

## GOED BEKEKEN: Een casus uit de methode Video Interactie Begeleiding, door: Andrea de Groot

### INTRO

Bij de methode Video Interactie Begeleiding (VIB) worden contactmomenten die moeizaam verlopen door de aanwezigheid van ‘probleemgedrag’ op video vastgelegd. Een speciaal getrainde begeleider analyseert de beelden en geeft op basis daarvan feedback aan de zorgverlener of mantelzorger.

In dit artikel wordt VIB uitgelegd aan de hand van een casus:

Mevrouw de Winter (72) gedraagt zich duidelijk anders dan andere bewoners op de PG-afdeling. Ze loopt wat rond of trekt zich terug in een hoekje. Vaak praat en mompelt mevrouw in zichzelf, waarbij ze regelmatig woorden als *God, hel, verdoemenis* zegt (mevrouw is bekend met een godsdienstwaan). Het is niet duidelijk waar ze mee bezig is. Mevrouw is erg in zichzelf gekeerd en zoekt ook geen contact. Wanneer verzorgenden haar benaderen, kan zij woedend reageren en is daarbij ook fysiek agressief. De zorgmedewerkers zijn mevrouw erg voorzichtig gaan benaderen en zijn op hun hoede of zelfs angstig.

De psycholoog heeft een klinische les verzorgd, waarin meer is uitgelegd over het ziektebeeld. (Mevrouw is ook bekend met schizofrenie.) Samen met de medewerkers heeft de psycholoog gekeken naar wat wel werkt en naar wat mevrouw de Winter nodig heeft. Mevrouw heeft baat bij een prikkelarme omgeving. Het zou dus beter zijn als zij door één verzorgende tegelijkertijd geholpen wordt. Door de angst die veel verzorgenden inmiddels hebben durft echter bijna niemand dat en raken zij ervan overtuigd dat mevrouw de Winter echt niet op de juiste afdeling zit, doordat zij niet weten hoe met mevrouw om te gaan. Hierop heeft de psycholoog VIB aangevraagd.

### DOEL EN WERKWIJZE VAN VIB

De Methode VIB wordt sinds 1993 ingezet binnen Behandelcentrum de Hazelaar. Aan het centrum zijn 2 Video Interactie Begeleiders verbonden. Zij kunnen d.m.v. VIB zowel mantelzorgers als zorgverleners ondersteunen wanneer er problemen ervaren worden met het gedrag van bijvoorbeeld iemand met dementie. Samen met de mantelzorger of zorgverleners wordt een hulpvraag opgesteld in een intakegesprek. Wat ervaren *zij* als moeilijk, met welk gedrag willen *zij* leren omgaan. In de casus van mevrouw de Winter was de hulpvraag:

“Hoe moeten we contact met mevrouw maken?, Wanneer moeten we contact met mevrouw maken?, Leveren we eigenlijk wel goede zorg als we maar heel weinig contact maken?”

Om een oplossing te vinden worden er video-opnames gemaakt van *geslaagde* contactmomenten. De begeleider analyseert de beelden en kijkt deze samen met de zorgverlener of mantelzorger terug. De videobeelden laten duidelijk zien waardoor de communicatie op sommige momenten *wel* succesvol verloopt en welk aandeel de zorgverlener of mantelzorger daar zelf in heeft.

Zo worden zorgverleners of mantelzorgers zich weer **bewust van de reeds aanwezige goede communicatie-elementen** in hun gedrag. Het eigen zelfvertrouwen groeit hierdoor en zijn je leert het succesvolle gedrag steeds meer en in steeds moeilijkere situaties toe te passen. Stapsgewijs volgen er opdrachten die in de praktijk (of thuis) geoefend gaan worden. Tussentijds worden er ook video-opnames gemaakt om te zien wat er beter gaat, zodat je steeds beter grip krijgt op de situatie.

**Voorbeeld:**

De 1<sup>e</sup> opname en feedback was voornamelijk gericht op het contactritueel. Wanneer maak je wel en wanneer maak je geen contact? Hoe zie je aan mevrouw dat je "binnen kan komen"? Welke signalen geeft mevrouw als ze overprikkeld raakt of is? En hoe zie je dat ze rustig is en eventueel open staat voor contact? De verzorgenden kregen de opdracht mee om daar mee aan de gang te gaan in de volgende weken. Zij leerden de momenten te herkennen waarop het geen zin had om contact te zoeken. Wanneer mevrouw de Winter bijvoorbeeld afgeleid is door wanen en hallucinaties is het onmogelijk om contact te maken, laat staan dat zij dan nog zou begrijpen wat iemand bedoelt. Er werd afgesproken om mevrouw in zulke situaties met rust te laten en het later opnieuw te proberen. Dit alleen al gaf veel rust bij de verzorgenden, *weten wat te doen*, al is dat op dat moment juist niets, kan heel verhelderend zijn.

Bij de 2<sup>e</sup> opname was te zien hoe een verzorgende mevrouw de Winter hielp met de broodmaaltijd. (Het was een moment waarop mevrouw rustig was en er dus contact gelegd kon worden). Het accent van dit feedback-moment lag op : hoe hou je het contact geopend en wat zie je dan aan mevrouw? Begrijpt ze je? En waar zie je dat aan?

Bij de 3<sup>e</sup> opname en feedback lag het accent op: welke boodschappen komen beter bij mevrouw binnen? Wat doe je dan? Ook hier werd weer mee geoefend.

Inmiddels bleek het op de afdeling een stuk beter te gaan met de omgang met mevrouw. Verzorgenden begrepen beter wat mevrouw nodig had van hen, ook als dat een gewoon "met rust gelaten worden" was. Door het voortdurend volgen van mevrouw en het leren oppikken van signalen die zij gaf, bleek zelfs dat mevrouw soms zelf ook contact zocht. Verzorgenden hadden met elkaar afgesproken om op die momenten alles wat ze aan het doen waren te laten rusten en gelijk op haar wens tot contact in te gaan. Op die manier kregen ze het gevoel dat ze voor mevrouw toch iets meer konden betekenen.

De kracht van de methode zit in het feit dat er uit gegaan wordt van **geslaagde communicatie**. Iedere zorgverlener beschikt over de vaardigheid om dat tot stand te brengen. In de praktijk wordt dit vaak ondergesneeuwd door gevoelens van machteloosheid, boosheid, ongeduld en onzekerheid.

Bij VIB is de focus juist niet gericht op wat er fout gaat, of waar het probleem zich aan dient, maar op wat van nature nog goed verloopt. Wat is de meest optimale situatie, waarin beide interactiepartners kunnen laten zien waartoe zij in staat zijn? Juist van *deze* momenten worden video-opnamen gemaakt. De videobeelden dragen immers de 'voorbeelden' in zich en laten duidelijk zien waardoor bepaalde interacties wel succesvol verlopen en welk aandeel de zorgverlener daar zelf in heeft.

**THEORETISCHE ONDERBOUWING VAN VIB**

Ten behoeve van de Video Home Training ontwikkelde de communicatiewetenschapper Schepers in 1991 het Pijlmodel. Hierin geeft hij aan dat de werking van VHT niet is terug te voeren naar één welomschreven theorie, maar steunt op meerdere theoretische inzichten (de 'pijlers'). Voor VIB is het pijlmodel aangepast aan de ouderenzorg.

Het Pijlermodel gaat uit van vier wetenschappelijke basisdomeinen, die de praktijkmethode omkaderen:

- De **ethologie** onderzoekt door middel van gedetailleerde observaties de menselijke interacties. Op deze manier leveren ze ons de instrumenten waarmee we de *vorm* van de communicatie kunnen analyseren. Zo kunnen we analyseren of er initiatieven tot een contact genomen worden, of deze initiatieven ontvangen worden en of deze ontvangst ook weer bevestigd wordt.
- Bij het analyseren van beeldmateriaal gaat het echter niet alleen om de vorm van de communicatie, maar ook om de *inhoud* van die communicatie. Immers, niet alleen *dat* er iets gezegd en ontvangen wordt is van belang, maar minstens even belangrijk is *hoe* het gezegd wordt en in welke *context* dit gebeurt. Bij de analyse van deze inhoud maken we gebruik van de **communicatiewetenschappen** met verschillende communicatiemodellen.
- De uiteindelijke betekenisverlening aan de communicatie hangt naast de vorm en inhoud ook nog af van de interactiepartner. Bij de VHT zijn dit kinderen, bij VIB ouderen. De pijler **pedagogiek** is hier dan ook vervangen door de pijler **psychogerontologie**. Om de juiste betekenis aan de beelden te verlenen is kennis van de ouder wordende mens en kennis van ziektebeelden van wezenlijk belang. Het maakt bijvoorbeeld een groot verschil of een oudere de ontvangst van een boodschap niet bevestigt omdat die boodschap niet gehoord is (bij slechthorenden) of niet begrepen (bij dementerenden) of nog niet verwerkt (bij vertraagde reacties na een CVA).
- Niet alleen wat wij uit de beelden analyseren is van belang, maar nog veel belangrijker is hoe we anderen (verzorgenden) tot inzicht kunnen brengen wat daar gebeurt. Hierbij maken we gebruik van de laatste pijler: de **psychologie**. Hoe kunnen we het bewustzijn van mensen voor hun eigen functioneren in relatie tot anderen vergroten? Hoe leren volwassenen? Hoe komen veranderingsprocessen op gang en welke trajecten moeten daarbij doorlopen worden? Welke rol speelt het geven van feedback en video-feedback daarbij? Allemaal vragen waarop vanuit de pijler psychologie een antwoord valt te geven.

Binnen elk van bovenstaande pijlers zijn auteurs of deeldomeinen te herkennen, die theoretische principes aanleveren, waarmee we de praktijk van de methode VIB kunnen verklaren en onderbouwen. De pijlers overlappen elkaar, maar beïnvloeden elkaar ook. Zo zien we dat de communicatiewetenschappen zich bezig houden met beïnvloeding middels het geven van boodschappen en dat ditzelfde weer terugkomt bij het op gang brengen van veranderingsprocessen binnen de psychologie.

Nieuwe manieren van communicatie, bijvoorbeeld via de computer, zouden ons ook nieuwe vormen kunnen bieden in een begeleidingstraject met VIB (bijvoorbeeld het aanbieden van richtlijnen in beeld in een digitaal zorgdossier). Zo blijft het theoretische pijlermodel een dynamisch model.

## DE INSTRUMENTEN

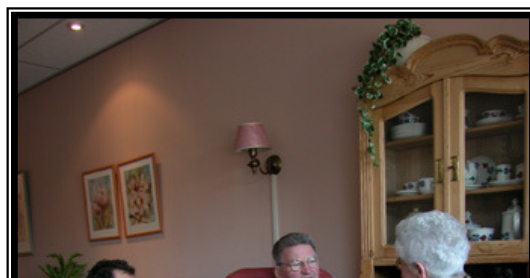
De pijler 'ethologie' leert ons dat een geslaagd contact verloopt volgens een bepaalde volgorde, een ritueel. Dit **contactritueel** bestaat uit drie elementen:

- de opening van het contact;
- de handhaving van het contact;
- de afsluiting van het contact.

Voor geslaagde communicatie is niet alleen het doorlopen van het contactritueel belangrijk, maar binnen de handhaving van het contact wordt de interactie ook gekenmerkt door een aantal interactieprincipes.


Zo biedt de pijler 'ethologie' een aantal instrumenten, waarmee de vorm van de communicatie in de videobeelden geanalyseerd kan worden. Om geslaagde communicatie beter inzichtelijk te maken zijn de interactieprincipes beperkt tot **vijf 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





## TOEPASSING IN DE PRAKTIJK

Vanuit een overlegvorm (bijvoorbeeld een Multi Disciplinair Overleg) komt er een hulpvraag naar een Video Interactie Begeleider. Deze voert een intake gesprek met de hulpvrager (verzorgende of familielid). Hierin worden gegevens verzameld en getoetst. Belangrijk bij deze intake is juist na te gaan wat zorgverleners als probleem ervaren, waar *zij* zich machteloos in voelen en welke oorzaken *zij* voor het probleemgedrag zien. Ook wordt er gekeken welke situaties er nog wel goed verlopen, om zodoende een opening te vinden waar al geslaagde communicatie plaats vindt. Er wordt een duidelijke hulpvraag opgesteld en de mogelijk te behalen einddoelen worden besproken. Reeds bij het intakegesprek wordt de videocamera gebruikt, zodat er al sprake van enige gewenning kan zijn. Vervolgens wordt een eerste opname gemaakt, zo mogelijk van een situatie die goed verloopt en waar geslaagde communicatie in te zien is. De opnames duren slechts 5-10 minuten. Deze eerste opname wordt door de VIB-er geanalyseerd aan de hand van de basis- interactie-principes en het contactritueel, waarbij het accent ligt op de geslaagde contactelementen.  Daarnaast wordt er gekeken naar de capaciteiten van beiden liggen binnen dit contactritueel. Vervolgens wordt er een plan opgesteld voor het te volgen traject. De VIB-er gaat met beeldmateriaal en analyse terug naar de zorgverlener. Daar wordt een eerste video-feedback gegeven aan de hand van de beelden.

In de uitvoering van het stappenplan wordt er steeds een opname gemaakt, gevolgd door een feedbacksessie en het oefenen van een opdracht. Eén of twee weken later volgt er dan weer een opname die wordt geanalyseerd en opnieuw met de zorgverlener doorgesproken. De focus bij de nieuwe opname ligt steeds bij het geoefende gedrag en dan met name daar waar dit geslaagd is. De ervaring leert dat er doorgaans 3 of 4 opnames en feedbacksessies nodig zijn om tot oplossing van de hulpvraag te komen. De nadruk ligt steeds bij het veranderen van de interactie en niet bij het veranderen van het als storend ervaren gedrag. De invloed die de zorgverlener zelf in dit proces heeft staat hierbij op de voorgrond.

## KRACHTEN VAN VIB

Zoals eerder genoemd zit de grootste kracht van de methode VIB in het uitgangspunt van **geslaagde communicatie**. Maar er speelt nog een kracht waardoor de Methode VIB zo succesvol is. Door het gebruik van het **medium video** zijn we in staat om de momenten van deze geslaagde communicatie te laten zien aan de zorgverlener. Doordat de zorgverlener bij het terugkijken van deze beelden buiten de oorspronkelijke situatie geplaatst wordt, is hij in staat om met een andere bril op naar die situatie te kijken. In de feedbacksessies treedt er daardoor een verschuiving op van de focus op het (storende) gedrag van de ander naar de focus op het eigen gedrag. Tegelijkertijd vindt er een verschuiving plaats in de toeschrijving naar de oorzaken van dat storende gedrag. Door de andere betekenis die gegeven wordt aan het gedrag, is de zorgverlener ook in staat om zelf anders te gaan handelen. 'Anders' kijken wordt zo gevolgd door 'andere betekenis geven aan' en door 'anders handelen'.

Er is nog een kracht werkzaam binnen de methode.

Bij de analyse van de videobeelden wordt er gebruik gemaakt van het contactritueel en de vijf basis-interactie-principes. Aan de hand van deze instrumenten wordt ook de feedback gegeven. Concreet waarneembaar gedrag kan zo worden besproken in concrete termen. Al kijkend leren de zorgverleners door de Video Interactie Begeleider praten in deze termen.

De VIB-er vraagt bijvoorbeeld: Wordt die boodschap ontvangen? Ja? Waar zie je dat aan? Hoe geeft de cliënt dit aan? Precies: hij kijkt de verzorger aan, hij knikt en hij gaat de handeling uitvoeren.

Zo leert iedereen **dezelfde taal spreken** en wordt de onderlinge communicatie tussen zorgverleners duidelijker. De vage uitdrukking 'structuur bieden' zou dan kunnen worden: leiding geven door korte boodschappen te geven, controleren of die binnen komen en vervolgens de handeling inzetten en blijven volgen of het contact met de cliënt nog geopend is.



Het voordeel van 'allemaal dezelfde taal spreken' mag duidelijk zijn. Wanneer een zorgverlener tijdens de training met VIB heeft geleerd hoe zij het beste met het gedrag van een bepaalde cliënt om kan gaan, is ze nu ook in staat om aan collega's in concrete termen uit te leggen wat ze dan precies doet en hoe anderen dat ook voor elkaar kunnen krijgen. Voorts kunnen deze adviezen ook in zorgdossier geschreven worden, waarbij het voor een ieder duidelijk is wat er bedoeld wordt. Dit vergroot aanmerkelijk de kans dat de adviezen ook opgevolgd gaan worden.

#### **ANDERE ACCENTEN**

Hoewel de werking van de Methode VIB op zich hetzelfde blijft bij de verschillende doelgroepen, kan er wel sprake zijn van een verschil in uitvoering. Zo heeft ieder ziektebeeld andere gevolgen voor de communicatie. Dit vertaalt zich in andere accenten binnen **het contactritueel** en de **basis-interactie-principes**.

Zo komt het accent bij CVA-cliënten vaak te liggen op hoe om te gaan met de trage informatie-verwerking (die bij een groot percentage van deze cliënten voorkomt). Welke boodschap heeft de

cliënt nodig van ons, in welk tempo, hoeveel tegelijk, van welke kant gegeven? Pas met VIB wordt door zorgverleners gezien hoeveel boodschappen ze vaak tegelijk geven. Dit is zeker het geval als meerdere zorgverleners tegelijk een cliënt verzorgen. (Iets wat regelmatig nodig is door de vaak geringe mobiliteit).

Bij de groep 'psychisch kwetsbare ouderen' ligt het accent veel meer op het leiding houden in de communicatie, boodschappen mededelen, alle verzorgers dezelfde soort boodschappen geven en houden aan gemaakte afspraken.

Niet alleen zien we accent verschillen bij het gebruik van het instrumentarium, maar ook **het verloop van een casus** kan een andere zijn dan bij dementerende cliënten. Bij jong-dementerenden kan de sociale situatie erg verschillen van die van de oudere dementerenden. Er kunnen nog (vaak jonge) kinderen thuis wonen. Niet zelden zien we dat de kinderen ook meedoen met VIB, maar dan meestal in een apart traject. Bij de CVA-cliënten kan het voorkomen dat zij ook *zelf* een traject met VIB volgen (naast het traject met de zorgverlener). Ook kan het voor komen dat partners van CVA-cliënten al een VIB-traject volgen alvorens de cliënt naar huis gaat en nog in de instelling verblijft. Soms zie je al van verre aankomen dat bepaalde situaties thuis niet zo goed zullen gaan lopen en zou je de te verwachte problemen al voor kunnen zijn.

Ook zijn er verschillen als we kijken naar de toestemming die verleend moet worden om te kunnen starten met een begeleidingstraject VIB. Zo is dat bij de dementerenden de wettelijke vertegenwoordiger en kan het bij de CVA-cliënt vaak de cliënt zelf zijn.



## **NAAST VIB OOK BIT**

VIB wordt als begeleidingsmethode ingezet bij probleemgedrag in de ouderenzorg. Tijdens ons werk werd steeds duidelijker dat de principes van de methode ook ingezet konden worden om verzorgers een duidelijker beeld van hun eigen functioneren te geven, zonder dat daar direct een probleem-situatie aan verbonden hoefde te zijn (wat bij VIB altijd wel het geval is). Daartoe is vanuit **de methode VIB** de cursus **basis-interactie-training (BIT)** ontstaan. Deze training wordt zowel binnen als buiten De Hazelaar aan groepen verzorgenden en afdelingsteams gegeven en staat naast de methode VIB.

De cursus is gericht op de deskundigheidsbevordering van de medewerker in de ouderenzorg. Met behulp van principes van de Methode VIB wordt de medewerker bewust van zijn of haar gedrag in de communicatie met cliënten. Het is een training, waarin de eigen bijdrage in communicatie in beeld wordt gebracht. De interactieprincipes van geslaagde communicatie geven de deelnemers hiervoor handvatten. Ook hier is het uitgangspunt weer dat een ieder over capaciteiten beschikt in het contact met een andere persoon. De cursus gaat uit van deze capaciteiten, brengt ze in beeld, licht ze eruit en maakt ze inzichtelijk voor de cursisten.

De individuele doelen zijn er op gericht om het zelfbeeld te veranderen en individuele deelnemers meer inzicht te geven in het eigen aandeel in de communicatie en het besef van eigen invloed op die communicatie te vergroten. Daarnaast staat het leren en hanteren van dezelfde communicatietermen centraal en bewustwording van de eigen capaciteiten.

Hoewel het hoofddoel de individuele verandering is, zijn er ook (neven) teamdoelen: bewerkstelligen van een open communicatie binnen een team en het bewust worden van capaciteiten van collega's. Daarnaast hebben we een BIT ontwikkeld waarbij de teamdoelen op de voorgrond staan. Deze doelen zijn er op gericht om de kracht van team te vergroten door het versterken van de communicatie binnen die teams. Voor beide veranderingsprocessen moet er bij de deelnemers voldoende basis aanwezig zijn om te willen groeien.

De werkvormen zijn zodanig gekozen dat er een actieve deelname van de cursisten gevraagd wordt. Dit vraagt deskundigheid van de trainer. Juist het afstemmen op de groep, kijken wat die groep nodig heeft om te groeien en de manier waarop dit het meeste effect heeft, maakt de cursus tot een succes. BIT trainers krijgen dan ook een aparte opleiding, nadat ze de opleiding tot Video Interactie begeleider hebben gevolgd.

Het zal duidelijk zijn dat de cursus (met wat kleine aanpassingen) aan iedere groep verzorgers binnen verschillende settings van de ouderenzorg te geven is. De ervaring leert dat alle werkers in de zorg erg enthousiast zijn, van welk deskundigheidsniveau dan ook. Videofeedback blijkt een vorm van leren, die goed aansluit bij zorgverleners.

## DE TOEKOMST

De ontwikkeling van de methode VIB staat niet stil. Omdat VIB vooral zijn waarde bewijst voor de praktijk, zullen hieruit vragen voortkomen voor nieuwe toepassingsgebieden. Ook maatschappelijke veranderingen en technologische vernieuwingen zullen steeds om aanpassingen in de uitvoering van de methode vragen. Het blijft tenslotte een dynamische methode.

Juni 2010  
Andrea de Groot, opleider VIB

## INFORMATIE

### Opleidingen en trainingen Video Interactie Begeleiding

#### **Eenmalige presentatie**

In de vorm van een lezing, gastles of workshop kan worden kennisgemaakt met de methode Video Interactie Begeleiding.

#### **Basiscursus Video Interactie Begeleiding in de ouderenzorg**

Deze eendaagse cursus biedt de mogelijkheid voor een **oriëntatie** op de methode van Video Interactie Begeleiding in de ouderenzorg.

#### **Opleidingen**

De Hazelaar verzorgt afgeronde opleidingen op het gebied van Video Interactie Begeleiding:

#### **Opleiding tot Video Interactie Begeleider in de ouderenzorg.**

Opleiding tot Supervisor Video Interactie Begeleider in de ouderenzorg.

#### **Opleiding tot Trainer Basis Interactie Training (Trainer BIT).**

#### ***Basis Interactie Training (BIT)***

Naast de opleidingen verzorgt De Hazelaar ook **communicatietrainingen**. Deze zijn gericht op deskundigheidsbevordering en maken gebruik van de principes uit de Video Interactie Begeleiding.



***Wilt u meer weten over de methode Video Interactie Begeleiding?***

Kijk dan op [www.DOTmidden-brabant.nl](http://www.DOTmidden-brabant.nl) of vraag onze producten aan:

## **Producten**

### **Handboek 'Video Interactie Begeleiding in de ouderenzorg'**

Door A. de Groot, Tilburg 2005.

Een uitgebreide theoretische beschrijving van de methode en ervaringen met de toepassingen binnen verschillende doelgroepen in de ouderenzorg.

Prijs € 40,=

### **Module VIB in de Ouderenpsychiatrie**

Door A.de Groot, Tilburg 2009

Een aanvulling op bovenstaand handboek. Het laat de toepassing van de methode zien bij de steeds toenemende psychiatrische problematiek bij ouderen in verzorg- en verpleeghuizen en in de thuissituatie.

Prijs € 20,=

### **DVD 'Goed Bekeken 1'**

'Video Interactie Begeleiding in de Psychogeriatric' 1997, Pieter Wolswijk.

Prijs € 15,=

### **DVD 'Goed Bekeken 2'**

'Video Interactie Begeleiding in de ouderenzorg' 2005, Pieter Wolswijk.

Prijs € 25,=

### **Combi 1: Handboek en DVD2:**

Prijs € 60,=

### **Combi 2: Handboek, Aanvullende module en DVD 2:**

Prijs € 75,=

**Behandelcentrum De Hazelaar**  
**Verzorging, verpleging, reactivering en thuiszorg**  
Dr. Eygenraamstraat 3  
5042 SE Tilburg  
Tel: 013-4644100

**Contact:**  
[a.d.groot@dewever.nl](mailto:a.d.groot@dewever.nl)  
06-30564587