfeer is ontspannen en beiden zijn bezig. Mevrouw heeft duidelijke structuur aangebracht, praat weinig en houdt steeds in de gaten of meneer iets van haar nodig heeft. Als dat zo is laat ze zien wat ze bedoelt en praat in korte zinnen. Ook kijkt ze of haar man begrepen heeft wat ze bedoelde. Tevens ligt het accent nu op de stap: rustig blijven, één ding tegelijk, kijken wat hij nodig heeft. Mevrouw ziet nu dat ze wel degelijk iets voor haar man kan betekenen en weet ook hoe ze dat moet doen. Ze geeft aan dat het eigenlijk allemaal wel meevalt als je weet wat te doen! Tevens zegt ze dat ze nu anders naar haar man kijkt en hem beter begrijpt. Ze SNAPT hem nu.

Oefenopdracht: Kijk welke activiteiten jullie samen kunnen doen op de geleerde manier. Laat meneer zijn gang gaan als hij geen sturing nodig heeft en weet wat hij moet doen.

4^e opname en afsluitende bijeenkomst mevrouw Bevers

Mevrouw benoemt steeds wat ze goed doet en wat werkt bij haar man. Ook kan ze aangeven wat ze kan doen bij andere activiteiten in de toekomst. Ze geeft haar man een compliment, maar daarmee ook zichzelf: Goed gedaan.

Wat levert VIO op voor de familie Bevers

- Mevrouw Bevers heeft stap voor stap geleerd om anders met haar man om te gaan. Al doende is er meer inzicht gekomen in wat de gevolgen van de dementie voor haar man zijn. Ook begrijpt ze nu de gevoelens die bij haar man spelen. En daaraan gekoppeld snapt ze nu ook wat dat voor aanpassingen van haarzelf vraagt. Ook in moeilijkere situaties weet ze nu wat haar te doen staat. Door dit alles is het besef van haar eigen invloed op een goed contact vergroot en daarmee haar draagkracht.
- Tevens begrijpt ze nu beter wat het voor haar man betekent om dement te zijn en aangewezen op haar. Ze geeft aan dat ze hem nu 'snapt'. Hierdoor weet mevrouw nu ook beter welke activiteiten ze nog samen kunnen doen en welke steun daar van haar kant bij nodig is.
- Bij meneer Bevers zien we dat de veranderingen bij zijn vrouw ook voor hem positieve gevolgen hebben. Hij is rustiger, grijpt minder naar zijn hoofd, lacht meer en handelt trefzekerder.

Praktijkvoorbeeld professionele zorgverleners

In de maak is de dvd "WIJZER KIJKEN.....WIJZER DOEN ", VIO voor professionele zorgverleners.

Deze dvd laat in een casus de toepassing van VIO zien bij een team van professionele zorgverleners in een verpleeghuis. De beschrijving hieronder is van deze casus.

Mevrouw S.

Mevrouw S. is een 75-jarige vrouw die sinds twee jaar op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis verblijft. Zij lijdt aan de ziekte van Alzheimer en zit momenteel in de fase van het 'verdwaalde-ik' (matige tot ernstige dementie). Daarnaast is ze diabeet, ze heeft een mammacarcinoom waarvoor ze medicatie slikt.

Haar man is een paar maanden geleden overleden en een half jaar geleden ook een zoon. Mevrouw heeft een dochter die erg betrokken is en vaak op bezoek komt.

Mevrouw wordt beschreven als een vriendelijke vrouw, die altijd haar eigen regie heeft gevoerd. Zo heeft ze altijd een afwijkend dag/nachtritme gehad (laat naar bed, midden in de nacht op staan, tegen de middag uit bed). Mevrouw kan op zichzelf zijn, maar lijkt het prettig te vinden wanneer er een gesprekje met haar gevoerd wordt. Ze zoekt contacten wel zelf op, maar deze zijn vaak van korte duur.

Verwijzing

De psycholoog van de afdeling is al een tijdje bij deze mevrouw betrokken vanwege de gedrags- en stemmingsstoornissen. Mevrouw mijdt veelal de zorg en bemoeienis van de zorgverleners en deze vinden het steeds moeilijker om de (hoog)nodige zorg te verlenen (inclusief medicatie geven). Tevens loopt mevrouw vaak verdrietig rond, waarbij niet duidelijk is wat de oorzaak van haar verdriet is.

(De psycholoog heeft een depressie uitgesloten).

De psycholoog geeft aan dat er binnen het team zeer verschillende gedachten zijn over de oorzaken van het verdriet van mevrouw (ze is immers twee dierbaren kortgeleden verloren). Ook over wat mevrouw nog wel en niet begrijpt en zou kunnen verschillen de meningen. Hij geeft aan dat mevrouw misschien wel te hoog in geschat wordt vanwege haar sterke verbale capaciteiten en haar façade die ze nog weet op te houden.

De richtlijnen die hij voor de omgang met mevrouw heeft gegeven werken niet meer of niet afdoende en het team voelt zich inmiddels machteloos omdat zij mevrouw zelfs de hoognodige zorg niet meer kunnen geven en het verdriet hen erg raakt.

De psycholoog besluit om de hulp van VIO in te roepen.

Intakegesprek

De VIO-begeleider heeft een intakegesprek met de EVV-er van mevrouw. Zij beschrijft mevrouw als zeer vriendelijk, totdat er iets van haar gevraagd wordt. Dan reageert ze afwijzend of boos in vaak niet mis te verstane bewoordingen. Ze loopt zelf weg uit die situatie, of wijst de zorgverlener de deur. De EVV-er geeft aan dat mevrouw dement is, maar dat dit nog wel meevalt. Volgens hen begrijpt ze taal redelijk en kan ze zichzelf heel duidelijk maken. Tevens weet ze zich opmerkelijk veel te herinneren en 'herkent' ze personen (vooral die waar ze zeker geen hulp van wil). Ook haar oriëntatie in tijd, plaats en persoon is volgens hen nog redelijk.

De EVV-er heeft bij haar collega's ook een inventarisatie gemaakt van de ervaren problemen rondom mevrouw en tevens van de redenen waarom mevrouw volgens het team het gedrag vertoont. Aangegeven wordt dat mevrouw volgens hen zelf wil bepalen wat er gaat gebeuren en die regie niet uit handen wil geven. Mevrouw loopt veel met een kinderwagen met baby rond, dit wordt toegeschreven aan haar loopdrang en behoefte om te zorgen en zelf te willen bepalen wat ze doet op een dag. Het team denkt wel dat mevrouw niet zoveel ziekte-inzicht heeft, maar gaat toch af op de 'waarheid' van haar woorden (ik heb me al gewassen, ik doe dat altijd zelf, ik blijf nog in bed liggen en doe het straks zelf wel). Tevens denken ze dat mevrouw veel taal nog begrijpt, dit vanwege haar vlotte (maar vaak standaard) antwoorden die ze kan geven. Het verdriet wordt toegeschreven aan het verlies van haar man, hoewel sommigen nu ook zeggen dat ze dat eigenlijk al niet meer weet.

Er is al van alles uitgeprobeerd. Wat soms lijkt te werken is zonder agenda bij mevrouw binnen gaan, een praatje maken en kijken of mevrouw zo meegenomen kan worden naar de badkamer. Contacten met haar zonder dat er iets van haar gevraagd wordt verlopen heel wat meer ontspannen, totdat er weer een beroep op haar gedaan wordt en er iets van haar gevraagd wordt. De zorgverleners zijn inmiddels wanhopig omdat zij geen goede zorg kunnen bieden en ook door de weigering van medicatie de gezondheid van mevrouw verder in gevaar komt. Daarbij willen ze ook haar keuzes respecteren. Er wordt een concrete hulpvraag geformuleerd.

Hulpvraag van zorgteam:

A: Wat moeten we doen als mevrouw S. boos of verdrietig wordt als we haar willen verzorgen?

B: Waarom wordt mevrouw S. boos of verdrietig?

1^e video-opname

Er wordt een 1e korte video-opname gemaakt van een moment waarop het contact meestal nog goed verloopt. Hierin kunnen beiden laten zien wat er nog mogelijk is en wat de persoon met dementie nodig heeft in het contact. In de opname is te zien dat mevrouw op de gang loopt en de EVV-er neemt haar mee naar de huiskamer om samen met haar een kopje koffie te drinken.

Analyse beelden

De analyse van de beelden laat het volgende zien:

- Het contact wordt steeds goed geopend door de zorgverlener (ZV): (dichtbij, in het vizier van mevrouw, op ooghoogte, oogcontact). Mevrouw reageert hier heel goed op (kijkt terug, blijft volgen en kan zo ook de non-verbale boodschappen goed zien);
- ZV volgt wisselend of mevrouw nog naar haar kijkt. Wanneer dat zo wel zo is zie je dat ze bijstuurt wanneer mevrouw ergens anders met haar blik/gedachten is;
- ZV ontvangt de boodschappen van mevrouw meestal. Bij mevrouw lijken de meeste verbale boodschappen echter niet binnen te komen (reageert niet). De non-verbale boodschappen worden echter heel goed ontvangen;
- ZV probeert een positieve sfeer te houden door veel instemmend te benoemen in het contact. Bij mevrouw zie je echter weinig instemming en eerder verwarring;
- De beurtwisseling is in dit contact goed. Beiden komen aan de beurt en de ZV weet ook de leiding in de communicatie te houden.

De analyse van de **Relationele Afstemming** (uit intakegesprek en beelden) geeft het volgende: ZV ziet de gevoelens van mevrouw slechts in geringe mate en ze worden soms ontvangen en benoemd. Snappen wat deze gevoelens betekenen is nog een stap te ver. Er wordt dan ook geen juiste respons gegeven op de geuite gevoelens. Ook mevrouw lijkt zich niet echt gehoord te voelen in haar gevoelens van boosheid en verdriet. Deze nemen niet af door het contact maar versterken juist (leed toegevoegd in plaats van verminderd).

Hypothese VIO-begeleider

De zorgverleners overschatten de capaciteiten van mevrouw in de communicatie. Zij denken dat mevrouw taal nog goed begrijpt en communiceren ook op deze manier met haar. Zij stellen haar daarbij veel vragen en leggen de leiding in de communicatie zo bij haar. Mevrouw echter snapt weinig van de verbale taal en raakt hierdoor letterlijk overvraagd.

Ze blijkt duidelijk niet te begrijpen wat er van haar gevraagd wordt en reageert daarop met een afwijzing of zich uit het contact terug trekken. Hoe meer er van haar gevraagd wordt, hoe bozer ze wordt. De zorgverleners die haar toch graag willen verzorgen gaan vervolgens in discussie (met lange verbale zinnen) waardoor het onbegrip eigenlijk alleen maar groter wordt en het contact in een negatieve spiraal beland (nee-reeks).

Het 'waarom' van dit gedrag wordt niet begrepen. Ook wanneer mevrouw verdrietig rond loopt wordt hier een verkeerde betekenis aan gegeven. Mevrouw is niet zomaar aan het rondlopen, maar is steeds op zoek naar wat ze nou eigenlijk moet doen. De regie bij haar laten is in dit opzicht dus juist leed toevoegen en haar in de kou laten staan. Haar boodschap boos/verdrietig zegt eigenlijk: HELP, ik weet het allemaal niet meer. Dat ontvangen en daar de respons opgeven: (*maar ik weet het wel, kom maar*), zou mevrouw helpen in het gehoord voelen van haar leed en zal dat leed dan ook tijdelijk af doen nemen.

Stappenplan

Het plan wordt opgesteld om het team in stappen inzicht te geven in:

- Wat is er nodig om een contact te openen en open te houden?
- Wat is het belang van steeds weer openen?
- Wat is er allemaal voor nodig om boodschappen bij mevrouw binnen te laten komen?
- Hoe zien die boodschappen eruit die zij het beste begrijpt?
- Hoe zie ik aan mevrouw of zij het begrepen heeft?
- Hoe zou mevrouw de boodschappen ervaren die ZV geeft (perspectiefwisseling)?
- Welke boodschappen zendt mevrouw uit, hoe ontvang je die?
- Welke gevoelens geeft zij daarbij aan, wat ligt er onder die boodschap?
- Wat vraagt zij dan op dat moment van ZV?
- Hoe kunnen wij haar op dat moment het beste geven wat ze nodig heeft?

1e feedback

In de 1^e feedback werd gekeken naar wat goed gaat in de *opening* van het contact (steeds weer) en hoe ZV mevrouw steeds volgt en kijkt of mevrouw er nog bij is. De focus ligt op wat de ZV hiervoor allemaal concreet doet:

Dichtbij, in haar blikveld, even aanraken, op ooghoogte en oogcontact houden.

Ook wordt er gekeken naar wat mevrouw volgt. Dit blijken voornamelijk non-verbale boodschappen te zijn.

Oefenopdracht: Open steeds het contact op bovenstaande manier. Kijk of mevrouw je kan volgen en geef dan pas je boodschap. Ga eens proberen om alle boodschappen die je wil geven non-verbaal te geven.

2^e opname en 2^e feedback

Het team heeft geoefend en geeft aan dat ze opmerken dat mevrouw toch heel vaak er niet bij is en het contact vaker weg was dan ze gedacht hadden. Ook werd gezien dat mevrouw op die momenten hun boodschap zeker niet zou kunnen ontvangen.

De 2^e opname wordt in een wat minder ontspannen situatie gemaakt: een zorgverlener maakt op de gang contact met mevrouw en neemt haar mee naar haar slaapkamer om haar andere kleren aan te trekken.

In de 2^e feedback ligt de focus op de soort boodschappen die bij mevrouw beter binnen komen als het contact eenmaal open is. De nadruk wordt gelegd op alle momenten waarop de boodschappen non-verbaal gegeven worden en het effect wat dat heeft op mevrouw.

Duidelijk wordt dat lange zinnen niet helpen en dat mevrouw dan juist minder reacties geeft, of een boze reactie.

Oefenopdracht: Open steeds het contact op bovenstaande wijze als je iets van mevrouw wil. Geef vervolgens zoveel mogelijk de boodschap op een non-verbale wijze:
Laten zien, laten voelen, rustige stem, inzetten van beweging als dat nodig is.

Deze sessie wordt nogmaals herhaald met een ander deel van het team. De toeschrijving dat mevrouw verbale taal weldegelijk snapt is hardnekkig en op dit moment is het belangrijk dat iedereen dit gaat oefenen en zelf ervaart wat de effecten van non-verbale boodschappen op mevrouw zijn.

3^e opname en 3^e feedback

In de 3^e bijeenkomst geeft het team aan dat bovenstaande oefening soms werkt, maar vaak ook niet. Oorzaken van niet werken worden nog aan mevrouw toegeschreven: zij heeft haar dag niet, zij wou echt niet die dag. Reden voor de VIO-begeleider om nogmaals de focus in deze feedback op het bekrachtigen van de non-verbale boodschappen te leggen. Welk aandeel hebben zij hier zelf als zorgverlener?

De 3^e opname is van een moeilijke situatie: mevrouw ligt nog in bed en wordt net wakker. ZV doet er van alles aan om het contact te openen en non-verbale boodschappen te geven. Doordat mevrouw met de rug naar haar toe ligt gaat dat moeizaam en vervolgens laat de ZV alles wat ze geleerd heeft vallen en gaat in lange verbale zinnen in discussie met mevrouw. Die grijpt in haar wanhoop haar baby en draait zich helemaal weg van de ZV en trekt haar dekbed over zich heen. Toch weet de ZV een ingang te krijgen (start op nieuw, komt in haar blikveld, laat haar zien wat ze wil en neemt haar mee uit bed).

In de feedback legt de VIO-begeleider de focus op wat mevrouw allemaal ervaart: wat gebeurt er met je als je taal niet snapt? Hoe voelt dat? Deze perspectiefwisseling is voor het team zeer verhelderend: er komt inzicht in wat al die taal met mevrouw doet en waardoor ze op dat moment afhaakt. Bewondering is er voor het doorzetten van de ZV in beeld die het toch lukt om mevrouw uit bed te krijgen. Inzicht is er nu voor het aandeel dat de ZV daar zelf in had.

Oefenopdracht: Open ook (en vooral) in moeilijkere situaties steeds het contact op de geoefende manier. Ga niet te snel en kijk of mevrouw je non-verbale boodschappen kan volgen. Wees je bewust van welke non-verbale boodschap je uitzendt, ook de niet bedoelde boodschappen die door mevrouw misschien heel anders opgepakt kunnen worden. Probeer in korte zinnen te spreken en stel geen vragen, maar deel kort mee. Zet vervolgens de beweging in van wat mevrouw op dat moment moet doen.

4^e opname en 4^e feedback

Tijdens de oefenweken is het team zich steeds meer bewust geworden van hoe ver mevrouw in het dementeringsproces is en hoe weinig ze eigenlijk begrijpt van verbale taal. Langzaam heeft een ieder nu ook ervaren wat het effect is van hun eigen aandeel in de communicatie met mevrouw. De (instrumentale) zorghandelingen verlopen daardoor een stuk beter en mevrouw is vaak redelijk te verzorgen. Toch is het 'denken over' nog niet geheel om. De boosheid en het verdriet bij mevrouw kan zo de kop weer opsteken. De boodschap die daar onder ligt is nog niet voor iedereen duidelijk. Vandaar dat de VIO-begeleider in deze feedback het accent legt op de boodschappen die mevrouw uitzendt, met het doel dat het team als eerste oog krijgt voor het feit *dat* ze iets uitzendt. Voorzichtig worden er de mogelijkheden ingebracht welke betekenis deze boodschappen dan op dit moment zouden kunnen hebben.

De 4^e opname is van een zorgmoment waarbij mevrouw zich vast klampt aan haar baby en die eigenlijk niet los wil laten. In beeld is duidelijk te zien dat mevrouw achteruit gegaan is. Hierdoor is het voor het team ook gelijk veel duidelijker dat mevrouw veel niet snapt en wat ze nu nog meer van hen nodig heeft.

Oefenopdracht

Bovenop alle bovenstaande opdrachten. Kijk wanneer mevrouw boos wordt of verdrietig eens naar de boodschap die ze daarmee zou kunnen geven aan jou als ZV. Welk aandeel had je in het ontstaan van die boosheid? Ging je te snel, met te veel taal, was je niet in beeld? Herstel dit dan en kijk of de boosheid afneemt.

5^e opname en 5^e afsluitende bijeenkomst

In de laatste bijeenkomst worden een aantal beelden getoond waarin de bovenstaande oefeningen en het effect daarvan te zien zijn. Zij vormen de omgangsadviezen die in het dossier komen.

Wat levert VIO op voor het zorgteam van mevrouw S.

- Het team is zich bewust geworden van de eigen positieve invloed op de communicatie en de zorgrelatie met mevrouw.
- Het team herkent het gedrag van mevrouw, weet wat dit betekent en weet hoe ze daarmee om moeten gaan.
- De omgangsadviezen kunnen door alle teamleden op dezelfde wijze uitgevoerd worden.
- Het team ervaart meer grip op het gedrag van mevrouw en heeft daardoor meer zelfvertrouwen gekregen in het aanbieden van zorg aan mevrouw.
- Het team heeft kennis en inzicht gekregen in de mate van dementie van mevrouw, kennen de relatie tot het gedrag en de gevolgen daarvan voor de communicatie, zowel voor mevrouw als voor hen zelf.
- Het team ervaart minder stress in de omgang met mevrouw en heeft voldoende handvaten om met het moeilijke gedrag om te gaan.
- Door de grip op de situatie en het effect van hun handelen, ervaren de teamleden dat zij goede zorg aan deze mevrouw kunnen geven en ervaren zij het contact met mevrouw nu als prettig. Er wordt vaker zo maar een praatje met mevrouw gemaakt en er zijn veel meer (korte) contactmomenten op een dag.

Wat heeft VIO voor mevrouw S. opgeleverd

Ondanks de achteruitgang van mevrouw is er toch minder sprake van boosheid en een verdrietige stemming bij mevrouw. Deze momenten duren steeds maar kort en worden snel omgebogen. Escalaties komen niet meer voor.

5. Samenvatting werkzame elementen

VIO is een interventie die zich richt op het ondersteunen van de mantelzorger of professionele zorgverleners in plaats van op de cliënt met gedrags- en/of stemmingsstoornissen. Zij worden gehoord in wat zij moeilijk vinden en waar ze hulp bij vragen.

De interventie sluit aan bij de hulpvraag die de mantelzorger en de zorgverlener(s) hebben. Door deze uit het intakegesprek te destilleren en concreet te verwoorden is voor de zorgverleners duidelijk waar aan gewerkt gaat worden en welke einddoelen er behaald kunnen worden. De interventie is niet gericht op de gedrags- en/of stemmingsstoornissen van cliënten, maar op het leren omgaan met het gedrag dat voortvloeit uit deze stoornissen. De mantelzorger en de zorgverlener(s) krijgen praktische ondersteuning en leren stapsgewijs omgaan met het voor hen moeilijke gedrag.

In de interventie wordt als middel gebruik gemaakt van videobeelden van de werkelijke (thuis)situatie. Hier wordt planmatig videofeedback over gegeven. Zo worden herkenbare situaties in beeld gebracht en kunnen de mantelzorger en zorgverlener(s) observator worden van zijn/haar eigen acties. Daarbij kan afgestemd worden op de capaciteiten van de mantelzorger en zorgverlener en blijft het niet bij 'praten over gedrag'. De interventie sluit hierdoor sterk aan bij de dagelijkse praktijk en bij de mogelijkheden van de mantelzorger en de zorgverlener(s).

De capaciteiten die zowel mantelzorger, de zorgverlener(s) als de cliënt in het contact nog hebben vormen het vertrekpunt van de begeleiding. Wat nog goed gaat wordt (selectief) bekrachtigd door gefocuste videofeedback. Dat wat minder goed gaat dooft uit (principes van bekrachtiging). Ook wanneer er slechts een benadering van het gewenste gedrag te zien valt wordt daar selectieve aandacht aan besteed in de feedbacksessies. Op die wijze worden de mantelzorger of zorgverlener(s) 'in beeld' het (eigen) rolmodel voor de zorgverlener die daar naar kijkt. Stapsgewijs kan zo naar het gewenste gedrag worden toegewerkt.

De feitelijke veranderingen in het gedrag van de mantelzorger en de zorgverlener(s) zijn te verklaren vanuit leertheoretische principes. Door naar de (gefocuste) beelden te kijken waarin het gewenste gedrag reeds aanwezig is vindt er een verandering plaats in het gevoel van self-efficacy van de mantelzorger en de zorgverlener(s). Door het gewenste gedrag uit te breiden (door middel van de oefenopdrachten, performance) zal het gevoel van persoonlijke effectiviteit nog verder toenemen. Deze cognitieve veranderingen op basis van veranderingen in hun gedrag leiden op zich weer verder tot het gewenste gedrag in de toekomst.

In het veranderproces vindt er tevens een verandering plaats in de toeschrijvingen naar de oorzaken van het probleemgedrag. Door vanuit de intake een analyse te maken van de bestaande (externe) toeschrijvingen van de mantelzorger en de zorgverlener(s) kan de VIO-begeleider stapsgewijs toewerken naar een verschuiving van externe toeschrijvingen naar interne toeschrijvingen. In de oefenweken tussen de videofeedbacksessies ervaren mantelzorger en de zorgverlener(s) steeds vaker dat de eigen invloed op het gedrag niet berust op toeval. De oefenopdrachten zijn afgestemd op de mogelijkheden van de mantelzorger en de zorgverlener(s) en zo samengesteld dat er sprake van succesbeleving kan zijn. Deze succesbelevingen doen het gewenste gedrag toenemen en blijvend veranderen.

Door de afgestemde oefenopdrachten ervaren mantelzorger en de zorgverlener(s) al snel dat hij meer grip krijgt op de situatie. Hierdoor ontstaat het gevoel dat er daadwerkelijk hulp geboden wordt in een vaak zeer moeilijke en complexe situatie.

Door het besef van eigen aandeel in de communicatie en het hebben van invloed op het gedrag van de cliënt, ontstaat er ruimte om te kijken naar het waarom van het gedrag van de cliënt. Oog hebben voor dit gedrag, het herkennen en begrijpen waar het vandaan komt zorgt ervoor dat de mantelzorger of de zorgverlener(s) in staat zijn om de juiste respons daarop te geven. Dit zorgt er bij de cliënt voor dat hij zich begrepen voelt. De zorgrelatie verbetert hierdoor sterk en de effecten zijn bij de cliënt te zien door een (tijdelijke) afname van de gedrags- en/of stemmingsstoornissen en een verminderde escalatie van het gedrag. Doordat de gedragsproblemen (steeds beter) begrepen worden komt er tegelijkertijd steeds meer inzicht in waar deze problemen vandaan komen en wat dit met het ziektebeeld te maken heeft.

Dit inzicht leidt weer tot een verdere verbetering van de zorgrelatie doordat de mantelzorger of de zorgverlener(s) nu weten waar het gedrag vandaan komt, wat dat van hen vraagt en hoe zij daarin moeten handelen.

Door dit alles ervaren de mantelzorger en de zorgverlener(s) een groter gevoel van competentie en hebben zij meer grip op de gedragsproblemen. De draagkracht is daardoor vergroot en er is minder professionele ondersteuning nodig.

Door verhoogde draagkracht en de verbeterde zorgrelatie kan de mantelzorger de zorg thuis langer aan en kan de cliënt langer thuis blijven wonen. De professionele zorgverlener ervaart door de verbeterde zorgrelatie een hogere werksatisfactie en het team raakt minder overbelast.

Het stapsgewijze veranderproces wordt vooraf gegaan door een gedegen analyse van de vorm en inhoud van de communicatie tussen de mantelzorger of zorgverlener(s) en cliënt, een analyse van het probleemgedrag en een analyse van de mate waarin het gedrag begrepen wordt en er afgestemd wordt op dit gedrag door de mantelzorger of de zorgverlener(s). Vanuit deze analyses wordt een hypothese opgesteld waarin verwoord wordt wat al goed gaat en wat de knelpunten zijn. Vervolgens wordt er een stappenplan uitgezet om de ontbrekende elementen toe te voegen of te versterken. Dit vormt de basis voor de chronologische feedback waarmee de bovenstaande effecten in de gedragsveranderingen bij de zorgverlener(s) bewerkstelligd worden.

6. Aangehaalde literatuur

Boek

Biemans, H.M.B. (1990). Video Hometraining. Theory, method and organization.

Dekker, J.M., Biemans, H.M.B. (1994). Video- hometraining in gezinnen. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten/Diegem.

Geelen, R. Dementiezorg in de praktijk- deel 2. (2015). Bohn Stafleu van Loghum.

Groot, A. de (red.) e.a. (2005). Video Interactie Begeleiding in de ouderenzorg. Tilburg: Behandelcentrum de Hazelaar. Niet in herdruk. Zie ook www.VIO-dewever.nl

Groot, A. de (red.) & Didden, M. (2009). Video Interactie Begeleiding in de ouderenpsychiatrie. Tilburg: Behandelcentrum de Hazelaar/de Wever. Zie ook www.VIO-dewever.nl

Groot, A. de (2012). Video Interventie in de ouderenzorg bij het syndroom van Kosakov. Tilburg: Behandelcentrum de Hazelaar. Zie ook www.VIO-dewever.nl

Kolb, D.A. (1983). Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development; (Paperback) Eerste druk Oktober 1983, uitgever FT Press Paperback

Pasman, H.R.W. (2004). Forgoing artificial nutrition and hydration in nursing home patients with dementia: decision making, clinical course, and quality of dying. PhD thesis.

Schepers, G. (1991). Video als feedback-instrument in therapeutische situaties. K.U.Leuven

Schepers, G., König, K. (2000). Video Home Training: Eine neue Methode der Familienhilfe. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.

Timmermann, M.M.C. (2009). Relationele Afstemming. Presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers. Zie ook <http://madeleinetimmermann.nl>

Timmermann, M.M.C. (2011). Goede zorg voor mensen met dementie. Presentieverrijkte verpleeghuiszorg. Den Haag, Boom Lemma Uitgevers. Zie ook <http://madeleinetimmermann.nl>

Watzlawick, P., Beavein, J.H. & Jackson, D.D. (1970). De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie. Deventer, Van Loghum Slaterus.

Hoofdstuk in boek

Baart, B. (2001). Een theorie van presentie, Utrecht: Boom Lemma Uitgevers, p.651 ev. www.presentie.nl

Bandura, A. (1981). Self-referent thought: A developmental analysis of self-efficacy. In J.H.Flavell & L.Ross (eds. 0, Social cognitive development: frontiers and possible futures (pp. 200-239). Cambridge, UK: Cambridge University press.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy consequences. New directions for Child Development. No. 43, Spring 1989. pp.5-14. San Francisco: Jossey- Bass.

Huybrechts, K.F., Brookhart, M.A., Rothman K.J., Silliman, R.A., Gerhard, T., Crystal, Sl, Schneeweiss, S. (2011). Am J Epidemiol, Nov 1;174(9):1089-99.

Kat, M.G. (2009). The Neuropsychiatry of dementia Psychometrics, clinical implications and outcome. Academisch proefschrift Kat MG, 2009.

Mattheeuws, A. (1988). Systeembenadering en kommunikatietheorieën. In: Leren en leven met groepen.

Rixsen-Walraven, M. (1977). Vroegkinderlijke ontwikkeling: een interventie-experiment. Dissertatie. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.

Sink, K.M., Holden K.F., Yaffe K. (2005). Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA*. 293(5) : 596-608.

Trevarthen, C. (1982). The primary motives for cooperative understanding. In G. Butterworth & P. Light, *Social cognition: studies of the development of understanding* (pp. 77-109) Brighton: Harvester Press.

Vugt de ME, Riedijk SR, Aalten P, Tibben A, van Swieten JC, Verhey FR. (2006). Impact of behavioural problems on spousal caregivers: a comparison between Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 22(1):35-41.

Weiner, B. (1983). Some thought about feelings. In S. Paris, G. Ofson & H. Stevenson (eds.), *Learning and motivation in the classroom* (pp. 165-178). Hillsdale N.J.: Erlbaum.

Weiner, B. (1984). Principles for a theory of student motivation and their application within an attributional framework. In R. Ames & C. Ames (eds.), *Research on motivation in education. Student motivation* (vol.1, pp. 15-38). New York: Academic Press.

White, R. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological review*, 66, 297-323.

Artikel in een tijdschrift

Afram, B., Stephan, A., Verbeek, H., Bleijlevens, M.H.C., Suhonen, R., Sutcliffe, C., Raamat, K.M.A., Cabrera, E., Soto, M.E., Hallberg, I.R., Meyer, G., Hamers, J.P. (2014). Reasons for institutionalization of people with dementia: informal caregiver reports from European countries. *J. Am. Med. Dir Assoc*. 15(2): 108-116.

Bandura, A. (1977). Self efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, no.2, 191-215.

Bandura, A. (1979). Reflections on self-efficacy. In *Annual Review of Behavior Therapy, theory and practice*. New York.

Caris-Verhallen, W., Kerkstra A., Grypdonck, M. & Bensing, J. (2002). De effecten van Video Interactie. *Begeleiding op de kwaliteit van de communicatie tussen wijkverpleegkundigen en oudere cliënten*. *Verpleegkunde*, 17, 172-185.

Coope, B., Ballard, C.G., Saad, K., Pate, I A., Bentham, P., Bonnum, L. et al. (1995). The prevalence of depression in the cares of dementiasufferers, *Int. J. of Geriatric Psychiatry*. 10, 237-421

Fossy, J., Ballard, J., Juzczak, E., James, I., Alder, N., & Howard, R. (2006). The effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia; cluster randomised trial. *British Medical Journal*, 332, 756-761.

Groot, A. de, Timmermann, M.M.C, (2013). *Goede Zorg in Beeld*. Denkbeeld 2013, (2).

Groot, A. de (2011). *Video Interactie Begeleiding bij hypochondrie*. Denkbeeld 2011 (4).

Groot, A. de (2011). *Video Interactie Begeleiding bij depressie*. Denkbeeld 2011 (2).

Groot, A. de (2011). *Een beeld zegt meer dan 100 woorden*. Denkbeeld 2011 (1).

Groot, A. de (2006). *Goed bekeken*. Denkbeeld 2006.

Haberstroh, J., Neumeyer, K., Krause, K., Franzmann, J. & Pantel, J. (2011). TANDEM: Communication training for informal caregivers of people with dementia. *Aging Ment Health*, 15 (3), 405-13.

Hageman, I (2009). Video Interactie Begeleiding als leer-coachtraject. *Forum, Landelijk Tijdschrift voor Supervisoren en Coaches*. www.LVSC.eu

Hinde, R.A. (1976). On describing relationships. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 17, 1-19

Murphy, J. & Oliver, T. (2013). The use of Talking Mats to support people with dementia and their carers to make decisions together, *Health Soc Care Community* , 21 (2), 171-80.

Ravelli, A.J. (1990). Video-hometraining: oude wijn in nieuwe zakken? *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 2, No. 12, 2-7.

Savundranayagam, M.Y. & Orange, J.B. (2011). Relationships between appraisals of caregiver communication strategies and burden among spouses and adult children. *Int Psychogeriatr*, 23 (9), 1470-8.

Vernooij-Dassen, M., Spijkers, A., Olderikkert, M., Koopmans, R. (2010). "A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes". *International Psychogeriatrics*, 22:2, 189-200.

Vliet, D. van, Koopmans, R.T.C.M., Walravens, V., Gerritsen, D.L. (2015). Improving interaction between people with dementia and their informal caregivers using video feedback at home. (subm.)

Walker, L.O. & Avant, K.C. (2011). *Strategies for Theory Construction in Nursing*, Pearson, Upper Saddle River, NJ.

Wels, P.M.A. & Oortwijn, A.J. (1992). Video-hometraining. Een bijdrage tot wetenschappelijke fundering. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 31, 3-21.

Zeijl van, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., Stolk, M.N., Koot, H.M., Alink, L.R.A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. Dec;74(6):994-1005.

Zuidema, S. U., Derksen, E., Verhey, F., & Koopmans, R. T. (2007). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 632-638.

Rapport/studie

Hageman, I. (2008). Who cares? Onderzoek in het kader van Masteropleiding Organisatie Coach, Haagse Hogeschool, Academie voor Masters & Professional Courses

Mink, M. (2009). The Effects of 'Video Interaction Guidance' (VIG) in Dementia Care. A Pilot Study.

Peeters, J. Werkman, W., Francke, A.L. (2013). Mantelzorgers over ondersteuning bij dementie door het sociale netwerk en de gemeente. *Dementiemonitor Mantelzorg 2013*. Nivel.

TNO rapport (2010): Agressie Afgerekend. Een onderzoek naar de kosten en baten van maatregelen tegen agressie en geweld in de publieke taak

Verenso. (2008). Multidisciplinair werken aan probleemgedrag, een multidisciplinaire handreiking bij de NVVA-richtlijn probleemgedrag. Verenso. (Behandeling).

Verhoeven, A. (2006), Pilotonderzoek naar de effecten van VIB bij dementerende ouderen, Video Interactie Begeleiding (VIB) bij ouderen.

Zwaanswijk, M. Beek, S. van, Peeters, J., Meerveld, J.H.C.M. & Francke, A.L. (2009). Advies en informatie direct vanaf beginfase belangrijk voor mantelzorgers van mensen met dementie: resultaten van de laatste peiling met de monitor van het Landelijk Dementieprogramma, Utrecht: NIVEL.