

Wat zou de toegevoegde waarde kunnen zijn van de
methodiek Video Interactie Begeleiding in het
Diaconessenhuis te Meppel, toegespitst op
prikkelbare baby's?

Naam: Ingeloes Klaassen s1009116
Leonie Tichelaar s1010544

Klas: MAV6SP06

Docentbegeleider: Linda Geerars

Naam organisatie: Diaconessenhuis Meppel
Praktijkbegeleider: Jacqueline Huisma

Datum: 15-06-2011

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	4
Inleiding	5
Samenvatting.....	6
1. Onderzoekopzet	8
2. Theorie	10
2.1 Doelgroep.....	10
2.2 Communicatie en interactie	11
2.3 Risico- en beschermingsfactoren voor een prikkelbare baby en het gezin; het balansmodel.	13
2.4 Methodiek	15
2.5 Opleiding	16
2.6 Samenvatting Theorie	16
3. Methode	17
4. Resultaten interviews andere ziekenhuizen	19
4.1 Samenvatting interviews.....	19
5. Deelvragen (resultaten en antwoorden)	30
5.1 Deelvraag 1: Wat is de huidige situatie op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis in Meppel met betrekking tot de prikkelbare baby's?	30
5.2 Deelvraag 2: Wat is de reden dat Video Interactie Begeleiding wordt toegepast op de kinder- en jeugdafdeling in een ziekenhuis en niet via een andere (hulpverlenings)instantie?	38
5.3 Deelvraag 3: Bij welke problematiek kan de methodiek Video Interactie Begeleiding ook worden toegepast?	40
5.4 Deelvraag 4: Wat is de werkcultuur binnen de kinder- en jeugdafdeling in het ziekenhuis te Meppel?.....	42
5.5 Deelvraag 5: Hoe wordt de methodiek Video Interactie Begeleiding in andere ziekenhuizen toegepast?	43
6. Conclusie.....	44
7. Aanbevelingen	46
8. Discussie	47
9. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	48
Nawoord	49
Literatuurlijst	50
Bijlagen	52

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van ons onderzoeksproject met als onderzoeksvraag:

‘Wat zou de toegevoegde waarde van Video Interactie Begeleiding kunnen zijn op de kinder- en jeugdafdeling van het Diaconessenhuis te Meppel, toegespitst op prikkelbare baby’s?’

Het onderzoeksproject is onderdeel van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle.

De afgelopen maanden zijn we in contact gekomen met mensen die een grote bijdrage hebben geleverd aan de voortgang van ons onderzoeksproject.

Van onze opdrachtgever, het Diaconessenhuis Meppel, willen we in het bijzonder de volgende mensen bedanken:

- Jacqueline Huisma, pedagogisch medewerker.
- Anja Spijkerman, pedagogisch medewerker.
- Maryella Vlieg, verpleegkundige.
- Ton van Kessel, kinderarts.

Daarnaast willen wij de volgende pedagogisch medewerkers bedanken voor hun medewerking:

- Nynke van der Berg van het Antonius Ziekenhuis in Sneek.
- Liseth Broer van de Isala Klinieken in Zwolle.
- Jessica Boerema van het Bethesda Ziekenhuis in Hoogeveen.
- Inge Rolff en Dieuwke Hijum van het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen.
- Wilma Meijerink van het Scheper Ziekenhuis in Emmen.

Door de bijdrage van deze mensen hebben wij ons onderzoeksproject met succes af kunnen ronden. Hiervoor onze hartelijke dank.

Ingeloes Klaassen en Leonie Tichelaar

Inleiding

Ons rapport is als volgt opgebouwd:

Allereerst kunt u lezen over onze onderzoeksopzet. Hierin beschrijven we onder andere onze probleemstelling, doelstelling, onderzoeksvraag en deelvragen.

In het theoriedeel vindt u de toelichting op het begrip Video Interactie Begeleiding (VIB). De volgende onderwerpen hangen hiermee samen: de definiëring van de doelgroep prikkelbare baby's, de begrippen communicatie en interactie en de eventuele risicofactoren.

Om helder te krijgen wat onze onderzoeksgroep is en op wat voor manier wij deze benaderd hebben, kunt u het hoofdstuk 'Methode' lezen.

Vervolgens het hoofdstuk 'Resultaten'. Hierin geven we antwoord op de deelvragen zoals omschreven in het hoofdstuk 'Onderzoeksopzet'.

Daaropvolgend het hoofdstuk 'Conclusie'. Hier komen wij tot het antwoord op de hoofdvraag.

Aansluitend hebben wij een aantal aanbevelingen opgesteld.

Samenvatting

Onze onderzoeksvraag luidt:

‘Wat zou de toegevoegde waarde van Video Interactie Begeleiding kunnen zijn op de kinder- en jeugdafdeling in Meppel, toegespitst op prikkelbare baby’s?’

In het Diaconessenhuis Meppel wordt niet met Video Interactie Begeleiding gewerkt. De belangstelling voor de methodiek vanuit de pedagogisch medewerkers van dit ziekenhuis was uitgangspunt voor ons onderzoek.

Om een antwoord te krijgen op deze onderzoeksvraag hebben wij kwalitatief onderzoek verricht. Als onderzoeksmethode hebben we gegevens verzameld door middel van literatuuronderzoek en het afnemen van interviews.

Allereerst hebben wij theorie omtrent dit onderwerp uitgewerkt.

Prikkelbare baby’s zijn kinderen van nul tot één jaar oud die gedurende drie weken achter elkaar huilen, langer dan drie uur per dag, met een gemiddelde van drie dagen per week.

De methodiek **Video Interactie Begeleiding** is bedoeld om ouders te laten kijken naar de interactiemomenten van hun kind richting ouder en verzorger, of richting zijn of haar omgeving.

De **opleiding tot Video Interactie Begeleider** duurt gemiddeld één jaar. Via het AIT krijg je onder begeleiding van een supervisor videobeelden te zien. Hierbij worden tips omtrent het filmen gegeven.

Het stopzetten van de beelden en het kijken naar interactiemomenten is een onderdeel van de opleiding. Vanaf het moment dat de supervisant gecertificeerd wordt als Video Interactie Begeleider, is hij/zij bevoegd om de methodiek toe te passen.

Het effect van de methodiek wordt door wetenschappelijk onderzoek ondersteund. *‘Het zelfvertrouwen van de ouders die begeleid zijn met VHT of met VIB neemt significant sterker toe dan het zelfvertrouwen van de regulier begeleide ouders* (Eliëns, Baby's in beeld, 2003, p. 64).’

De plaats waar de methodiek wordt toegepast hangt af van waar het kind en zijn of haar ouders aanvankelijk met hun klachten terechtkomen. De route die doorlopen wordt, hangt af van de hulpvraag van de ouders. Er wordt in alle ziekenhuizen nabehandeld, maar de pedagogisch medewerker is hier nog niet altijd bij betrokken.

Ons onderzoek betreft alleen ziekenhuizen uit de omgeving van Meppel die Video Interactie Begeleiding toepassen. Uit de interviews met de pedagogisch medewerkers uit Sneek, Zwolle, Hoogeveen, Assen, Emmen en Apeldoorn is gebleken dat al deze ziekenhuizen de methodiek Video Interactie Begeleiding ervaren als een toegevoegde waarde voor hun afdeling.

- De methodiek wordt gezien als een extra hulpmiddel bij ouderbegeleiding voor ouders van prikkelbare baby’s.
- Interactiemomenten kunnen op beeld vastgelegd worden; iets wat zonder beeld waarschijnlijk onopgemerkt zou blijven.
- De methodiek sluit aan bij de functieomschrijving van een pedagogisch medewerker op de kinder- en jeugdafdeling in de verschillende ziekenhuizen.
- De methodiek kan gebruikt worden bij onder andere; eetproblematiek, zindelijkheidsproblematiek, slaapproblematiek, premature kinderen, psychosociale problematiek, interactieproblematiek, hechtingsproblematiek, chronisch zieke kinderen of ouders met opvoedingsvragen. De methodiek wordt vooral toe gepast bij kinderen tot en met zeven jaar.

De verpleegkundige en de kinderarts zijn, vergeleken met de andere disciplines op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis Meppel, het meest betrokken bij de behandeling van prikkelbare baby's. Een kinderarts neemt prikkelbare baby's alleen op wanneer de situatie thuis voor ouders ondraaglijk is. De pedagogisch medewerker wordt in het Diaconessenhuis Meppel weinig betrokken bij de behandeling van prikkelbare baby's.

Een verpleegkundige en een kinderarts van het Diaconessenhuis Meppel geven aan de toegevoegde waarde van de methodiek te zien. We zijn ons bewust van het feit dat dit de mening is van slechts één kinderarts en één verpleegkundige.

De opleiding tot Video Interactie Begeleider is kostbaar. De pedagogisch medewerkers uit de benaderde ziekenhuizen zijn er wel over uit dat het een welbestede investering is voor de kinder- en jeugdafdeling in hun ziekenhuis. De ziekenhuizen zijn in bijna alle gevallen in staat om de opleiding tot Video Interactie Begeleider te bekostigen.

Onze conclusie is dat de methodiek Video Interactie Begeleiding een toegevoegde waarde zal hebben wanneer deze wordt toegepast op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis te Meppel, toespitst op prikkelbare baby's. De methodiek komt het meest tot zijn recht wanneer deze wordt uitgevoerd door een gediplomeerd Video Interactie Begeleider. Op de kinderafdeling zou dit de taak van een pedagogisch medewerker zijn, gekeken naar de eisen die aan deze functie worden gesteld. Ook voor de andere soorten problematiek heeft de methodiek een toegevoegde waarde.

1. Onderzoeksopzet

1.1 Probleemstelling

In het Diaconessenhuis in Meppel worden op de kinderafdeling in vergelijking met een aantal jaren geleden meer prikkelbare baby's opgenomen. Tijdens het regio-overleg wisselen pedagogisch medewerkers uit verschillende ziekenhuizen uit de omgeving, hun ervaringen uit. Steeds vaker wordt er gesproken over de methodiek Video Interactie Begeleiding en de geweldige ervaringen die hiermee gepaard gaan. In het ziekenhuis in Meppel wordt deze methodiek nog niet toegepast. De pedagogisch medewerkers zijn erg enthousiast over de methodiek en zouden er graag actief mee aan de slag gaan. Echter, het ziekenhuis kampt met bezuinigingen waardoor er extra goed nagedacht moet worden over de besteding van het geld. De vraag vanuit de organisatie komt dus vanuit de pedagogisch medewerkers. Zij zijn benieuwd hoe de methodiek in andere ziekenhuizen toegepast wordt en of/hoe dat in Meppel ook zou kunnen. Daarnaast is de vraag of de methodiek Video Interactie Begeleiding een toegevoegde waarde heeft voor het Diaconessenhuis, vergeleken met de situatie op dit moment. Is het invoeren van de methodiek de investering waard?

1.2 Doelstelling

Het hoofddoel is om de medewerkers op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis Meppel inzicht te geven in de methodiek Video Interactie Begeleiding. Hiernaast willen we het hoofd functionele eenheid en de teamleider ondersteuning bieden. Op basis van dit onderzoek kunnen zij een keuze maken of het invoeren van de methodiek van toegevoegde waarde is.

1.3 Onderzoeksvraag

Vanuit de vragen die wij vanuit de organisatie, met name vanuit de pedagogisch medewerkers, hebben gekregen zijn wij gekomen tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat zou de toegevoegde waarde van Video Interactie Begeleiding kunnen zijn op de kinder- en jeugdafdeling van het Diaconessenhuis in Meppel toegespitst op prikkelbare baby's?

1.4 Deelvragen

Om een antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag, hebben wij een aantal deelvragen opgesteld;

- Wat is de reden dat Video Interactie Begeleiding wordt toegepast op de kinder- en jeugdafdeling in een ziekenhuis en niet via een andere (hulpverlenings)instantie?
- Bij welke problematiek kan de methodiek Video Interactie Begeleiding ook worden toegepast?
- Hoe wordt er in andere ziekenhuizen met deze methodiek gewerkt?
- Wat is de werkcultuur binnen de kinder- en jeugdafdeling in het ziekenhuis te Meppel en wat heeft dit voor invloed op het invoeren van de methodiek?

1.5 Begrippen

Prikkelbare baby:

Een prikkelbare baby huilt minstens drie uur per dag, drie dagen per week in de periode van drie weken. Medisch gezien is er geen oorzaak gevonden voor het overmatig huilen. (Beemen, 2006)

Toegevoegde waarde:	Iets heeft een toegevoegde waarde wanneer het je als persoon of organisatie meer oplevert dan wanneer het niet aanwezig is.
Video Interactie Begeleiding:	Een methodiek die, door middel van het maken van videobeelden, wordt ingezet in een professionele setting. De methodiek is erop gericht om de communicatie en interactie tussen ouders en kind te stimuleren en te verbeteren.

1.6 Kern/doel van de functie ‘Pedagogisch medewerker’ Diaconessenhuis Meppel:

Volgens de functiebeschrijving van de pedagogisch medewerker (gedateerd uit 2001) biedt deze kinderen en ouders/verzorgers ondersteuning tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Dit met als doel het kind gedurende de opnameperiode een zo gunstig leefklimaat te bieden. Daarnaast valt het stimuleren van de ontwikkeling van het kind onder het kerndoel van de functie. (Diaconessenhuis-Meppel, 2001)

1.7 Algemene functieomschrijving Pedagogisch medewerker:

“De functie van Pedagogisch medewerker is met name gericht op het voorkomen van problemen in de ontwikkeling en de opvoeding, als gevolg van ziekte, opname en behandeling in het ziekenhuis. De Pedagogisch medewerker is erop gericht kind en ouders te ondersteunen bij het zelfstandig omgaan met en het zo mogelijk oplossen van die problemen. De Pedagogisch medewerker levert een bijdrage in de dagelijkse basiszorg voor het kind en bevordert een open communicatie tussen kind, ouders en ziekenhuismedewerkers. Door de specifieke kennis en vaardigheden van de Pedagogisch medewerker levert deze een bijdrage aan de gemeenschappelijke doelstelling van de gezondheidszorginstelling. Deze functionaris is de enige medewerker die specifiek is opgeleid en getraind in de pedagogische begeleiding van de opgenomen kinderen. Op deze wijze draagt de Pedagogisch medewerker mede zorg voor een verantwoorde pedagogische situatie tijdens de medische behandeling.” (www.epub.nl)

1.8 Hoofddoelstelling Zorgcombinatie Noorderboog

“De zorgbehoeften en daaraan gerelateerde wensen van de bevolking van Zuidwest Drenthe/Noord West Overijssel en haar omgeving zijn voor de stichting Zorgcombinatie Noorderboog richting gevend voor het aanbod. Voor al deze mensen biedt Zorgcombinatie Noorderboog zelf, dan wel in combinatie met derden het complete pakket van zorg, behandeling en ondersteuning. De vraag van de mens in samenhang met zijn omgeving, de menselijke maat in onze zorg en de veiligheid en kwaliteit van onze zorg zijn ons uitgangspunt van handelen.

De kracht van onze organisatie wordt bepaald door deskundigheid en professionaliteit, door mensgerichtheid van onze medewerkers en door ons besef dat samenwerking de sleutel is tot succes.” (www.noorderboog.nl)

2. Theorie

In dit hoofdstuk vindt u de theoretische onderbouwing van het begrip Video Interactie Begeleiding. De volgende onderwerpen zijn hierbij van toepassing: de definiëring van de doelgroep prikkelbare baby's, de begrippen communicatie en interactie en de eventuele risicofactoren van het hebben van een prikkelbare baby.

2.1 Doelgroep

In deze paragraaf beschrijven we de doelgroep prikkelbare baby's en de bijbehorende kenmerken. We hebben deze doelgroep vergeleken met 'gewone' baby's waarbij het huilen normaal verloopt. Een normaal verloop is gedefinieerd als anderhalf uur huilen verspreid over een dag. (Centrum voor Jeugd en Gezin, 2011)

2.1.1 Prikkelbare baby

In tegenstelling tot een baby die normaal huilgedrag vertoont, huilt een prikkelbare baby overmatig. Het huilgedrag heeft geen lichamelijke oorzaak en het kind laat zich moeilijk troosten (Beemen, 2006). Een kind wordt een huilbaby genoemd als het gemiddeld drie uur per dag, gedurende drie dagen per week, gedurende drie weken huilt. (Batstra)

2.1.2 Waarom huilt een baby?

Een baby heeft niet de mogelijkheid om een conversatie aan te gaan door middel van woorden. Daarom zoekt het andere manieren om met volwassenen te communiceren. Door te huilen maakt een baby duidelijk wat zijn of haar behoeften zijn en welke ongemakken het ervaart. Huilen is een overlevingsfunctie, de baby is totaal afhankelijk van zijn of haar omgeving. Niets is zo dwingend voor ouders of verzorgers als het huilen van een baby. Het huilgedrag van baby's kan sterk verschillen. Dit heeft onder andere met het temperament, het ervaren van stress en de ontwikkeling van het kind te maken. (Solter)

2.1.3 Temperament

Temperament wordt omschreven als:

'Een in aanleg gegeven individuele reactiewijze die zich al op jonge leeftijd manifesteert en die in de loop der tijd een zekere stabiliteit vertoont.' (Beemen, 2006, p. 117)

Er zijn drie temperamenttypen te onderscheiden; het moeilijke kind, het gemakkelijke kind en de langzame starter. Er is gebleken dat de kinderen uit het type 'het moeilijke kind' zich moeizaam aanpassen aan nieuwe situaties. Ze vertonen veel negatief gedrag, hebben een onregelmatig slaap- en voedingsritme en huilen relatief veel.

Temperament en karakter hangen nauw samen, het zegt iets over de manier van reageren op bepaalde prikkels. Dit temperament manifesteert zich al vanaf de geboorte. Het is voor de ouders de kunst om hun kind te leren kennen en daarbij zijn of haar karakter en temperament te herkennen. Op die manier kan een ouder inschatten waar zijn of haar kind behoefte aan heeft en waarom het op een bepaalde manier reageert op verschillende situaties. Het ene kind is gevoeliger voor prikkels dan het andere kind. Door middel van ons temperament laten wij ons zien aan de buitenwereld. (Brazelton & Sparrow, 2003)

2.2 Communicatie en interactie

Om uit te zoeken waarom men Video Interactie Begeleiding toepast op de kinder- en jeugdafdeling, is het van belang om terug te gaan naar de basis. Bij de methodiek worden ouders met hun baby begeleid en ondersteund bij het interactieproces tussenbeiden. Dit omdat interactie en communicatie met de opvoeder een zeer belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van een baby.

2.2.1 Hoe verloopt de communicatie en interactie tussen ouder en baby?

Positieve communicatie van de ouders met het kind is van zeer groot belang. Wanneer de zwangerschap geconstateerd wordt, begint bij de toekomstige ouders vaak een heel proces van informatie opzoeken via tijdschriften, boeken en internet. Ook mensen in hun directe omgeving spelen daarbij een belangrijke rol. Men krijgt een stortvloed aan informatie over zich heen. Wanneer het kind eenmaal geboren is, is het voor sommige ouders moeilijk om een selectie maken uit deze informatie. Het brengt onzekerheid en onrust met zich mee, iets wat de jonge baby feilloos aanvoelt. (Hogg & Blau, 2001) Bij de geboorte van een kind vindt er een breuk plaats tussen het prenatale en postnatale leven. Het kind is, lichamelijk gezien, losgeraakt van de moeder. Maar ondanks dat heeft het kind de warmte van de moeder en de emotionele verbondenheid hard nodig voor zijn verdere ontwikkeling. Hier wordt het hechtingsproces op gang gebracht. Het begrip 'hechting', wat erg belangrijk is voor de communicatie en interactie tussen ouder en baby, wordt later in ons onderzoeksproject nader toegelicht.

Communicatiedeskundige Watzlawick stelde ooit dat het onmogelijk is om niet te communiceren, aangezien elk gedrag communicatie is. Bij communicatie wordt er wederzijds informatie uitgewisseld door middel van woorden en gebaren. Net zoals het maken van oogcontact en geluidjes. Het aanraken van een baby door zijn ouders is ook een vorm van contact maken. In al deze gevallen is sprake van communicatie. (Bolt, 2007)

De moeder is meestal de primaire hechtingsfiguur in het leven van de baby. De sensitiviteit en affectiviteit van moeder naar kind speelt een zeer grote rol.

'Met sensitiviteit wordt bedoeld op het aanvoelen en weet hebben van, alsmede het rekening houden met de behoeften, emoties en belevingen van het kind.' (Baartman, Opvoeden kan zeer doen, 2008)

Wanneer de baby affectiviteit van de moeder mist, zijn er al snel reacties merkbaar. Het kind communiceert door te huilen. Het kind vraagt op deze manier om aandacht van de primaire gehechtheidsfiguur om zijn behoeften te bevredigen. Als deze figuur niet aanwezig is of geen respons geeft, vertoont het een stressreactie. Het kind wordt rusteloos. Dit uit zich door middel van onrust in de armpjes en beentjes (motorische onrust). Een uiterst gevoelige (prikkelbare) baby pikt alle prikkels op uit zijn omgeving. Wanneer het kind voor langere tijd geen respons ontvangt van de gehechtheidsfiguur, wordt de onrust structureel. Echter, wanneer het kind wel een positieve reactie ontvangt, zal het de warmte en veiligheid van de gehechtheidsfiguur hervinden. (Stroecken, 2003)

Stroecken stelt:

'Wat het kind gekregen heeft, op het moment dat het dat nodig had, kan het loslaten; wat het kind heeft moeten ontberen, zal het zijn leven lang blijven missen en zoeken'
(Stroecken, 2003, p. 117)

2.2.2 Hechting en hechtingsproblematiek

Interactie is een belangrijk onderdeel van het hechtingsproces tussen ouder en kind. Het consequent en sensitief reageren op de signalen van het kind zorgt ervoor dat het hechtingsproces naar behoren verloopt. Wanneer de communicatie en interactie tussen ouder en kind niet goed verloopt, bestaat er een kans op hechtingsproblematiek.

De definitie van hechting luidt: *'de duurzame affectieve band tussen twee individuen'*. (Beemen, 2006, p. 129)

Hechting vormt een belangrijk onderdeel van de sociale en emotionele ontwikkeling van een kind. John Bowlby is de grondlegger van de gehechtheidstheorie. Hij veronderstelt dat hechting, in tegenstelling tot temperament, niet genetisch bepaald is maar door sociale interactie gestalte krijgt.

De definitie van hechtingsgedrag wordt omschreven als: *'het gedrag dat het jonge, hulpbehoevende kind of dier vertoont om de nabijheid van een volwassene soortgenoot te bewerkstelligen en te handhaven'*. (Beemen, 2006, p. 131)

Het huilen van een kind is een manier om contact te zoeken met zijn verzorger. Op deze manier probeert het kind de verzorger tot actie over te laten gaan. Wanneer een ouder niet consequent reageert op de signalen van het kind, kan er hechtingsproblematiek ontstaan. Ouders en verzorgers zijn de belangrijkste factoren als het gaat om hechting. Ze dienen daarom sensitief en responsief te reageren op hun kind. Het herkennen dat het kind communiceert, alsmede het ingrijpen op het moment dat het nodig is, is van groot belang.

Wanneer de hechting niet op de juiste manier plaatsvindt, kan dit ernstige gevolgen hebben voor de toekomst van het kind.

Ainsworth introduceerde drie types van hechting, vermijdend gehecht, veilig gehecht en ambivalent gehecht. Ieder type heeft zijn eigen kenmerken (Beemen, 2006, p. 129).

2.2.2.1 Veilig gehecht (70%)

Een veilig gehecht kind reageert gestresst bij afwezigheid van ouders, maar komt ook weer snel tot exploratie. Bij terugkeer van de opvoeder zoekt het toenadering, maar het hervat de exploratie snel. Deze kinderen zijn goed te troosten. Na frustratie is het vertrouwen snel hersteld.

2.2.2.2 Vermijdend gehecht (20%)

Een vermijdend gehecht kind is veel aan het exploreren. Het vertoont geen toenaderingsgedrag bij terugkeer van de opvoeder. Of ouders afwezig of aanwezig zijn, maakt voor dit type kind geen verschil. Het kan daarnaast bij elk persoon toenadering zoeken en vertoont weinig stress. Deze kinderen zoeken meestal geen toenadering uit angst om afgewezen te worden.

2.2.2.3 Ambivalent gehecht (10%)

Een ambivalent gehecht kind is weinig aan het exploreren en zoekt veel toenadering tot de opvoeder. Bij afwezigheid van de opvoeder vertoont het kind veel stress. Het komt niet meer tot exploreren. Het kind reageert boos of klampt zich vast aan zijn of haar opvoeder wanneer deze terugkeert. Het kind vertoont meerdere hechtingsreacties die elkaar tegenspreken (boosheid en vastklampen).

Het is daarom van groot belang om preventief te handelen als het gaat om hechtingsproblematiek. Ouders van prikkelbare baby's kunnen in zo'n hoge mate stress ervaren tijdens de opvoeding van het kind, dat ze tijdelijk niet meer sensitief kunnen reageren op de signalen van het kind.

2.3 Risico- en beschermingsfactoren voor een prikkelbare baby en het gezin; het balansmodel.

Na gesprekken met pedagogisch medewerkers in de verschillende ziekenhuizen is duidelijk geworden dat het hebben van een prikkelbare baby een grote invloed heeft op het leven van de ouders. In ons onderzoek is het van belang om uit te zoeken wat deze invloed is en op wat voor manier een pedagogisch medewerker hierin kan ondersteunen. Video Interactie Begeleiding kan bij meerdere problemen worden ingezet. We gebruiken als leidraad het balansmodel, omdat dit model aantoont wat de invloeden zijn op micro-, meso- en macroniveau. Deze invloeden koppelen we aan de problematiek omtrent prikkelbare baby's.

Een prikkelbare baby is een risicofactor voor verdere problemen binnen het gezin. Het is daarom belangrijk dat er beschermingsfactoren zijn die ervoor kunnen zorgen dat deze problemen niet uit de hand lopen.

Het balansmodel in ogenschouw nemend (bijlage 7) is het belangrijk dat de risicofactoren en de beschermingsfactoren in evenwicht zijn.

Hieronder zijn een aantal risicofactoren uitgewerkt die het gevolg kunnen zijn van het hebben van een prikkelbare baby. Dit is toegespitst op drie leefgebieden: binnen het gezin, de omgeving en de samenleving. Dit wordt ook omschreven als micro-, meso- en macroniveau. Deze drie factoren worden wederzijds beïnvloed door elkaar. Ze zijn alle drie onlosmakelijk met elkaar verbonden.

2.3.1 Microniveau

Conflicten - kind- en gezinsfactoren

Wanneer een kind gedurende lange tijd problematiek vertoont waar ouders niet of moeilijk mee om kunnen gaan, kan dit zorgen voor veel stress. Wanneer ouders lange tijd onder druk staan, kan dit ervoor zorgen dat er spanningen ontstaan in de thuissituatie. Conflicten zorgen voor meer stress wat kan resulteren in onveilige situaties binnen het gezin.

2.3.2 Mesoniveau

Isolement - sociale gezinsfactoren

Wanneer een kind veel huult is een ouder kwetsbaar. Men heeft het gevoel te falen en wil de problematiek het liefst verbergen voor de omgeving. Het vergt van ouders veel energie en doorzettingsvermogen om met een prikkelbare baby om te gaan. Een kind dat veel huult neemt men niet snel mee naar een activiteit buitenshuis. De angst om door anderen aangekeken te worden is vaak groot. Dit zorgt bij enkele ouders voor een isolement; een toestand waarin men geen of heel weinig contact heeft met anderen (Dale, van, 2011).

Het gezin moet continu rekening houden met hun prikkelbare baby; het inschakelen van hulp voelt voor veel ouders als een zwakgebod. Dit is een risicofactor voor de prikkelbare baby. Door de gespannen situatie thuis en het sociaal isolement van ouders raken zowel kind en ouders in een vicieuze cirkel. Deze cirkel kan vaak alleen worden doorbroken door beschermende factoren zoals sociale steun en een affectieve gezinssituatie.

2.3.3 Macroniveau

Afwijkende subculturele normen en waarden - culturele factoren

Discriminatie

Het levert problemen op wanneer men binnen het gezin of de omgeving andere normen en waarden hanteert dan de algemeen door de samenleving geaccepteerde normen en waarden. In sommige culturen is het vragen om hulp zwak en niet geaccepteerd. Om die reden proberen ouders de problematiek zelfstandig op te lossen. Dit is mogelijk, mits er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn. Zijn deze beschermingsfactoren niet of nauwelijks aanwezig, dan kan dit resulteren in de escalatie van het probleem. Dit is ook het geval wanneer er te laat hulp wordt gezocht. Hierdoor kan er meer stress of een sociaal isolement ontstaan, wat kan resulteren in een vicieuze cirkel.

(Nederlands Jeugd instituut - Balansmodel)

2.3.4 Kindermishandeling

Definitie kindermishandeling: *'Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel* (Jeugdzorg, 2005).'

Als prikkelbare baby's huilen zijn ze moeilijk te troosten of zelfs ontoestbaar. Veel ouders raken hierdoor geïrriteerd en hebben steeds minder geduld. Het is voor deze ouders moeilijk om zich af te sluiten voor het gehuil van hun baby.

Het mishandelen van de baby is dan een risico, omdat men uit frustratie niet meer weet wat te doen. Als hulpverlener dient men deze situatie te allen tijde te voorkomen en op tijd in te grijpen. Ouders moeten weer grip krijgen op de situatie en vertrouwen krijgen in hun eigen handelen.

Kindermishandeling is een sociale wanorde. Het is niet toegestaan en wordt dus bestraft met strafrechtelijke vervolging. Er zijn meerdere vormen van kindermishandeling: Fysieke mishandeling, psychische mishandeling, seksueel misbruik en verwaarlozing. Kindermishandeling bij prikkelbare baby's is vaak een teken van onmacht en ernstige opvoedingsproblemen. (Baartman, Opvoeden kan zeer doen, 2008)

2.3.5 Shaken Baby Syndroom

Het Shaken Baby Syndroom is een term die wordt gebruikt bij mishandeling van baby's en jonge kinderen tot twee jaar. Het syndroom kan optreden wanneer een kind gedurende een aantal minuten heftig door elkaar wordt geschud. In veel gevallen handelen ouders of verzorgers uit wanhoop; ze proberen het kind stil te krijgen. Dit syndroom komt met name voor bij baby's die veel huilen en moeilijk te troosten zijn. De baby kan ernstige schade oplopen aan de hersenen, zenuwen en nek. In het ergste geval kan een baby aan de gevolgen overlijden.

De doelgroepen waarbij vooral gelet moet worden op symptomen van Shaken Baby Syndroom zijn: (Marchand, 2002)

- Prikkelbare baby's
- Moeders met tekenen van postnatale depressie of psychose
- Alleenstaande moeders (ook moeders die weinig of geen steun krijgen van partner of omgeving)
- Toxicomanie of alcoholisme

2.4 Methodiek

2.4.1 Geschiedenis

Vanaf de jaren tachtig worden videocamera's gebruikt voor het filmen van interactiemomenten. Hierdoor heeft men het besef gekregen dat, met name bij kinderen met psychosociale, rationele en emotionele problemen, de betrokkenheid van de ouders en de andere gezinsleden van groot belang is bij de behandeling.

Dat is het begin van de methodiek Video Hometraining. In eerste instantie werd de methodiek toegepast op gezinnen in hun thuissituatie. Zo kon het probleem meteen bij de kern worden aangepakt. Video Hometraining vormt uiteindelijk de basis voor Video Interactie Begeleiding. (Eliëns, Baby's in beeld, 2005)

2.4.2 De methodiek in de praktijk

De methodiek richt zich op bewustwording bij de opvoeder(s) op het gebied van interactie en het contact met hun kind. Het draait allemaal om basiscommunicatie. *"Herkenning of herstel van geslaagde communicatie is de kern van VHT/VIB"* (Eliëns, Baby's in beeld, 2005, p. 148).

Er worden korte opnames van ongeveer zeven á acht minuten gemaakt van alledaagse bezigheden. Filmopnames van situaties die op het eerste oog niet belangrijk lijken, zijn van groot belang om de onbevangen communicatie tussen ouder en kind weer te geven. De zorgverlener analyseert de beelden met ouders op microniveau. De zorgverlener is op de hoogte van de ontwikkelingsfasen en –taken van het kind en kan de ouders hierover informeren.

De methodiek kan bij verschillende problematiek worden ingezet. Dit wordt nader toegelicht bij het hoofdstuk 'Resultaten'.

2.4.3 Uitgangspunten

'VHT/VIB heeft vijf basisgedachten die de kern van de methodiek vormen waarop de methodische benadering is terug te voeren (Eliëns, Baby's in beeld, 2005, p. 141):

1. *'De fundamentele betrokkenheid tussen ouder en kind'*
Hierbij wordt aangenomen dat ouder en kind vanaf de geboorte op elkaar gericht zijn en een goed contact op willen bouwen met elkaar.
2. *'De behoefte van het kind aan aandacht en contact'*
Het kind/de baby laat zien dat het continu contact zoekt met zijn opvoeder. Dit komt duidelijk naar voren bij het terugkijken van videobeelden.
3. *'Positieve sfeer en focus op geslaagd contact'*
Ouders leren hun kind te begrijpen door het bekijken en bespreken van de videobeelden. Dit is een emotionele ervaring. Ze kunnen genieten van hun kind door het zien van de mooie en positieve beelden. Positief gedrag wordt bekrachtigd.
4. *'Initiatief en ontvangst'*
Baby's nemen het initiatief om contact te maken met hun ouders, door middel van lachen, brabbelen of imitatie. Ouders leren de initiatieven te herkennen en te ontvangen waardoor er een positief contact ontstaat.
5. *'Ontvangen van initiatieven steunt de ontwikkeling van kinderen'*
Ouders reageren op een positieve manier op het initiatief van het kind. Hierdoor zijn ze alert, wat de ontwikkeling van het kind stimuleert. Als een baby veel huult, ontstaan er afstemmingsproblemen die de communicatie verstoren. Een onderdeel van de methodiek is om deze afstemmingsproblemen te verhelpen.

2.4.4 Verschil Video Home Training en Video Interactie Begeleiding

Video Home Training en Video Interactie Begeleiding hebben dezelfde uitgangspunten. Video Home training wordt toegepast binnen de thuiscontext. Vanuit de methodiek Video Home Training is Video Interactie Begeleiding ontstaan. Video Interactie Begeleiding wordt toegepast in de professionele werksituatie.

2.5 Opleiding

Sinds 1990 kan men via de Associatie Intensieve Thuisbehandeling (AIT) de opleiding tot Video Hometrainer of Video Interactie Begeleider volgen. Uit onderzoek van Marij Eliëns is gebleken dat Video Interactie Begeleiding en Video Hometraining een toegevoegde waarde hebben op het werk in de hulpverlening. VIB is bijna niet meer weg te denken uit de hulpverlening. (Eliëns, *Baby's in beeld*, 2005). De AIT werkt niet vanuit een winst oogmerk. Geld wordt gestoken in de gekwalificeerde opleiders, het waarborgen van de kwaliteit en het verder ontwikkelen van de methodiek (AIT, 2011).

De gemiddelde opleidingsduur tot Video Interactie Begeleider is een jaar. De opleiding is vanuit verschillende takken van hulpverlening te volgen. Hierbij kan men denken aan thuiszorg, gehandicaptenzorg, jeugdhulp, kinderopvang of gezondheidszorg. Men kan een introductie cursus met betrekking tot basiscommunicatie volgen en vervolgens aan supervisiebijeenkomsten deelnemen. De supervisor maakt tijdens de opleiding videobeelden van alledaagse situaties. Deze worden bekeken en geanalyseerd onder begeleiding van de supervisor. Ook wordt er gekeken naar de wijze van filmen. De videobeelden zijn immers de basis voor het toepassen van de methodiek. Daarnaast worden de supervisanten geïnstrueerd op welke wijze gesprekken met ouders gevoerd moeten worden. De supervisor zal er op toe zien dat de ouder wordt bekrachtigd. Ook moet er bij de ouders gekeken worden naar positieve punten in het contact met hun kind. Op basis van deze gegevens wordt er gestreefd naar een optimaal contact tussen ouder en kind. De supervisor leert om bij de videobeelden op de kleinste signalen te letten. Deze focus op microniveau is een belangrijk onderdeel van de opleiding. (Eliëns, *Baby's in beeld*, 2005).

Wanneer de zorgverlener de opleiding met goed gevolg heeft doorlopen, wordt hij/zij in een landelijk register opgenomen. Om het geleerde meteen in praktijk te brengen en ervaring op te doen, zal de zorgverlener na behalen van het certificaat de methodiek onmiddellijk implementeren. Vervolgens kan men instromen in een nascholingsprogramma. Hier wordt dieper in gegaan op de methodiek. Tevens zal de hulpverlener op de hoogte blijven van de nieuwste ontwikkelingen. Dit om de kwaliteit van de opleiding te waarborgen (Eliëns, *Baby's in beeld*, 2005).

2.6 Samenvatting Theorie:

‘Een prikkelbare baby huult minstens drie uur per dag, drie dagen per week in de periode van drie weken. Medisch gezien is er geen oorzaak gevonden voor het overmatig huilen (Beemen, 2006).’

Huilen is voor een baby een manier om te communiceren. Het temperament van een kind zegt iets over de manier van reageren op bepaalde prikkels. Een kind heeft de warmte en emotionele verbondenheid van de opvoeder hard nodig voor zijn verdere ontwikkeling. Hierdoor wordt het hechtingsproces op gang gebracht. *‘Hechting is de duurzame affectieve band tussen twee individuen (Beemen, 2006, p. 129).’* Wanneer de communicatie en interactie tussen ouder en kind niet naar behoren verloopt, kunnen de gevolgen hiervan voor de korte termijn zijn: Kindermishandeling en het Shaken Baby Syndroom. Voor de langere termijn bestaat er een kans op hechtingsproblematiek. De methodiek Video Interactie Begeleiding richt zich op bewustwording bij de opvoeder(s) op het gebied van interactie en het contact met hun kind. Voor deze methodiek is een opleiding vereist.

3. Methode

3.1 Onderzoeksgroep

Onze onderzoeksgroep bestaat uit ziekenhuizen uit de Regio Meppel. Door middel van een steekproef hebben we de pedagogisch medewerkers uit deze ziekenhuizen benaderd;

- Sneek
- Zwolle
- Hogeveen
- Assen
- Emmen
- Apeldoorn

Op de kinder- en jeugdafdeling van het Diaconessenhuis in Meppel, onze opdrachtgever, zijn verschillende disciplines werkzaam. Deze mensen hebben we benaderd om meer informatie te krijgen over de doelgroep. Dit om inzicht te krijgen in de huidige situatie op de afdeling met betrekking tot ons onderzoeksontwerp.

- Pedagogisch medewerker
- (kinder)verpleegkundigen
- Kinderarts
- Verpleegkundige uit de 'werkgroep huilbaby's'.
- Pedagogisch medewerker uit de 'werkgroep huilbaby's'.

3.2 Onderzoeksontwerp

3.2.1 Soort onderzoek en methoden

We verrichten een kwalitatief onderzoek. De methoden die we tijdens ons onderzoek gebruiken zijn:

- Literatuuronderzoek
- Interviews
- Diverse onderzoeken over het onderwerp

Als methode voor ons onderzoek passen wij het halfgestructureerde interview toe. We hebben gewerkt met vragen en topics, maar gaven ook de ruimte voor eigen inbreng van de respondent. De beleving van de specifieke persoon centraal staat. (Verhoeven, 2007). Op deze manier is ons interview betrouwbaar, omdat we iedere pedagogisch medewerker dezelfde vragen stellen. De vragen zijn objectief en verkennend opgesteld, om een helder beeld krijgen van de gang van zaken in de verschillende ziekenhuizen. In het ziekenhuis van Meppel hebben we verschillende disciplines geïnterviewd. Dit om een helder beeld te krijgen van de huidige situatie.

De vragen van het interview die we opgesteld hebben gaan over de methodiek Video Interactie Begeleiding en de manier waarop deze methodiek in de verschillende ziekenhuizen toegepast wordt. We stellen iedere pedagogisch medewerker uit de verschillende ziekenhuizen dezelfde vragen.

De vragen zijn opgesteld aan de hand van de volgende topics:

- Algemeen
- Doelgroep
- Problematiek
- Protocol
- Nabehandeling
- Financiën
- Toegevoegde waarde methodiek

3.2.2 Betrouwbaarheid en validiteit

Binnen ons onderzoek zijn er een aantal punten die de betrouwbaarheid van ons onderzoek kunnen beïnvloeden.

- Ongeveer vijftig ziekenhuizen werken met de methodiek Video Interactie Begeleiding. Wij hebben bij zes van deze ziekenhuizen een interview afgelegd.
- De interviews zijn afgenomen bij verschillende pedagogisch medewerkers. We hebben alleen hun mening gehoord en niet die van de andere disciplines werkzaam in dat ziekenhuis.
- De kennis van de verschillende pedagogisch medewerkers over de methodiek VIB hebben we niet kunnen testen. Het is mogelijk dat het ene ziekenhuis meer details genoemd heeft dan het andere ziekenhuis. Er is dus een mogelijkheid dat er enkele belangrijke gegevens tijdens het interview niet genoemd zijn.
- Iedere pedagogisch medewerker hebben we dezelfde vragen gesteld. Mening en subjectieve antwoorden hebben wij tijdens het uitwerken van de resultaten zo min mogelijk meegenomen.
- Alle interviews zijn uitgewerkt. We hebben goedkeuring gevraagd voor de interviews die we hebben afgenomen en samengevat. Op één persoon na heeft iedereen hier op gereageerd. Hierdoor zijn we er zeker van dat de meeste interviews de juiste informatie bevatten.

Tijdens de interviews zijn belangrijke begrippen aan de orde gekomen. Voor de validiteit is het van belang dat zowel de interviewer als de geïnterviewde dezelfde betekenis geven aan deze begrippen. Vooral de begrippen 'prikkelbare baby' en 'toegevoegde waarde' waren van groot belang. Voorafgaand aan het interview hebben we de begrippen besproken om te controleren of we gezamenlijk op één lijn zaten.

4. Resultaten interviews andere ziekenhuizen

In onderstaande tabellen ziet u de samenvattingen van de interviews die afgenomen zijn in verschillende ziekenhuizen. Per topic zijn de antwoorden uitgewerkt. Na iedere tabel is kort beschreven wat opvalt en wat dit eventueel zou kunnen betekenen. Verderop in dit hoofdstuk geven we aan de hand van deze tabellen weer wat de antwoorden op enkele deelvragen zijn. Uit deze antwoorden zullen we in het hoofdstuk 'Conclusies' onze veronderstellingen en conclusies trekken.

4.1 Samenvatting interviews

4.1.1 Algemeen

Emmen	In Emmen wordt de methodiek Video Interactie Begeleiding sinds 2001 toegepast. Op de afdeling zijn negen mensen opgeleid als Video Interactie Begeleider; twee pedagogisch medewerkers, drie (kinder)-fysiotherapeuten, één logopediste en drie verpleegkundigen.
Assen	Sinds 2008 is Assen begonnen met het toepassen van de methodiek Video Interactie Begeleiding. Ze zijn gecertificeerd sinds 2010. In Assen zijn er drie medewerkers die een opleiding tot VIB'er hebben afgerond; twee pedagogisch medewerkers en een verpleegkundige. Een andere pedagogisch medewerker volgt de opleiding via het ziekenhuis in Sneek, waar zij ook werkzaam is.
Hoogeveen	In 2007 is het ziekenhuis gestart met de eerste opleiding tot Video Interactie Begeleider. Sinds februari 2008 zijn ze het meer gaan toepassen op de afdeling. Het ziekenhuis is vrijwel direct met een VIB-poli gestart. Ze zijn begonnen met acht uur poliklinisch per week en inmiddels (mei 2011) zijn dat twaalf uren per week. Op de afdeling zijn twee pedagogisch medewerker opgeleid als Video Interactie Begeleider.
Zwolle	De methodiek Video Interactie Begeleiding wordt in Zwolle twee jaar toegepast, waarvan één jaar gediplomeerd. In Zwolle zijn twee verpleegkundigen en één pedagogisch medewerker opgeleid tot Video Interactie Begeleider.
Sneek	In Sneek werken ze nu bijna elf jaar met de methodiek. Op de kinderafdeling zijn twaalf mensen opgeleid tot Video Interactie Begeleider, waarvan twee pedagogisch medewerkers die nog in opleiding zijn en de verpleegkundigen. De pedagogisch medewerker is een organisatie-opleider, ze mag mensen binnen het ziekenhuis opleiden. Hierdoor kost dit het ziekenhuis geen extra geld meer.
Apeldoorn	In Apeldoorn wordt de methodiek sinds 2008 toegepast. Binnen het ziekenhuis zijn twee pedagogisch medewerkers die de methodiek Video Interactie Begeleiding mogen toepassen.

Resultaat “Algemeen”

In de tabel kunnen we zien dat alle ziekenhuizen met de methodiek Video Interactie Begeleiding werken. Een klein aantal ziekenhuizen, twee van de vijf, werken al ruim tien jaar met de methodiek. De andere drie ziekenhuizen zijn sinds enkele jaren gestart met de methodiek. Daarnaast valt het op dat in Hoogeveen en Deventer de methodiek alleen door pedagogisch medewerkers wordt uitgevoerd, in de andere ziekenhuizen zijn meer disciplines opgeleid.

- In alle ziekenhuizen zijn meerdere personen opgeleid tot Video Interactie Begeleider:
- In vijf van de zes ziekenhuizen *minstens* twee pedagogisch medewerkers.
- In één van de zes ziekenhuizen is één pedagogisch medewerker opgeleid,
- In vier van de zes ziekenhuizen zijn verpleegkundigen opgeleid,
- In één van de zes ziekenhuizen drie (kinder)fysiotherapeuten,
- In één van de zes ziekenhuizen een logopediste.

Data-analyse

Het ziet er naar uit dat de methodiek de laatste jaren steeds populairder is geworden, aangezien steeds meer ziekenhuizen uit de omgeving met de methodiek werken. Er is voor de opleiding Video Interactie Begeleiding geen specifieke vooropleiding nodig. Dit maakt het volgen van deze opleiding voor alle disciplines laagdrempelig. Hierdoor kunnen meerdere disciplines de methodiek uit voeren. Wij vinden dat het kwaliteit uitstraalt als meerdere disciplines binnen een ziekenhuis de methodiek uit kunnen voeren.

Subconclusie

In alle ziekenhuizen die wij hebben benaderd wordt de methodiek toegepast, bovendien door meerdere specialismen. Van deze specialismen is er minstens één pedagogisch medewerker die de methodiek toepast.

Er is een tendens zichtbaar dat de methodiek door steeds meer ziekenhuizen wordt toegepast.

4.1.2 Leeftijd van de doelgroep

Emmen	In principe kunnen ze in Emmen de methodiek toepassen op kinderen tot en met twaalf jaar. In de praktijk zien ze vooral jonge kinderen, tot ongeveer acht jaar.
Assen	In Assen passen ze de methodiek vooral toe bij baby's of jonge kinderen. In principe maakt de leeftijd niet veel uit, als er maar een hulpvraag is. Hier kan met behulp van VIB naar gekeken worden.
Hoogeveen	In principe kan het ziekenhuis de methode toepassen tot en met een leeftijd van twaalf jaar. De ervaring leert het ziekenhuis dat het vooral kinderen zijn tussen de nul en zes jaar.
Zwolle	In principe kunnen ze in Zwolle de methodiek tot achttien jaar uitvoeren. In de praktijk

	zien ze echter dat het vooral baby's en premature baby's zijn.
Sneek	De methodiek kan worden toegepast op kinderen tot en met achttien jaar oud. Ook wordt de methodiek gebruikt bij stagiaires om hun handelen te analyseren.
Apeldoorn	In Apeldoorn kan de methodiek op alle kinderen van de kinderafdeling worden toegepast. In de praktijk zien ze dat de methodiek vooral wordt toegepast op kinderen tot ongeveer zeven jaar.

Resultaat "Leeftijd van de doelgroep"

Alle ziekenhuizen geven aan dat ze de methodiek met name inzetten bij premature kinderen, baby's en jonge kinderen tot een gemiddelde leeftijd van zeven jaar. We stellen vast dat een deel van de geïnterviewden aangeeft dat ze de methodiek uit kunnen voeren tot een leeftijd van twaalf jaar. Een ander deel van de geïnterviewden geeft aan dat, mits er een hulpvraag is, de methodiek uitgevoerd kan worden op alle kinderen op de kinderafdeling.

Data-analyse

De verschillende ziekenhuizen lijken de ervaring te hebben dat de methodiek het meest effectief is op de doelgroep van premature kinderen, baby's en jonge kinderen tot een gemiddelde leeftijd van zeven jaar. Het valt ons op dat de methodiek weinig op de oudere doelgroepen toegepast wordt. De methodiek wordt niet vanzelfsprekend op alle kinderen toegepast. De keuze voor het toepassen van de methodiek valt vooralsnog op de doelgroep waarbij het een goed resultaat oplevert.

Subconclusie

De ziekenhuizen passen de methodiek vooral toe bij kinderen tot en met zeven jaar. Onder deze doelgroep is er veel vraag naar en levert het een goed resultaat op.

4.1.3 Problematiek

Emmen	In Emmen wordt de methodiek Video Interactie Begeleiding vooral toegepast op premature baby's, onrustige kinderen (prikkelbare baby's), kinderen met eet- en slaapproblemen en kinderen met zindelijkheidsproblematiek.
Assen	In Assen wordt de methodiek vooral toegepast bij kinderen die langer dan een week op de afdeling liggen, kinderen die uit het UMCG komen, premature baby's die daar nog wel een tijd moeten liggen, couveusekinderen, kinderen met een aangeboren stoornis zoals onder andere het syndroom van down of kinderen waarvan (een van) de ouders ziek zijn. Dit zijn dus bijzondere situaties. Op de afdeling zien ze ook veel kinderen met eetproblemen, slaapproblemen, ouders die onzeker zijn, hechtingsproblematiek, ouders die vragen hebben over de opvoeding. Dus in principe wanneer er een hulpvraag is.

Hoogeveen	Het ziekenhuis in Hoogeveen past de methodiek vooral toe bij prikkelbare baby's, eetproblematiek, chronisch zieke kinderen, kinderen met obstipatie en slaapproblemen. Ook op de premature baby's die voor 35 weken zwangerschap ter wereld zijn gekomen, wordt standaard VIB toegepast. Daarnaast wordt het gebruikt bij zindelijkheidsproblemen en gedragsproblematiek. Wenselijk is om het ook standaard toe te passen op de kraamafdeling.
Zwolle	De methodiek Video Interactie Begeleiding wordt in Zwolle vooral gebruikt bij premature baby's, onzekere ouders of sociale indicatie kinderen die heel lang blijven. Of een echte vroeggeboorte vanaf 25 of 26 weken. Daarnaast op prikkelbare baby's, chronisch zieke kinderen en kinderen met eetproblematiek. Wenselijk is om de methodiek standaard uit te voeren bij prikkelbare baby's.
Sneek	De methodiek wordt toegepast bij de volgende problematieken: Prikkelbare baby's, kinderen met eetproblemen, kinderen met slaapproblemen, chronisch zieke kinderen en bij ouders die een vraag hebben over de omgang met hun chronische zieke kind. Ook wordt het toegepast op kinderen met gedragsproblemen en kinderen met diabetes waarbij ouders vragen hebben omdat de diabetes van hun kind net ontdekt is.
Apeldoorn	De methodiek wordt onder andere toegepast op prikkelbare baby's, kinderen met gedragsproblematiek, eet- en slaapproblematiek, zindelijkheidsproblematiek en hechtingsproblematiek.

Resultaten “Problematiek”

Wat opvalt is dat in alle benaderde ziekenhuizen de methodiek Video Interactie Begeleiding niet alleen op prikkelbare baby's wordt toegepast.

De doelgroepen die door de verschillende ziekenhuizen worden genoemd zijn:

- Prikkelbare baby's
- Premature kinderen
- Kinderen met eetproblemen
- Kinderen met slaapproblemen
- Kinderen met zindelijkheidsproblematiek
- Chronisch zieke kinderen
- Ouders met een opvoedingsvraag
- Kinderen met hechtingsproblematiek
- Moeders die bevallen zijn door middel van een keizersnede
- Kinderen met gedragsproblematiek.

Data-analyse

De methodiek kan op een groot aantal hulpvragen worden toegepast. Ook kan de methodiek worden toegepast zonder dat er een hulpvraag is. In dit geval kan het worden gebruikt als kwaliteitsbevordering voor het personeel. Dat betekent dat je door middel van video-opnames terug kijkt naar het handelen van het personeel. De methodiek richt zich op communicatie en op eventuele verstoring hiervan.

Subconclusie

De methodiek kan worden toegepast op alle vormen van problematiek zoals genoemd tijdens de interviews.

4.1.4 Protocol

Emmen	In het ziekenhuis wordt gewerkt met een huilbabypoli. Hier is een protocol voor opgesteld. Ze proberen zo min mogelijk prikkelbare baby's op te nemen, deze worden veelal gezien op de huilbabypoli. Kinderen worden eerst door een kinderarts gezien waarbij het medische aspect uitgesloten wordt. Daarna worden ze pas gezien door een pedagogisch medewerker op de poli. Prikkelbare baby's die op de afdeling worden opgenomen krijgen standaard Video Interactie Begeleiding. De premature baby's in Emmen worden alleen op indicatie gefilmd. Bij een opname van een kind worden de pedagogisch medewerkers en de kinderfysiotherapeut standaard in consult geroepen. Er wordt een dagprogramma opgesteld bij prikkelbare baby's. Ze maken gebruik van het 3x15 minuten systeem. 15 minuten laten huilen; dan kijken of er iets is zonder contact te maken met de baby; vervolgens weer weg lopen. Dit herhalen ze drie keer. Meestal zijn de kinderen daarna in slaap gevallen. Mocht dit niet zo zijn dan volgt verder onderzoek. De pedagogisch medewerker introduceert de methodiek bij ouders.
Assen	Het ziekenhuis in Assen heeft met betrekking tot prikkelbare baby's nog geen apart protocol op papier. Ze handelen wel vaak op dezelfde manier. Er wordt een speciale anamnese voor prikkelbare baby's gebruikt. De tweede of derde dag van de opname wordt de methodiek bij ouders geïntroduceerd. De eerste dagen krijgen ouders vooral tijd om uit te rusten. Ouders wordt aangeraden om twee keer per dag hun kind te bezoeken. Er wordt gebruik gemaakt van een formulier waarin de status van het proces VIB bijgehouden wordt. Op die manier weet al het betrokken personeel wat er staat te gebeuren of welke handelingen al uitgevoerd zijn. Ouders krijgen een folder over VIB, daarnaast wordt de methodiek mondeling aan ouders uitgelegd. Kinderarts, verpleegkundige, pedagogisch medewerkers, maatschappelijk werk, fysiotherapeut en de logopedist zijn eventueel betrokken bij de behandeling van deze doelgroep.

Hoogeveen

Het protocol wat betreft prikkelbare baby's is dat deze kinderen zo snel mogelijk (binnen drie dagen) door de pedagogisch medewerker gezien moeten worden. Kinderen die overmatig huilen hebben voorrang op kinderen met andere problematiek. Er wordt bij deze doelgroep standaard Video Interactie Begeleiding in gezet. Ook wordt er bij deze doelgroep standaard een huilijst bijgehouden, hierop wordt genoteerd wanneer het kind huilt en hoe lang. Ouders van de doelgroep worden zoveel mogelijk ontlast. Ze blijven niet bij het kind slapen. De kinderarts licht de methodiek Video Interactie Begeleiding kort toe bij opname van ouder en kind. De pedagogisch medewerker doet de anamnese en legt de methodiek Video Interactie Begeleiding uitgebreider uit. Daarna maken ze een afspraak om aan de slag te gaan. Poliklinisch wordt er gewerkt met de VIB-poli.

Zwolle

In Zwolle werken ze gedeeltelijk met een protocol, nog niet alles wordt standaard toegepast. In het ziekenhuis worden de prikkelbare baby's voor minimaal drie dagen opgenomen, dit ter observatie. Er wordt bij prikkelbare baby's standaard een dagprogramma opgesteld. De nurse-practitioner en de kinderarts introduceren de methodiek bij ouders. Daarna komt de aanvraag vanuit de pedagogisch medewerker of verpleegkundige. Het wordt ouders aangeraden om zelf ook uit te rusten.

Sneek

Wanneer er in Sneek een prikkelbare baby wordt opgenomen, wordt er de eerste dag vooral rust geboden voor ouder en kind. Dit doen ze omdat de ouders vaak al veel beleefd en ervaren hebben met hun kind. De kinderarts introduceert Video Interactie Begeleiding bij de opname van het kind. Er wordt per ouder gekeken wanneer het in staat is om gefilmd te worden. Dit hangt af van de situatie, het is niet in een protocol vastgelegd. Er wordt ouders geadviseerd om zelf rust te nemen en zo min mogelijk bij hun kind aanwezig te zijn. Ze hopen op deze manier het kind en de ouders rust te bieden. De methodiek wordt in Sneek standaard uitgevoerd bij prikkelbare baby's. Je mag als ouder niet eerder naar huis dan wanneer je samen met het kind gefilmd bent. Prikkelbare baby's worden vaak gefilmd tijdens een bad- of speelmoment. De opnameduur is verschillend maar gemiddeld is dit zes dagen. Er wordt vijf à tien minuten gefilmd. Meestal gebeurt het filmen één keer, maar het kan voor komen dan het meerdere keren nodig is. De beelden terugkijken met de ouders duurt een half uur, daarin wordt het beeld ook regelmatig stop gezet om de contactmomenten beter te kunnen analyseren. De pedagogisch medewerker begeleidt ouders gedurende de opname van hun kind. Bij de behandeling van een prikkelbare baby zijn de volgende disciplines betrokken: De kinderarts, (kinder)verpleegkundige, pedagogisch medewerker, fysiotherapeut en maatschappelijk werk. Ouders die na de opname nog behoefte hebben aan ondersteuning kunnen poliklinisch bij een pedagogisch medewerker terecht.

Apeldoorn

Op de afdeling in Apeldoorn mogen ouders twee keer per dag bij hun kind zijn. Dit doen ze om zowel ouders als kind tot rust te laten komen.

Video Interactie Begeleiding en maatschappelijk werk worden bij prikkelbare baby's standaard ingezet.

De methodiek wordt door artsen geïntroduceerd, eventueel met behulp van een folder.

De pedagogisch medewerker voert de Video Interactie Begeleiding uit, zij kijken de beelden ook terug met de ouders.

Fysiotherapie wordt betrokken bij prikkelbare baby's die erg gespannen zijn.

Ook artsen en verpleegkundigen zijn betrokken bij de prikkelbare baby's.

Resultaten "Protocollen"

De meeste ziekenhuizen werken met een strak protocol voor de behandeling van prikkelbare baby's. Dit protocol is niet in alle gevallen daadwerkelijk vastgelegd op papier, maar werken de collega's onderling wel volgens dezelfde wijze.

Wat verder opvalt is dat de methodiek Video Interactie Begeleiding nog niet in alle ziekenhuizen standaard wordt toegepast. In enkele ziekenhuizen wordt de methodiek standaard bij prikkelbare baby's en premature baby's toegepast. Opvallend is dat alle ziekenhuizen ouders en kind gedurende de eerste dagen rust gunnen. Dit houdt in dat er tijdens de eerste dagen van een opname nog niets met de methodiek wordt gedaan. In de meeste ziekenhuizen wordt de methodiek door de kinderarts kort geïntroduceerd, maar de uitgebreide uitleg doen de mensen die voor de methodiek zijn opgeleid. In Hoogeveen wordt gewerkt met een speciale VIB-poli. Daar worden zoveel mogelijk patiënten poliklinisch gezien. In Emmen wordt gewerkt met een huilbabypoli. Daar worden alle huilbaby's poliklinisch gezien, dit om opname te voorkomen.

Data-analyse

Een standaard manier van handelen (protocol) lijkt doeltreffend te zijn bij het behandelen van prikkelbare baby's met Video Interactie Begeleiding. Alle disciplines zijn daardoor op elkaar afgestemd. De pedagogisch medewerker lijkt een aanzienlijke rol te spelen in het begeleiden en het toepassen van de methodiek op kind en opvoeder(s). Het is opvallend dat Emmen met een huilbabypoli werkt. Hierdoor lijkt het ziekenhuis de doelgroep prikkelbare baby's (huilbaby's) serieus te nemen. Hoogeveen werkt met een VIB-poli. Het effect van de methodiek lijkt hierdoor serieus genomen te worden.

Subconclusie

In de benaderde ziekenhuizen wordt niet met een vast protocol omtrent de behandeling van prikkelbare baby's gewerkt.

In veel ziekenhuizen die wij hebben geïnterviewd krijgen de ouders bij opname van hun kind standaard enkele dagen rust.

Bij het opnamegesprek wordt de methodiek Video Interactie Begeleiding kort geïntroduceerd.

In enkele ziekenhuizen wordt de methodiek Video Interactie Begeleiding standaard toegepast op prikkelbare baby's.

Het Scheper ziekenhuis Emmen werkt met een huilbabypoli, het ziekenhuis Hoogeveen met een VIB-poli.

4.1.5 Nabehandeling

Emmen	Het ziekenhuis in Emmen maakt gebruik van nabehandeling op de poli. Het ziekenhuis heeft afspraken met het consultatiebureau gemaakt, ouders gaan daar tijdens de behandeling niet meer naar toe om door elkaar lopende adviezen te voorkomen. Ouders komen een week na opname op de poli bij de kinderarts. De week na de controle bij de kinderarts komen ze bij de huilbabypoli.
Assen	In Assen wordt er alleen nabehandeld door de kinderarts. De kinderarts ziet het kind binnen een aantal weer terug op de poli. De VIB'ers laten ouders wel een evaluatieformulier invullen waar ouders kunnen vertellen hoe ze de behandeling ervaren hebben. Dit wordt dan kort besproken.
Hoogeveen	In Hoogeveen is er zowel een nabehandeling door de kinderarts als door de pedagogisch medewerker. De kinderarts ziet het kind en zijn of haar ouders terug op de poli. Deze afspraak moet zijn gemaakt op het moment dat ze het ziekenhuis verlaten. De pedagogisch medewerker spreekt de ouders na een aantal weken altijd telefonisch. Bij problemen kunnen ouders eventueel nog een keer gefilmd worden, of er komt een vervroegd consult bij de kinderarts.
Zwolle	In Zwolle worden de kinderen nabehandeld. Dit doet de nurse-practitioner. De pedagogisch medewerker is niet betrokken bij de nabehandeling.
Sneek	De nabehandeling wordt op verschillende manieren vormgegeven: de pedagogisch medewerker neemt contact op met ouders; ouders nemen contact op met pedagogisch medewerker; dan wordt er een poliklinische afspraak gemaakt. Ouders kunnen zonder een omweg bij de pedagogisch medewerker terecht, ook een jaar later.
Apeldoorn	In Apeldoorn worden ouders na de opname weer terug gezien door de kinderarts op de poli. Wanneer de kinderarts twijfelt over de vorderingen wordt er een aanvraag gedaan voor de pedagogisch medewerker; deze gaat dan poliklinisch verder met behandelen. Het kan ook zijn dat ouders direct een afspraak maken op de polikliniek van de pedagogisch medewerkers.

Resultaat "Nabehandeling"

Het is opvallend om te zien dat in alle zes ziekenhuizen wordt nabehandeld. De ouders en het kind worden altijd terug gezien op de polikliniek, maar ook de Video Interactie Begeleider doet vaak aan nabehandeling op haar eigen spreekuur.

Bij vijf van de zes ziekenhuizen ziet de kinderarts de ouders terug.

Bij vier van de zes ziekenhuizen vervult de pedagogisch medewerker een rol in de nabehandeling. Dit kan standaard het geval zijn, of vanuit initiatief van de ouders.

Als we het in zijn geheel bekijken, wordt de nabehandeling op verschillende manieren vorm gegeven:

- Nabehandeling door middel van een afspraak met de kinderarts. Deze ziet de ouders terug op de poli.
- De pedagogisch medewerker neemt na een aantal weken telefonisch contact op met de ouders, of vice versa.
- Nabehandeling door de nurse-practitioner (De nurse-practitioner is een verpleegkundige functie. Als we kijken naar de bevoegdheid van de nurse-practitioner, zit deze tussen de verpleegkundige en de arts in (www.nvnp.nl).)

Data-analyse

Er is onder ziekenhuizen geen algemeen beleid wat betreft nabehandeling. De ziekenhuizen werken allemaal op hun eigen manier. We zien wel dat de ziekenhuizen waarbij de pedagogisch medewerker ook nabehandelt, zij positieve reacties krijgen. Het zou kunnen dat de pedagogisch medewerker niet altijd kan nabehandelen vanwege tijdgebrek. Ook kan het zijn dat de rollen onderling zo zijn verdeeld, dat dit niet als een functie van een pedagogisch medewerker wordt gezien.

Subconclusie

Er is onder ziekenhuizen geen algemeen beleid wat betreft nabehandeling.

Er wordt in alle ziekenhuizen wel nabehandeld, maar de pedagogisch medewerker is hier nog niet altijd bij betrokken.

4.1.6 Financiën

Emmen	Tien jaar geleden is de opleiding betaald door het ziekenhuis, uit een speciaal potje gericht op ontwikkeling. Omdat de pedagogisch medewerker nu organisatieopleider is, kost dit het ziekenhuis niets meer.
Assen	De opleiding tot Video Interactie Begeleider in Assen is door het ziekenhuis betaald. Het bedrag voor de opleiding kwam uit een speciale opleidingspot. Er is door de medewerkers een contract getekend dat ze na het volgen van de opleiding nog minstens twee jaar in dienst moeten blijven van het ziekenhuis.
Hoogeveen	In Hoogeveen is de opleiding door de zorgverzekeraar gefinancierd. Dit geld komt uit een potje dat valt onder het zorgvernieuwingsproject. Wanneer je VIB binnen een gewone opname laat vallen, krijg je er geen extra geld voor. Wanneer je een kind en zijn of haar ouders poliklinisch ziet, kun je het rekenen als dagopname. Dan levert de methodiek ook meer geld op.

Zwolle	De opleiding tot Video Interactie Begeleider is door het ziekenhuis betaald. Er werd één boek door de opleiding betaald, de andere twee boeken moesten door het personeel zelf worden betaald, of gekopieerd.
Sneek	De opleiding voor de eerste gediplomeerden is door het ziekenhuis bekostigd. Omdat het ziekenhuis nu over een organisatieopleider beschikt, kost dit het ziekenhuis niets meer.
Apeldoorn	De opleiding voor Video Interactie Begeleiding is in Apeldoorn gefinancierd door het ziekenhuis.

Resultaat “Financiën”

Het is erg opvallend dat slechts één van de zes ziekenhuis de opleiding voor Video Interactie Begeleider vergoed heeft gekregen door de zorgverzekeraar. Dit kwam uit het zorgvernieuwingsproject van de verzekeraar. Daarnaast beschikken de ziekenhuizen uit Emmen en Sneek over een organisatieopleider, waardoor het opleiden van nieuwe mensen de organisatie geen geld, maar wel tijd kost.

Data-analyse

Het lijkt er op dat er in de ziekenhuizen voldoende inzicht was in het effect van de methodiek om hier vervolgens geld voor vrij te maken. Wanneer dit vanuit de geijkte wegen niet mogelijk was, is er naar een andere oplossing gezocht.

Subconclusie

Het ziekenhuis is in bijna alle gevallen in staat om de opleiding tot Video Interactie Begeleider te bekostigen.

Eén van de ziekenhuizen die wij hebben geïnterviewd kreeg de opleiding vergoed uit het zorgvernieuwingsproject van de zorgverzekeraar.

4.1.7

Toegevoegde waarde methodiek

Emmen	Het ziekenhuis in Emmen vindt dat de methodiek een toegevoegde waarde heeft met betrekking tot het werken met prikkelbare baby's en andere soorten problematiek. De pedagogisch medewerker ziet dat de ouders na de toepassing van VIB weer stralen en opbloeien. Daarnaast heeft de methodiek een toegevoegde waarde gericht op hechting.
-------	--

Assen	De pedagogisch medewerkers in Assen vinden de methodiek heel praktisch, laagdrempelig, concreet en positief. Ze vinden dat je ouders sneller iets kunt bieden en er meer diepgang is in de ouderbegeleiding. De pedagogisch medewerkers vinden de methodiek een extra instrument om ouders te helpen en te begeleiden.
Hoogeveen	Het ziekenhuis in Hoogeveen ziet de methodiek als een toegevoegde waarde. Ze zeggen dat je met weinig middelen veel kan bereiken. Ze vinden het een positieve methodiek waarbij ouders zich niet aangevallen voelen maar inzien dat er met ze meegedacht wordt.
Zwolle	De pedagogisch medewerker in Zwolle vindt de methodiek VIB een ondersteuning op meerdere gebieden. De reacties zijn meestal positief, ze hebben nog nooit iemand gehad die de methodiek als negatief ervaren heeft. De methodiek heeft een toegevoegde waarde; het biedt meer dan in de periode voordat de methodiek werd toegepast.
Sneek	De pedagogisch medewerker uit het ziekenhuis geeft aan dat ze onthand zou zijn wanneer de methodiek niet meer toegepast zou worden. De methodiek levert extra inzicht op, die je zonder camera niet zou hebben.
Apeldoorn	Het ziekenhuis in Apeldoorn heeft voor de methodiek Video Interactie Begeleiding gekozen omdat het ouders een stukje extra begeleiding kan bieden. Daarnaast is de methodiek vaak iets positiefs tijdens een vaak negatieve periode.

Resultaat “Toegevoegde waarde”

Alle ziekenhuizen zien de methodiek als een toegevoegde waarde en een extra instrument voor ouderbegeleiding. Ze ervaren het als iets positiefs tijdens een vaak negatieve periode voor de ouders, het biedt ondersteuning op meerdere gebieden en het laat ouders weer stralen. Daarnaast geven de personen die zijn geïnterviewd aan dat het een snelle manier van ouderbegeleiding is en dat het een positief resultaat geeft op het gebied van hechting tussen ouder en kind.

Data-analyse

We zien dat de ziekenhuizen die wij hebben geïnterviewd erg enthousiast zijn over de methodiek. Ze zouden niet meer zonder de methodiek willen werken. De methodiek is voor het ziekenhuis een belangrijke vorm van ouderbegeleiding. Gelet op de positieve reacties over de toepassing van de methodiek in het ziekenhuis, kunnen wij er niet omheen dat de methodiek effectief gebleken is. Naar aanleiding van de positieve reacties zien wij Video Interactie Begeleiding ook als een methodiek met een toegevoegde waarde.

Subconclusie:

De methodiek Video Interactie Begeleiding heeft een toegevoegde waarde bij de behandeling van kinderen en hun ouders met een hulpvraag.

5. Deelvragen (resultaten en antwoorden)

In dit hoofdstuk vindt u de antwoorden op de deelvragen. Dit hebben wij uitgewerkt aan de hand van de resultaten van ons praktijkonderzoek en het literatuuronderzoek.

5.1 Deelvraag 1: Wat is de huidige situatie op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis in Meppel met betrekking tot de prikkelbare baby's?

Om een beeld te krijgen van de huidige situatie op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis in Meppel, hebben we een aantal interviews afgenomen.

5.1.1 Interview met de verpleegkundige op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis Meppel.

Het voortraject	Over het algemeen worden kinderen doorverwezen door de huisarts. Kinderen die als premature worden geboren staan al onder behandeling van de kinderarts.
Betrokkenheid verpleegkundige	Op dit moment wordt het anamnesegegesprek door de verpleegkundige afgenomen. Dit zijn een aantal vragen over de thuissituatie, de gewoontes die er zijn en hoe ouders om gaan met het huilgedrag van hun kind. Ook legt een verpleegkundige uit wat er in het ziekenhuis gaat gebeuren en wat er van ouders wordt verwacht. De verpleegkundigen zoeken een balans tussen de begeleiding van de ouders en de behandeling van het kind. De verpleegkundige is de contactpersoon tijdens de opname. Zij is een spil tussen de ouders en de andere disciplines. Na een dag is er een evaluatie met de kinderarts, dan zijn baby's vaak al een stuk rustiger. Er wordt geprobeerd om een verpleegkundige die meerdere dagen achtereen werkt, te koppelen aan de prikkelbare baby's. Op die manier is er ook regelmaat wanneer ouders niet aanwezig zijn.
Betrokkenheid ouders	Ouders mogen vierentwintig uur per dag bellen om te vragen hoe het met hun kindje is. Ouders komen vaak één à twee keer per dag op de afdeling. Op die momenten kunnen ze gesprekken voeren met de verpleegkundige. Veel ouders zijn gefrustreerd wanneer het kind in het ziekenhuis wel slaapt en rustig is. Het is dan de taak van de verpleegkundige om uit te leggen hoe dit komt. Ouders krijgen maatschappelijk werk aangeboden.
Opnameduur	Gemiddeld is de opname een week. Dit hangt wel af van het doel dat met de opname bereikt moet worden; ouders moeten het weer zien zitten. Ouders en kind moeten tot rust gekomen zijn.
Verschillende disciplines	Kinderarts, verpleegkundige, maatschappelijk werk en een pedagogisch medewerker zijn bij het proces betrokken. De pedagogisch medewerker maakt een dagprogramma wanneer dit nodig is. Bij gespannen baby's wordt de fysiotherapeut ingeschakeld.

Positieve punten	Het personeel is goed op elkaar afgestemd. Onderling zijn de taken goed verdeeld en iedereen is hiervan op de hoogte. Daarnaast behandelen de verpleegkundigen de ouders altijd positief. Ze willen het zelfvertrouwen van ouders niet beschadigen.
Verbeterpunten	Volgens de geïnterviewde moeten ze er van bewust blijven dat de ouders objectief benaderd moeten worden en niet van te voren oordelen. Ook moeten ze alles duidelijk vermelden, omdat het belangrijk is dat bij deze kinderen alles op dezelfde manier wordt gedaan. Het is ook belangrijk om als medewerkers altijd dezelfde adviezen aan ouders te geven. Er zijn tegenwoordig zoveel adviezen te vinden; ouders worden onzeker wanneer ze niet meer weten wat het juiste advies is.

Resultaten interview verpleegkundige

We zien dat de verpleegkundige een belangrijke rol speelt in de behandeling van prikkelbare baby's. De verpleegkundige is de tussenpersoon tussen ouders en andere disciplines. Er wordt bij opname een anamnesegegesprek gevoerd. Hierbij wordt gevraagd hoe de omgang tussen ouders en kind in de thuissituatie is. Ouders mogen vierentwintig uur per dag bellen om te informeren naar hun kind. De verpleegkundige voert gesprekken met ouders wanneer zij vragen hebben. Er wordt maatschappelijk werk aan ouders aangeboden.

Data-analyse

De verpleegkundige vervult een belangrijke rol tijdens de behandeling van prikkelbare baby's. Ze geeft ouders tips en handvaten bij de omgang met hun kind. Het wekt bij ons de suggestie alsof de verpleegkundige de rol van pedagogisch medewerker over neemt. De pedagogisch medewerker wordt er tijdens het proces te weinig bij betrokken. Toch geeft de verpleegkundige aan dat het personeel op dit moment goed op elkaar is afgestemd. De vraag is vervolgens of alle betrokken partijen wel op de hoogte zijn van elkaars functie en taken.

In de functieomschrijving van een verpleegkundige in het Diaconessenhuis in Meppel wordt het volgende omschreven:

'Verpleegkundigen bieden een optimale verpleging, verzorging en begeleiding aan kinderen van 0 - 18 jaar en haar/zijn ouders/verzorgers, gedurende 24 uur per dag.' (Diaconessenhuis-Meppel, 2001)

Een verpleegkundige is voor de ouders de tussenpersoon in het contact met de artsen en de andere disciplines. Daarnaast wordt er vooral verwacht dat er verzorgende, verpleegtechnische maar ook begeleidende taken worden uitgevoerd.

Subconclusie

De verpleegkundige is, vergeleken met de andere disciplines op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis Meppel, het meest betrokken bij de behandeling van prikkelbare baby's.

Gezien de functieomschrijving van de verpleegkundige is het vanzelfsprekend dat deze veel bij de behandeling van de prikkelbare baby's betrokken is.

5.1.2 Samenvatting interview met de pedagogisch medewerker op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis in Meppel.

Betrokkenheid PM-er	De huidige situatie is dat de pedagogisch medewerker die we geïnterviewd hebben, weinig bij de prikkelbare baby's betrokken is. Wel de kinderarts, fysiotherapeut en verschillende andere disciplines. De verpleegkundige is het aanspreekpunt voor de ouders. Dit is ook degene met wie de pedagogisch medewerker eventueel contact heeft over de behandeling van het kind. De pedagogisch medewerker begeleidt ouders verder niet. Zij kijkt eerder naar de kinderen die wat ouder zijn en bewuster zijn van hun opname.
Behandelduur	Er is niet een vast aantal uren of dagen vastgesteld voor de behandeling van de prikkelbare baby's. Het spelen in de grote box kan altijd, dit stimuleert de pedagogisch medewerker ook.
Positieve punten	De verpleegkundigen zijn wat betreft VIB op de hoogte van de wensen van de pedagogisch medewerkers. In de werkgroep wordt hier ook over gesproken. Wat er goed gaat bij de behandeling van prikkelbare baby's is dat de pedagogisch medewerkers vertrouwen hebben in de verpleging. En dat ze ouders en kind altijd positief benaderen; geen vooroordelen, objectief blijven kijken, zorgen dat ouders zich begrepen voelen.
Verbeterpunten	Niet alle partijen weten wat VIB inhoudt en wat het doel is van de methodiek. In het contact met de doelgroep mist de pedagogisch medewerker verdieping. Ze wil op vernieuwingen in kunnen spelen. Ook wil ze als pedagogisch medewerker meer betrokken worden bij de doelgroep. Nu vergeet ze de baby's nog wel eens omdat ze veel slapen en de verpleegkundige hun begeleidt. Het multidisciplinair overleg kan volgens de geïnterviewde ook beter; zodat alle disciplines betrokken worden en een meerwaarde kunnen leveren aan het gehele proces. In het contact met de ouders zou de pedagogisch medewerker hun graag meer willen voorlichten over interactie en de dingen die daarbij mis kunnen lopen. Dit is passend binnen haar functie. Ook mist ze na ontslag van de baby terugkoppeling met de ouders: interesse tonen door middel van een telefoontje.
Wensen	De pedagogisch medewerker wil graag dat de methodiek in het ziekenhuis wordt toegepast. Het hangt af van de mogelijkheid binnen het ziekenhuis. Ze is benieuwd naar de toepassing in andere ziekenhuizen en een eventuele samenwerking. De verpleegkundigen zijn ook positief over de methodiek. De geïnterviewde vindt dat VIB interessant is voor haar persoonlijke ontwikkeling. Het breidt haar takenpakket uit. En het voelt voor haar goed om ouders hun zelfvertrouwen terug te laten winnen. VIB zorgt voor uitdaging en meer theoretische kennis over de opvoeding. Voor het ziekenhuis is VIB een mooie manier om kennis over te dragen naar de verschillende disciplines, dit is volgens de pedagogisch medewerker ook erg belangrijk. VIB is bewezen effectief en ze wil haar werkvorm en afdeling professioneler laten worden. Het zorgt volgens haar voor kwaliteit.

Resultaten interview pedagogisch medewerker

Een pedagogisch medewerker is weinig betrokken bij de behandeling van prikkelbare baby's. Echter, de verpleegkundige raadpleegt deze wel voor advies. De pedagogisch medewerker heeft vertrouwen in de verpleegkundige wanneer deze een prikkelbare baby behandelt. De pedagogisch medewerker zou bij prikkelbare baby's meer betrokken willen worden in de behandeling. Alle kinderen die op de afdeling opgenomen zijn, kunnen in de speelkamer terecht, maar ze mist verdieping in het contact met prikkelbare baby's.

Het is wenselijk om Video Interactie Begeleiding op de prikkelbare baby's toe te passen, zowel voor de ouders als voor het kind. Dit ziet ze als een mooie vorm van ouderbegeleiding. Ten spijt van de pedagogisch medewerker wordt er niet nabehandeld. Ze zou het op prijs stellen wanneer een verpleegkundige of pedagogisch medewerker naderhand met de ouders een gesprek heeft over de opname.

De pedagogisch medewerker vindt dat de methodiek Video Interactie Begeleiding zorgt voor uitbreiding van theoretische kennis en persoonlijke ontwikkeling.

Data-analyse

Uit het interview met de pedagogisch medewerker vernemen wij dat de pedagogisch medewerker verdieping in haar vak mist. De methodiek Video Interactie Begeleiding zou een uitbreiding van haar takenpakket zijn. We vinden het opvallend dat een pedagogisch medewerker nauwelijks bij de doelgroep prikkelbare baby's betrokken wordt. We zien het als een functie van een pedagogisch medewerker om ouders gedurende de opname van hun kind te ondersteunen.

De functieomschrijving van een pedagogisch medewerker in het Diaconessenhuis in Meppel laat het volgende zien:

'De pedagogisch medewerker biedt kinderen en ouders/verzorgers ondersteuning tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Doel van de functie is het kind gedurende de opnameperiode een zo gunstig mogelijk leefklimaat te bieden en de ontwikkeling van het kind te stimuleren (Diaconessenhuis-Meppel, 2001).'

Als we kijken naar de functieomschrijving van de pedagogisch medewerkers in het ziekenhuis in Meppel, kunnen we een selectie maken uit de verschillende uit te voeren taken. Een pedagogisch medewerker observeert en signaleert fysieke en psychologische aspecten. Daarnaast signaleert het een ontwikkelingsachterstand en gedrag- of interactiestoornissen. De pedagogisch medewerker informeert hierbij de ouders over de ontwikkeling van hun kind.

De pedagogisch medewerker leert basiscommunicatie in het contact met het kind toe te passen, maar gebruikt dit ook naar de ouders toe. Hierdoor staat de pedagogisch medewerker als model voor de ouders. De hulpverlener leert ook communicatiepatronen te herkennen. Dit is een belangrijk aspect uit de opleiding. Door model te staan voor de ouders, kunnen de ouders als het ware 'afkijken' bij de pedagogisch medewerker. (Eliëns, Baby's in beeld, 2005)

Subconclusie

De pedagogisch medewerker wordt in het Diaconessenhuis Meppel weinig betrokken bij de behandeling van prikkelbare baby's.

Een pedagogisch medewerker is gezien de functieomschrijving de meest geschikte persoon om de methodiek Video Interactie Begeleiding in het ziekenhuis, op de kinderafdeling, uit te voeren.

5.1.3 Samenvatting interview met de kinderarts van de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis Meppel.

VIB	De kinderarts geeft aan bekend te zijn met de methodiek Video Interactie Begeleiding. Hij kent het vooral vanuit de GGZ. Daar wordt de methodiek thuis toegepast, als Video Hometraining. Meneer is niet op de hoogte dat het ook bij prikkelbare baby's wordt toegepast, ook niet vanuit andere ziekenhuizen. De kinderarts geeft aan dat hij denkt dat de methodiek een toegevoegde waarde heeft. Hij vindt het belangrijk dat ouders inzien dat het niet alleen aan het kind ligt, maar dat het ook door de interactie tussen ouder en kind wordt veroorzaakt. De kinderarts geeft aan dat het aantal prikkelbare baby's dat in het ziekenhuis terecht komt, wisselt. De ene maand zijn er meer kinderen dan de andere maand.
Huidige situatie	Op dit moment zorgt de kinderarts tijdens de poliklinische afspraak vooral voor het verschaffen van informatie en inzicht. Vaak wordt er uitgelegd door de arts dat huilen een communicatiemiddel is. Veel ouders denken dat hun kind pijn heeft, de kinderarts legt uit dat dit niet altijd zo hoeft te zijn. Veel ouders pakken zijn tips op. Deze ouders hoeft hij dan niet meer terug te zien op de poli. Sommige ouders pakken de tips niet goed op, deze kinderen ziet de arts dan vaker terug of ze worden dan opgenomen in het ziekenhuis. Het besluit van de kinderarts om kinderen op te nemen hangt af van hoe ouders in de situatie staan. Als ouders thuis niet meer kunnen genieten en daardoor risico lopen op kindermishandeling, dan neemt van de arts een kind op. Op zo'n moment loopt het kind thuis een groot risico en dat moet voorkomen worden. De arts confronteert ouders daar ook mee en vraagt hoe ze in de situatie staan.
Setting	De kinderarts is er over uit dat, door een kind op te nemen in het ziekenhuis, een time-out situatie gecreëerd wordt in een crisissituatie. Dat kunnen ze bij de GGZ niet bieden volgens hem. Wel is de nabehandeling misschien wat moeilijk, daar zijn wij als ziekenhuis nog niet op ingespeeld, aldus de kinderarts. Hij vindt wel dat je in het ziekenhuis met een kunstmatige situatie te maken krijgt. Daar worden ouders naar zijn mening niet wijzer van; een opname die zo veel verschilt met de thuissituatie. Zo kan hij ouders nog niet laten zien wat ze eventueel anders kunnen doen. De kinderarts wil ook kunnen laten zien hoe het kind reageert als het niet stil is.
Nabehandeling	Kinderen die zijn opgenomen, worden altijd terug gezien op de poli. Vaak is het probleem dan ook opgelost. Dan is er geen nabehandeling meer nodig. Wanneer er nog wel hulp nodig is, kan de arts doorverwijzen naar de GGZ voor Video Hometraining. Dit gebeurt niet vaak.

Protocol

De kinderarts zou de methodiek niet standaard toepassen op prikkelbare baby's. Veel ouders hebben aan het ontvangen van steun en het geven van informatie genoeg. Die hebben de methodiek niet meer nodig. Het kost extra tijd en dat zou van de kinderarts zonde vinden.

Naar zijn mening hoeft de methodiek niet toegepast te worden bij ouders die open staan voor adviezen. De methodiek is juist nuttig voor ouders die niet open staan voor hulp, want door middel van de beelden kun je ze laten zien wat er verkeerd gaat, aldus de kinderarts.

De kinderarts denkt dat er geen opleiding nodig is om een kind te filmen. Een kinderpsycholoog zou dat met haar kennis ook kunnen doen, naar zijn idee. Zij heeft andere ervaringen en is ervoor geschoold. Daar hoeft je wat betreft meneer geen specifieke opleiding voor te volgen. Ouders moeten wel feedback ontvangen. Het moet niet zo zijn dat een pedagogisch medewerker filmt en de uitslag aan de kinderarts geeft.

Resultaten interview kinderarts

De kinderarts geeft aan bekend te zijn met de methodiek vanuit de GGZ. De kinderarts is niet bekend met de methodiek als behandeling op prikkelbare baby's. Hij denkt dat de methodiek een toegevoegde waarde kan hebben voor de kinder- en jeugdafdeling. Op dit moment verschaft de kinderarts informatie en inzicht aan ouders met een prikkelbare baby. Er wordt uitgelegd dat huilen een communicatiemiddel is. Vaak hebben de adviezen een positief resultaat. Soms heeft het geen effect en moet de kinderarts dieper op de adviezen in gaan.

Het besluit om een prikkelbare baby op te nemen hangt af van de thuissituatie. Het gevoel van ouders speelt een belangrijke rol. Als ouders het geestelijk niet meer kunnen bolwerken, fungeert het ziekenhuis als 'time-out' in een crisissituatie. Kinderen worden na opname teruggezien op de polikliniek van de kinderarts. Vaak is er dan een oplossing voor het probleem gevonden en is verdere behandeling niet nodig.

De kinderarts ziet niet in waarom een pedagogisch medewerker een opleiding zou moeten volgen voor het toepassen van de methodiek. Hij denkt dat een kinderpsycholoog de methodiek ook kan toepassen met de kennis waarover ze beschikt. De kinderarts zou de methodiek niet standaard toepassen op de prikkelbare baby's. Sommige ouders hebben aan zijn adviezen voldoende.

Data-analyse

Na het gesprek kregen wij het idee dat onze gedachten over de methodiek verschilden met die van de kinderarts. De methodiek zoals die bij de GGZ wordt toegepast is wellicht anders dan de methodiek die in het ziekenhuis wordt toegepast. De methodiek is vooral gericht op het bekrachtigen van de dingen die goed gaan. Na het gesprek hadden we het vermoeden dat de kinderarts niet op de hoogte is van de toepassing van de methodiek in het ziekenhuis en de rol van de pedagogisch medewerker hierbij. De kinderarts neemt alleen kinderen op wanneer hij het idee heeft dat ouders en kind zich in een crisissituatie bevinden.

De kinderarts gaf ons het idee dat de pedagogisch medewerker niet de meest geschikte persoon voor Video Interactie Begeleiding is. Hierdoor hebben we het vermoeden gekregen dat de kinderarts niet geheel op de hoogte is van de kennis en vaardigheden en (mogelijke) taken van een pedagogisch medewerker op zijn afdeling.

Subconclusie

De kinderarts in het Diaconessenhuis in Meppel probeert opname te voorkomen door zelf informatie en inzicht te geven aan ouders op de poli kindergeneeskunde.

Een kinderarts neemt prikkelbare baby's alleen op wanneer de situatie thuis voor ouders ondraaglijk is.

Het vermoeden bestaat dat de kinderarts niet op de hoogte is van de toepassing van de methodiek in het ziekenhuis en de rol van de pedagogisch medewerker hierbij.

5.1.4 Samenvatting interview pedagogisch medewerker uit de werkgroep huilbaby's.

Werkgroep huilbaby's	De werkgroep huilbaby's is nog maar net opgericht: er zijn drie bijeenkomsten geweest. Daarin hebben de betrokkenen geïnventariseerd wat verbeterpunten zijn. In de eerste bijeenkomst kwam meteen Video Interactie Begeleiding al aan bod. Nadeel is dat vanuit het ziekenhuis het financiële plaatje niet toereikend is.
Betrokkenen	Momenteel zijn alleen de pedagogisch medewerkers en de verpleegkundigen betrokken in de werkgroep. De disciplines die eventueel ook nog bij de werkgroep worden betrokken zijn de kinderarts, psycholoog en maatschappelijk werker. Niemand van de verpleegkundigen heeft volgens de geïnterviewde gewerkt met de methodiek.
Functie werkgroep	De werkgroep huilbaby's is er op gericht om als personeel van de kinderafdeling één lijn te trekken met betrekking tot de begeleiding van prikkelbare baby's en hun opvoeders. De wens is om een protocol op te richten voor de gehele opname van een prikkelbare baby. Zo weet al het personeel wat zijn of haar taak is. Ook wil de werkgroep weten wat voor kwaliteit Video Interactie Begeleiding het ziekenhuis kan opleveren.
VIB in het ziekenhuis	De pedagogisch medewerker weet niet zeker of het ziekenhuis de aangewezen plek is om prikkelbare baby's te behandelen. Het medische gedeelte kan ook via de huisarts, zegt ze. Belangrijk is dat ouders zo snel mogelijk uit de negatieve spiraal in hun thuissituatie gehaald moeten worden en dat lukt niet als ze thuis blijven met hun kind. Video Interactie Begeleiding heeft volgens de geïnterviewde alleen maar meerwaarde. Haar collega pedagogisch medewerker in het Diaconessenhuis Meppel denkt dat er geen andere mogelijkheid is dan een opname in het ziekenhuis. Maar er moet dan volgens deze collega wel een duidelijk protocol liggen met betrekking tot de opname en behandeling van de prikkelbare baby.

Resultaat interview deelnemer werkgroep 'Huilbaby's'

Verschillende disciplines in het Diaconessenhuis Meppel achtten het van belang om over de doelgroep prikkelbare baby's een werkgroep op te richten. Dit om één lijn te trekken en een duidelijk protocol op te stellen. Video Interactie Begeleiding was vanaf de start al onderwerp van gesprek. Er zijn op dit vlak nog geen resultaten geboekt.

Data-analyse

Prikkelbare baby's lijkt een doelgroep te zijn waar er bij de behandeling nog veel verbeterd kan worden. Vanuit dit oogpunt is de werkgroep opgericht. Doordat Video Interactie Begeleiding al tijdens de eerste bijeenkomst ter sprake is gekomen, lijken verschillende partijen geïnteresseerd te zijn in de methodiek. De werkgroep Huilbaby's lijkt ons een mooi uitgangspunt om de methodiek Video Interactie Begeleiding succesvol in te voeren.

Subconclusie

De werkgroep Huilbaby's komt bij elkaar om een duidelijk protocol op te stellen.

5.1.5 Antwoord op de deelvraag:

Wat is de huidige situatie op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis in Meppel met betrekking tot de prikkelbare baby's?

De verpleegkundige is, vergeleken met de andere disciplines op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis Meppel, het meest betrokken bij de behandeling van prikkelbare baby's.

De pedagogisch medewerker wordt in het Diaconessenhuis Meppel weinig betrokken bij de behandeling van prikkelbare baby's.

De kinderarts in het Diaconessenhuis in Meppel probeert opname te voorkomen door zelf informatie en inzicht te geven aan ouders.

Een kinderarts neemt prikkelbare baby's alleen op wanneer de situatie thuis voor ouders ondraaglijk is.

De werkgroep Huilbaby's komt bij elkaar om een duidelijk protocol op te stellen.

5.2 Deelvraag 2: Wat is de reden dat Video Interactie Begeleiding wordt toegepast op de kinder- en jeugdafdeling in een ziekenhuis en niet via een andere (hulpverlenings)instantie?

Om tot het antwoord op deze deelvraag te komen hebben we het onderzoek van Marij Eliëns als literatuuronderzoek gebruikt. Daarnaast hebben we de interviews met de verschillende ziekenhuizen gebruikt om tot een antwoord op deze deelvraag te komen.

Interactie is een essentieel onderdeel in de opvoeding van een kind. Daarom hebben we onderzoeken bestudeerd over de effectiviteit van de methodiek. Wij zijn benieuwd naar de keuze van de ziekenhuizen om de doelgroep prikkelbare baby's in het ziekenhuis te benaderen en niet in de thuissituatie of via een andere (hulpverlening)instantie.

5.2.1 Resultaat onderzoek Eliëns

Eliëns deed onderzoek naar de effectiviteit van Video Interactie Begeleiding en Video Hometraining bij overmatig huilende zuigelingen.

Ze heeft onderzoek gedaan onder 518 ouders, die het gevoel hadden dat hun kind overmatig huilde. Bij deze kinderen was geen lichamelijke oorzaak voor het huilen vastgesteld.

In dit onderzoek wordt VIB en VHT binnen de jeugdgezondheidszorg en de klinische gezondheidszorg vergeleken met reguliere hulpverlening zonder VIB of VHT. De volgende conclusie kwam uit dit onderzoek;

'VHT binnen de (jeugd)gezondheidszorg en VIB binnen de klinische gezondheidszorg reduceert het huilen van excessief huilende zuigelingen gedurende de eerste vijf maanden na de geboorte van het kind. Ook ontwikkelen ouders die met VHT of met VIB geholpen worden in die periode meer zelfvertrouwen in de omgang met hun overmatig huilende baby.

Het maakt niet of de hulp wordt aangeboden vanuit het consultatiebureau of vanuit het ziekenhuis. De effecten zijn gelijk.

Het blijkt dat alle baby's in de loop van de eerste vijf maanden meer gaan huilen. Echter, de toename van het huilen is bij de baby's, waarbij de ouders met VHT of met VIB begeleid werden significant minder dan bij de baby's, waarbij de ouders regulier begeleid werden.

Eenzelfde beeld werd gevonden wat betreft het zelfvertrouwen van de ouders. Het zelfvertrouwen van alle ouders neemt toe in de loop van de eerste vijf levensmaanden van de baby. Het zelfvertrouwen van de ouders die begeleid zijn met VHT of met VIB neemt echter significant sterker toe dan het zelfvertrouwen van de regulier begeleide ouders. De sterkere afname van het huilen en de grotere toename van het zelfvertrouwen ontstaat in de eerste drie maanden, nadat de ouders de begeleiding ontvangen hebben (Eliëns, Baby's in beeld, 2003, p. 64).'

Samenvatting onderzoek Eliëns

Uit dit onderzoek komt dus naar voren dat er geen verschil is tussen Video Interactie Begeleiding bij prikkelbare baby's toegepast in het ziekenhuis, of Video Hometraining bij prikkelbare baby's toegepast vanuit de jeugdgezondheidszorg/thuissituatie. Het veranderen van omgeving kan invloed hebben op de interactie. Maar het toepassen van de methodiek heeft in beide gevallen, zowel in het ziekenhuis als binnen de jeugdgezondheidszorg/thuissituatie dezelfde effecten.

Toch vindt Marij Eliëns naar aanleiding van haar onderzoek, dat de methodiek Video Interactie Begeleiding bij alle ziekenhuizen in Nederland standaard moet worden toegepast bij kwetsbare kinderen. Zij hecht volgens het onderzoek belang aan: *‘Meer aandacht op kinderafdelingen van de ziekenhuizen voor de sociale problematiek van kinderen en meer kennis en vaardigheden voor de emotionele aspecten van patiëntenbejegening, ouderbegeleiding en ontwikkelingsgerichte zorg is een aanbevelingswaardige zaak.’*

Ze vindt dan overigens wel dat een opname te allen tijde voorkomen moet worden. Preventieve hulpverlening is volgens haar de beste manier om dit soort problematiek aan te pakken.

5.2.2 Resultaten van onze interviews met de pedagogisch medewerkers, kinderarts en verpleegkundige

Dan rest ons nu de vraag: wat is de reden dat prikkelbare baby's in het ziekenhuis worden behandeld en niet worden doorverwezen? Uit ons onderzoek is gebleken dat veel ouders bij de kinderarts komen als laatste redmiddel. Volgens de geïnterviewde pedagogisch medewerker hebben veel ouders al een aantal stappen ondernomen voordat ze met hun kind in het ziekenhuis belanden. Enkele stappen zijn: een bezoek aan de huisarts/consultatiebureau en informatie inwinnen op internet.

Uit de interviews met de kinderarts en verpleegkundige in het Diaconessenhuis Meppel kwam naar voren welke route de ouders met hun prikkelbare baby doorlopen voordat ze in het ziekenhuis belanden. Behandeling in de thuissituatie gaat vaak via een wijkverpleegkundige of consultatiebureau. Door wachtlijsten die sommige organisaties hebben, kan de hulp niet direct geboden worden. Niet alle ouders kunnen het opbrengen om deze lijst af te wachten. Ze proberen het tot die tijd zelf door middel van tips en informatie. Deze ouders worden vaak niet met hun prikkelbare baby door de kinderarts gezien omdat het probleem in de thuissituatie kan worden opgelost. Er zijn ouders die wel door de kinderarts gezien worden. Deze hebben door informatie van de kinderarts geen opname nodig. Echter, ouders die radeloos zijn en sneller hulp nodig hebben dan die kan worden geboden in de reguliere (jeugd)hulpverlening, komen vaak voor opname in aanmerking.

5.2.3 Data-analyse

Op grond van ons onderzoek realiseren we ons dat de eerste plaats waar ouders terecht komen met een hulpvraag, bepalend is voor het verloop van de verdere behandeling. Ouders die de route naar het ziekenhuis al kennen, zullen zich daar dan ook eerder met hun hulpvraag aandienen.

5.2.4 Antwoord op de deelvraag:

Wat is de reden dat Video Interactie Begeleiding wordt toegepast op de kinder- en jeugdafdeling in een ziekenhuis en niet via een andere (hulpverlenings)instantie?

De plaats waar de methodiek wordt toegepast hangt af van waar het kind en zijn of haar ouders aanvankelijk met hun klachten terecht komen. De route die doorlopen wordt, hangt af van de hulpvraag van de ouders.

Een kinderarts neemt prikkelbare baby's alleen op wanneer de situatie thuis voor ouders ondraaglijk is.

Het toepassen van de methodiek Video Interactie Begeleiding heeft in beide gevallen, zowel in het ziekenhuis als binnen de jeugdgezondheidszorg, dezelfde effecten.

‘Het zelfvertrouwen van de ouders die begeleid zijn met VHT of met VIB neemt significant sterker toe dan het zelfvertrouwen van de regulier begeleide ouders (Eliëns, Baby's in beeld, 2003, p. 64).’

5.3 Deelvraag 3: Bij welke problematiek kan de methodiek Video Interactie Begeleiding ook worden toegepast?

Het antwoord op deze deelvraag is tot stand gekomen door middel van praktijk- en literatuuronderzoek. Van de soorten problematiek die in de interviews zijn genoemd, hebben we enkele uitgewerkt. Dit zijn verschillende soorten problematiek die door de verschillende pedagogisch medewerkers aangehaald zijn.

5.3.1 Resultaten

Door de interviews zijn we te weten gekomen bij wat voor problematiek de methodiek nog meer wordt toegepast. Hieronder ziet u een korte weergave van enkele van de genoemde soorten problematiek.

1. Eetproblematiek

‘Eetrituelen en eetritmen horen tot de eerste ontwikkelingsopgaven van het kind. Eetproblemen baren ouders zorgen, want ze weten dat gezonde voeding een voorwaarde vormt voor de groei en ontwikkeling van het kind (Richter, 2008, p. 147).’

2. Zindelijkheidsproblematiek

In veel culturen is het van groot belang dat kinderen zindelijk worden. Hier wordt dan vaak de nadruk op gelegd. Er zijn verschillende zindelijkheidsstoornissen. We onderscheiden Enuresis (stoornis bij urine) en Encopresis (stoornis bij ontlasting). Deze problematiek kan samenhangen met andere stoornissen. Het hangt af van het tijdstip, of het kind al eerder zindelijk is geweest en of het opzettelijk gebeurt.

3. Slaapproblematiek

Slaapproblemen kunnen op verschillende manieren ontstaan. Sommige slaapproblemen zijn verbonden aan een bepaalde leeftijdsfase en gaan vanzelf weer over. Ook zijn er slaapproblemen die vermeldt staan in de DSM IV, een beknopte handleiding met criteria om diagnoses vast te stellen. *‘Bij slaapproblemen wordt onderscheid gemaakt tussen dyssomnie (slechte slaap) en parasomnie (vreemde slaap) (Richter, 2008, p. 121).’*

4. Hechtingsproblematiek

‘Gehechtheid is een affectieve band die een persoon of dier tot stand brengt tussen zichzelf en een specifiek ander, een band die hen over tijd en ruimte met elkaar verbindt (Richter, 2008, p. 176).’

De reactieve hechtingsstoornis is opgenomen in de DSM IV. Het is een stoornis waarbij gestoord gedrag wordt vertoont naar zichzelf, tegenover de verzorger, maar ook tegenover vrienden en vriendinnen.

5. Premature kinderen

‘Men spreekt van premature kinderen als de baby drie of meer weken te vroeg geboren wordt (Richter, 2008, p. 108).’

5.3.2 Antwoord op de deelvraag:

Bij welke problematiek kan de methodiek Video Interactie Begeleiding ook worden toegepast?

De methodiek kan worden toegepast op alle vormen van problematiek zoals genoemd tijdens de interviews.

Daarnaast geven enkele ziekenhuizen aan dat de methodiek op alle soorten problematiek kan worden toegepast, mits er een hulpvraag aanwezig is.

VIB past het beste bij de hulpvraag van de jonge kinderen in het ziekenhuis.

5.4 Deelvraag 4: Wat is de werkcultuur binnen de kinder- en jeugdafdeling in het ziekenhuis te Meppel?

Op de kinderafdeling in Meppel wordt met verschillende disciplines gewerkt. De disciplines die het meeste betrokken zijn bij prikkelbare baby's zijn de kinderarts, de verpleegkundige en de pedagogisch medewerker. Naar aanleiding van interviews die we hebben gehouden met deze drie disciplines, hebben we een beeld kunnen vormen van de onderlinge werkcultuur.

5.4.1 Resultaten uit de interviews in het Diaconessenhuis Meppel:

Naar aanleiding van de interviews in het Diaconessenhuis Meppel geven alle partijen aan dat ze beseffen wat het nut is van de verschillende disciplines. Tevens vinden zowel de verpleegkundige als de kinderarts dat er onderling een goede taakverdeling is. De pedagogisch medewerkers geven aan dat ze het idee hebben dat ze continu voor hun vak moeten vechten. Ze hebben het idee niet altijd begrepen te worden en dat hun functie onderschat wordt.

Op dit moment is de verpleegkundige het meest betrokken bij de doelgroep prikkelbare baby's. De verpleegkundige is de contactpersoon tussen ouders en andere disciplines.

Na het gesprek met de kinderarts kregen we het vermoeden dat de kinderarts niet volledig op de hoogte is van de toepassing van de methodiek in het ziekenhuis en de rol van de pedagogisch medewerker hierbij.

5.4.2 Data-analyse

Naar onze mening is de pedagogisch medewerker, als we kijken naar de functieomschrijving, dé aangewezen persoon die Video Interactie Begeleiding standaard in zijn of haar takenpakket zou moeten hebben. Het is een aanvulling op de functie en na het volgen van de opleiding een belangrijk en efficiënt middel om informatie over te brengen op de ouders.

5.4.3 Antwoord op de deelvraag:

Wat is de werkcultuur binnen de kinder- en jeugdafdeling in het ziekenhuis te Meppel?

Naar aanleiding van alle interviews hebben we een antwoord kunnen formuleren op de deelvraag.

De verpleegkundige en de kinderarts zijn, vergeleken met de andere disciplines op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis Meppel, op dit moment het meest betrokken bij de behandeling van prikkelbare baby's.

De pedagogisch medewerker wordt in het Diaconessenhuis Meppel weinig betrokken bij de behandeling van prikkelbare baby's.

De kinderarts in het Diaconessenhuis in Meppel probeert opname te voorkomen door informatie en inzicht te geven aan ouders.

Het vermoeden is dat de kinderarts niet volledig op de hoogte is van de toepassing van de methodiek in het ziekenhuis en de rol van de pedagogisch medewerker hierbij.

5.5 Deelvraag 5: Hoe wordt de methodiek Video Interactie Begeleiding in andere ziekenhuizen toegepast?

Het antwoord op deze deelvraag en de bijbehorende subconclusies zijn tot stand gekomen door middel van de interviews met de pedagogisch medewerkers uit de benaderde ziekenhuizen. Het is van belang om te weten hoe andere ziekenhuizen werken met de methodiek Video Interactie Begeleiding. We vinden dit noodzakelijk omdat we aan de hand van hun ervaringen over de methodiek en de toepassing hiervan conclusies kunnen trekken over de toegevoegde waarde van de methodiek.

5.5.1 Benaderde ziekenhuizen

De volgende ziekenhuizen werken met de methodiek Video Interactie Begeleiding. Dit zijn de ziekenhuizen die wij hebben benaderd, waaronder een aantal die onderdeel uit maken van het regio-overleg:

- Antonius Ziekenhuis Sneek
- Isala Klinieken Zwolle
- Bethesda Hoogeveen
- Wilhelmina Ziekenhuis Assen
- Scheper Ziekenhuis Emmen
- Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn

5.5.2 Antwoord op de deelvraag:

Hoe wordt de methodiek Video Interactie Begeleiding in andere ziekenhuizen toegepast?

In de ziekenhuizen die wij hebben onderzocht wordt niet met een vast protocol omtrent de behandeling van prikkelbare baby's gewerkt.

In veel ziekenhuizen die wij hebben geïnterviewd krijgen de ouders bij opname van hun kind eerst enkele dagen rust.

In enkele ziekenhuizen wordt de methodiek Video Interactie Begeleiding standaard toegepast op prikkelbare baby's.

Bij deze ziekenhuizen wordt tijdens het opnamegesprek de methodiek Video Interactie Begeleiding kort geïntroduceerd.

Er wordt in alle ziekenhuizen nabehandeld maar de pedagogisch medewerker is hier nog niet altijd bij betrokken.

De ziekenhuizen zijn in bijna alle gevallen in staat om de opleiding tot Video Interactie Begeleider te bekostigen.

Eén van de ziekenhuizen die wij hebben geïnterviewd kreeg de opleiding vergoed vanuit het zorgvernieuwingsplan vanuit de zorgverzekeraar.

In alle ziekenhuizen die wij hebben geïnterviewd wordt de methodiek door meerdere disciplines toegepast. Van deze disciplines is er minstens één pedagogisch medewerker die de methodiek toepast. De laatste jaren zijn wordt de methodiek door steeds meer ziekenhuizen toegepast.

6. Conclusie

Wat is de toegevoegde waarde van de methodiek Video Interactie Begeleiding op de kinder- en jeugdafdeling van het Diaconessenhuis in Meppel toegespitst op prikkelbare baby's?

6.1 Algemeen

In de Regio van Meppel werken er vier ziekenhuizen met de methodiek Video Interactie Begeleiding. Er zijn vijf ziekenhuizen die (nog) niet met de methodiek werken, inclusief Meppel. In alle ziekenhuizen wordt de methodiek minstens door één pedagogisch medewerker uitgevoerd. Daarnaast zijn er meerdere disciplines bij betrokken.

6.2 Toegevoegde waarde

De methodiek Video Interactie Begeleiding heeft bij de andere ziekenhuizen een toegevoegde waarde, vergeleken met de situatie zoals die was op het moment dat de methodiek nog niet werd toegepast. De methodiek VIB wordt gezien als een extra instrument voor de ouderbegeleiding. Daarnaast geeft het je als Video Interactie Begeleider een nieuwe kijk op interactie en communicatie. Zowel ouders als VIB'ers ervaren de methodiek als iets positiefs tijdens een vaak negatieve periode voor de ouders. Ook op het gebied van hechting geeft de methodiek vaak een positief resultaat. Het effect van de methodiek wordt door wetenschappelijk onderzoek ondersteund. *'Het zelfvertrouwen van de ouders die begeleid zijn met VHT of met VIB neemt significant sterker toe dan het zelfvertrouwen van de regulier begeleide ouders* (Eliëns, Baby's in beeld, 2003, p. 64).'

6.3 Problematiek

De methodiek kan worden toegepast op alle vormen van problematiek waarmee een kind wordt opgenomen in een ziekenhuis en bij wie een hulpvraag aanwezig is.

6.4 Financiën

In vijf van de zes ziekenhuizen is de opleiding tot Video Interactie begeleider betaald door het ziekenhuis. In één ziekenhuis is de opleiding betaald vanuit het zorgvernieuwingproject van de zorgverzekeraar. De ziekenhuizen zijn dus in bijna alle gevallen in staat om de opleiding tot Video Interactie Begeleider te bekostigen.

6.5 Ziekenhuis

Het toepassen van de methodiek Video Interactie Begeleiding heeft in beide gevallen, zowel in het ziekenhuis als binnen de jeugdgezondheidszorg, dezelfde effecten. De plaats waar de methodiek wordt toegepast hangt af van waar het kind en zijn of haar ouders aanvankelijk met hun klachten terecht komen en welke route zij daarin doorlopen.

Voordat er een ziekenhuisopname plaatsvindt is er een lang proces aan vooraf gegaan. Een ziekenhuisopname wordt vaak ervaren als een time-out tijdens een crisissituatie. Uit onderzoek van Marij Eliëns (Eliëns, Baby's in beeld, 2003) blijkt dat maar een klein deel uiteindelijk bij een kinderarts terecht komt. Wanneer er gezocht wordt naar een antwoord op de hulpvraag, worden veel ouders al geholpen door een consultatiebureau of huisarts.

6.6 VHT/VIB

Video Hometraining is een met Video Interactie Begeleiding vergelijkbare methodiek. Het verschil is dat VHT in de thuissituatie wordt toegepast. De beelden worden hierbij thuis gefilmd en teruggekeken. Dit gaat uit van (jeugd)hulpverleningsorganisaties zoals onder andere Bureau Jeugdzorg of Icare. Het

streven is om baby's te behandelen in de thuissituatie. Echter, uit onze interviews met de pedagogisch medewerkers bleek dat de snelheid waarmee ze in een ziekenhuis een prikkelbare baby kunnen behandelen, niet te vergelijken is met de (jeugd)hulpverleningsinstanties. Uit evaluatieformulieren die ouders invulden na het toepassen van de methodiek VIB in het ziekenhuis, kwam naar voren dat hun hulpvraag sneller behandeld werd dan bij andere (reguliere) instanties.

6.7 Werkcultuur

Zowel de kinderarts, verpleegkundige als de pedagogisch medewerker vinden dat de samenwerking met betrekking tot prikkelbare baby's duidelijk is. De verpleegkundige en de kinderarts zijn, vergeleken met de andere disciplines op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis Meppel, op dit moment het meest betrokken bij de behandeling van prikkelbare baby's.

De pedagogisch medewerker zou hier meer bij betrokken willen worden en meer verdieping willen aanbrengen in de begeleiding van deze doelgroep. Zij hebben niet altijd het idee dat hun vak serieus genomen wordt.

De kinderarts die we hebben gesproken ziet de methodiek als meerwaarde, maar vindt een opleiding niet nodig. Hij vermoedt dat de kinderpsycholoog de meest geschikte persoon is om de methodiek uit te voeren. In alle ziekenhuizen die wij hebben geïnterviewd, werd de methodiek uitgevoerd door een pedagogisch medewerker of andere discipline. Een kinderpsycholoog is in de ziekenhuizen die wij hebben bezocht niet opgeleid tot Video Interactie Begeleider.

Het vermoeden is dat de kinderarts niet volledig op de hoogte is van de toepassing van de methodiek in het ziekenhuis en de rol van de pedagogisch medewerker hierbij.

Volgens de pedagogisch medewerkers in de andere ziekenhuizen is een prettige werksfeer belangrijk voor het laten slagen van de methodiek. Dit betekent dat alle betrokken partijen overtuigd moeten zijn van de meerwaarde van de methodiek.

Tot slot

Naar aanleiding van de resultaten zijn wij ervan overtuigd dat het Diaconessenhuis in Meppel zou moeten werken met de methodiek Video Interactie Begeleiding. Uit de bezoeken die wij aan de andere ziekenhuizen hebben gebracht hebben we vernomen wat voor goede resultaten de methodiek kan opleveren. Daarnaast zien we het als een kwaliteitsverbetering voor het ziekenhuis en een mooie aanvulling op de functie van pedagogisch medewerker.

We hebben van diverse pedagogisch medewerkers vernomen dat ze geen functie van 'speeljuf' meer hebben. Tegenwoordig biedt de pedagogisch medewerker veel meerwaarde wat betreft begeleiding en diagnostiek. De methodiek Video Interactie Begeleiding past dan ook prima in dit plaatje.

7. Aanbevelingen

De volgende aanbevelingen komen voort uit de eerder getrokken conclusies. Deze aanbevelingen zijn tot stand gekomen aan de hand van praktijk- en literatuuronderzoek.

7.1 Methodiek

Wij raden het Diaconessenhuis te Meppel aan om op de kinder- en jeugdafdeling te gaan werken met de methodiek Video Interactie Begeleiding, zowel klinisch als poliklinisch. Uit ons onderzoek is gebleken dat de ziekenhuizen uit de omgeving de methodiek als toegevoegde waarde zien in het contact met zowel prikkelbare baby's als met andere soorten problematiek.

Wij vinden dat de pedagogisch medewerkers van het Diaconessenhuis in de huidige situatie meer betrokken moeten worden bij de doelgroep prikkelbare baby's. Daarnaast vinden wij het van belang dat er een standaard nabehandeling plaats moet vinden door een pedagogisch medewerker. Dit houdt in dat de pedagogisch medewerker na de opname van een prikkelbare baby telefonisch contact opneemt met de ouder/opvoeder.

7.2 Poli door pedagogisch medewerker

Ons advies is om ouders vanuit de kinderarts door te verwijzen naar een pedagogisch medewerker zodat zij hier binnen drie dagen een afspraak mee kunnen maken. Dit zodat ouders hun verhaal kunnen vertellen en om opname te voorkomen. Een pedagogisch medewerker past dan VIB toe en laat ouders de goede momenten van interactie zien. Op deze manier wordt de situatie van ouders op een andere manier bekeken.

Er moet naar gestreefd worden om deze doelgroep niet op te nemen, maar poliklinisch te behandelen. Wanneer het ziekenhuis winst wil behalen, zou het een polikliniek voor Video Interactie Begeleiding moeten opstarten. Het zou ouders dan meerdere keren in een aantal weken kunnen zien, waardoor elke afspraak als dagbehandeling gerekend kan worden.

7.3 Protocol

Wij raden aan om de methodiek Video Interactie Begeleiding standaard toe te passen bij prikkelbare baby's. Hierdoor voorkom je onduidelijkheid. Er hoeft hierdoor geen keuze gemaakt te worden over welke baby wel of niet gefilmd moet worden.

Ons advies is om de werkgroep huilbaby's vaker bij elkaar te laten komen en concrete plannen te laten maken. Door een duidelijk protocol op papier te zetten, wordt er bij elke prikkelbare baby hetzelfde gewerkt.

Ook lijkt het ons verstandig dat alle disciplines die bij de prikkelbare baby betrokken worden, goed op de hoogte zijn van de methodiek. Op deze manier is iedereen op de hoogte van het proces dat ouders en kind doorlopen.

7.4 Financiën

Een aantal zorgvernieuwingsprojecten krijgen subsidie. Wij raden aan om hier informatie over op te zoeken en na te gaan of de opleiding voor Video Interactie Begeleider hier eventueel ook door kan worden gefinancierd.

De opleiding tot Video Interactie Begeleider is in veel ziekenhuizen uit de regio gefinancierd door het ziekenhuis. In veel ziekenhuizen kwam dit uit een speciale kosten pot, bedoelt voor opleidingen.

Wellicht is er voor het Diaconessenhuis Meppel de mogelijkheid om de opleiding voor Video Interactie Begeleider ook te financieren uit een kosten pot.

8. Discussie

Tijdens ons onderzoek hebben we een aantal keuzes moeten maken om het onderzoek af te bakenen. Hierdoor zijn enkele belangrijke punten niet aan de orde gekomen.

We hebben vooral onderzocht wat de toegevoegde waarde van de methodiek kan zijn op de doelgroep prikkelbare baby's. Er zijn echter nog veel andere soorten problematiek waarbij de methodiek ook kan worden toegepast. Hier hebben wij ons echter niet in verdiept.

Voorafgaand aan het gesprek hebben wij de geïnterviewden onze werkwijze uitgelegd. Wij hebben uitgelegd dat wij de interviews na afloop letterlijk uit zouden typen. Vervolgens hebben wij aangegeven dat zij hier hun akkoord voor moesten geven. Dit om te voorkomen dat we onze eigen interpretaties mee zouden nemen in de uitwerking van het interview. Het is ons echter niet gelukt om een akkoord van de kinderarts te ontvangen. Hierdoor zou het kunnen dat wij het interview anders hebben geïnterpreteerd dan de bedoeling van de arts.

Gedurende ons onderzoek hebben we alleen ziekenhuizen benaderd die Video Interactie Begeleiding reeds toepassen. De ziekenhuizen die de methodiek niet toepassen hebben we buiten beschouwing gelaten. Hierdoor hebben we het niet vanuit het oogpunt van deze ziekenhuizen kunnen bekijken.

Om een betrouwbaarder beeld te vormen hadden we meerdere artsen en verpleegkundigen en/of disciplines kunnen benaderen binnen het Diaconessenhuis in Meppel.

Bij het onderzoek hebben wij alleen onderzocht wat de toegevoegde waarde van de methodiek zou kunnen zijn en daarbij de financiën buiten beschouwing gelaten.

9. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Binnen ons onderzoek hebben wij een aantal doelgroepen, waarbij Video Interactie Begeleiding kan worden toegepast, uitgelicht. Tijdens de interviews hebben verschillende pedagogisch medewerkers aangegeven dat de methodiek op alle doelgroepen kan worden toegepast. Hiervan hebben we er een aantal kort uitgewerkt. We raden het Diaconessenhuis Meppel aan om verder onderzoek te doen naar de werking van de methodiek op de verschillende soorten problematiek. Hierbij doelen wij op de verschillende soorten problematiek bij patiënten die opgenomen worden op de kinder- en jeugdafdeling.

Voor een geslaagde introductie en uitvoering van de methodiek is het van belang dat het personeel achter de methodiek staat. Dit is te peilen door het houden van interviews onder het personeel, werkzaam op de kinder- en jeugdafdeling in het Diaconessenhuis Meppel.

Als tip kunnen wij het Diaconessenhuis Meppel meegeven om uit te zoeken wat de methodiek naast onze bevindingen het ziekenhuis nog meer op kan leveren. Hierbij kunt u denken aan financiën, kwaliteitsbevordering en verdieping van de functies die betrokken worden bij het uitvoeren van de methodiek.

Ten slotte zouden we het Diaconessenhuis Meppel aanbevelen om de functieomschrijving van de pedagogisch medewerker te vergelijken met de ziekenhuizen uit de omgeving. Naar aanleiding hiervan kan het Diaconessenhuis Meppel de functieomschrijving actualiseren.

Nawoord

Gedurende ons onderzoek hebben wij opgemerkt dat de verschillende disciplines van het Diaconessenhuis Meppel de opname van de prikkelbare baby willen optimaliseren. Wij vinden het bijzonder om te zien dat deze mensen daarom gemotiveerd waren om een werkgroep voor prikkelbare baby's op te zetten. Deze werkgroep zou een grote bijdrage kunnen leveren aan het introduceren van de methodiek Video Interactie Begeleiding. Ook weten wij nu dat er op de kinder- en jeugdafdeling veel disciplines enthousiast zijn over de methodiek Video Interactie Begeleiding. Wij zouden het een eer vinden als ons onderzoek een bijdrage kan leveren aan kwaliteitsverbetering.

Wij willen het Diaconessenhuis Meppel nogmaals bedanken voor de 'kijk in de keuken'. Wij zijn altijd enthousiast ontvangen. Ook heeft iedereen zich altijd actief ingezet om ons onderzoek te laten slagen. De manier van werken op de afdeling komt over als erg positief en de sfeer onder het personeel is gemoedelijk.

Wel denken we dat er verdieping kan worden aangebracht wat betreft de doelgroep prikkelbare baby's. Daarom vragen wij u om de aanbeveling, die voortgekomen is uit het onderzoek, ter harte te nemen.

Leonie Tichelaar en Ingeloes Klaassen

Literatuurlijst

1. Boeken

- Baartman, H. (2008). *Opvoeden kan zeer doen*.
- Beemen, L. v. (2006). *Ontwikkelingspsychologie*.
- Bolt, A. (2007). *Het gezin centraal*.
- Brazelton & Sparrow. (2003). *Mijn baby huult*.
- Eliëns, M. (2003). *Baby's in beeld*.
- Eliëns, M. (2005). *Baby's in beeld*. SWP Amsterdam.
- Hogg, & Blau. (2001). *Wat je baby vertelt*.
- Jeugdzorg, B. (2005). *Wet op de jeugdzorg*.
- Richter, J. (2008). *ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Uitgeverij Coutinho.
- Solter, A. J. *De taal van het huilen*.
- Speetjens, J., & Berg, C. v. (2001). *Video Interactie Begeleiding (VIB)*. Uitgeverij Coutinho.
- Stroecken, G. (2003). *De stem van het jonge kind*.
- Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?* Boom Onderwijs.

2. Artikelen

- Marchand, J. (2002). SIS. *Het Shaken Infant Syndrome*.

3. (Interne) documenten

- Diaconessenhuis-Meppel. (2001). *Functieomschrijving*.

4. Internet

- AIT. (2011). Opgehaald van www.aitnl.nl.
- Batstra, J. www.huilbaby.nl. Opgehaald van Huilbaby: <http://www.huilbaby.nl/cgi-bin/index.pl?url=huilbaby.htm&title=Huilbaby>

NVNP. Opgehaald van www.nvnp.nl.

Centrum voor Jeugd en Gezin. (2011). Opgehaald van www.cjg.nl.

Dale, van. (2011). Opgehaald van

<http://www.vandale.nl/vandale/zoekService.do?selectedDictionary=nn&selectedDictionaryName=Nederlands&searchQuery=isolement>.

<http://www.werkvoorartsen.nl>. (sd). <http://www.werkvoorartsen.nl/functieomschrijving/1213-kinderarts.html>.

Nederlands Jeugd instituut - Balansmodel. (sd). Opgehaald van

<http://www.nji.nl/eCache/DEF/6/753.html>.

www.carrieretijger.nl. (sd).

<http://www.carrieretijger.nl/beroep/gezondheidszorg/medisch/verpleegkundige>.

www.epub.nl. (sd). Opgehaald van <http://www.epub.nl/boeken/230/functieprofiel-pedagogisch-medewerker-ziekenhuizen>.

www.noorderboog.nl. (sd). Opgehaald van

<http://www.noorderboog.nl/content.jsp?parentid=2583&objectid=2442>.

Bijlagen

Bijlage 1: Uitwerking interview met een verpleegkundige op de kinder- en jeugdafdeling te Meppel.

We zijn benieuwd naar de huidige situatie: Wat gebeurt er nu met geprikkelde baby's?

Op dit moment krijgen de ouders van de baby een opnamegesprek met de verpleegkundige. In dit gesprek stellen we een aantal vragen, deze vragen zijn vooraf bepaald en we werken dus een formulier af. Op dit formulier staan onder andere vragen over de gewoontes die er thuis zijn, hoe ouders reageren op hun kind en op wat voor manier ze omgaan met het huilgedrag. Tijdens dit gesprek kom je vaak al veel te weten over de ouders en het kind.

Op het moment dat ouders in het ziekenhuis komen en horen dat hun kind wordt opgenomen zijn ze vaak emotioneel en ze hebben het idee dat ze als ouders hebben gefaald. Het is dan de taak van de verpleegkundige om uit te leggen hoe het er in het ziekenhuis aan toe gaat en wat er van de ouders wordt verwacht. Vaak raden wij de ouders aan om 1 keer per dag langs te komen, zodat het kind en de ouders tot rust kunnen komen en om de cirkel van het huilen te doorbreken. Vaak zitten ouders er doorheen, ze hebben al dagen of weken moeite gehad met een kind dat overmatig veel huilde en hebben tijd nodig om dit alles te verwerken. Als verpleegkundige proberen we een balans te zoeken tussen de begeleiding van de ouders en de behandeling van het kind.

De verpleegkundige is verantwoordelijk voor de opname, dit houdt in dat deze contactpersoon is tussen de ouders en andere disciplines. We houden een huillijst bij, waarop we elk half uur aangeven hoe het kind zich voelt en hoe het zich gedraagt. Na een dag is er een evaluatie met de kinderarts, vaak zijn de baby's dan al zichtbaar rustiger.

We proberen om een verpleegkundige bij het kind te plaatsen wanneer deze meerdere dagen achter elkaar werkt, zodat er voor het kind ook regelmaat ontstaat wanneer ouders niet aanwezig zijn. Daarnaast mogen ouders 24 uur per dag opbellen om te vragen hoe het met hun kind gaat.

Wat gebeurt er voordat de baby op de afdeling komt? Wat is het voortraject?

De kinderen komen in het ziekenhuis door een verwijzing van de huisarts. De huisarts verwijst de ouders met het kind door naar de kinderarts. De kinderarts neemt dan een beslissing of het kind opgenomen moet worden om de cirkel te doorbreken, of dat het door middel van begeleiding ook thuis behandeld kan worden.

Kinderen die prematuur waren bij de geboorte en dus nog onder behandeling zijn van de kinderarts, komen meestal direct via de kinderarts het ziekenhuis binnen.

Hoe zijn ouders erbij betrokken?

Ouders worden goed bij de opname betrokken. Door het feit dat ze meestal één keer per dag op de afdeling komen hebben de ouders één moment om een gesprek te hebben met de verpleegkundige.

Veel ouders willen de opvoeding heel goed doen, ze voelen een grote druk. Ondanks dat ze het vaak zo goed bedoelen, brengt dit ook onrust met zich mee. Vaak merken we dat kinderen na een dag al een stuk rustiger zijn dan thuis, waardoor ouders zich niet begrepen voelen. Als verpleegkundige is het dan belangrijk om te laten merken dat we de ouders geloven en laten we ze zien dat het heel belangrijk is om de negatieve spiraal te doorbreken.

Ouders krijgen van ons hulp aangeboden, zo kunnen ze in gesprek gaan met maatschappelijk werk. Toch merken we dat hier vaak nog een taboe op rust. Ouders geven aan dat het vaak overkomt alsof ze dan geen goede ouders zijn. Als verpleegkundige proberen we ouders altijd positief te benaderen.

Is er een vast aantal uren/dagen vastgesteld voor de behandeling van deze doelgroep?

Vaak worden de kinderen een week opgenomen. Toch hangt de duur van de opname af van het doel dat bereikt moet worden. Voor de doelgroep prikkelbare baby's is het doel dat bereikt moet worden: ouders en kinderen moeten tot rust gekomen zijn. Wanneer ouders het weer zien zitten en wij als verpleegkundige vinden dat het kind er weer klaar voor is, dan gaan ze weer naar huis.

Welke partijen spelen een rol bij de behandeling?

Bij de opname van een prikkelbare baby zijn vaak meerdere partijen betrokken.

De kinderarts is eindverantwoordelijk voor de opname van de prikkelbare baby. Hij neemt de beslissing of het kind opgenomen moet worden en maakt uiteindelijk ook de beslissing wanneer het kind weer naar huis toe mag.

De verpleegkundige is de contactpersoon; zij legt contact wanneer andere disciplines ook betrokken moeten worden bij het behandelproces.

Wanneer dat nodig is maken de pedagogisch medewerkers een dagprogramma. Voor de baby's betekent dit dat er een duidelijk overzicht komt van voedingstijden en de tijden dat het kind naar de speelkamer gaat.

Wanneer de verpleegkundige, kinderarts of pedagogisch medewerker merken dat een kind erg gespannen is, wordt de hulp van de fysiotherapeut ingeschakeld. Hij of zij kijkt naar het kind en probeert ouders en verpleegkundige tips te geven om het kind meer te laten ontspannen.

Ook wordt maatschappelijk werk ingelicht voor de ouders van het kind. Ouders mogen zelf beslissen of ze hier op in gaan of niet.

Wat gaat er al wel goed bij de behandeling van deze doelgroep?

Zoals het op dit moment loopt zijn de afzonderlijke partijen zeer tevreden. We zijn goed op elkaar afgestemd en het is duidelijk dat de verpleegkundige het aanspreekpunt is bij de opname. Daarnaast vinden we als team dat we ouders altijd positief moeten benaderen. Ouders zitten er vaak al behoorlijk doorheen wanneer hun kind wordt opgenomen. Wanneer ze dan ook nog het gevoel krijgen dat ze als ouders hebben gefaald, kan dit hun zelfvertrouwen ernstig beschadigen. Omdat wij ons erop richten dat ouders met zelfvertrouwen hun kind weer mee naar huis nemen, staan wij altijd erg positief tegenover ouders.

Wat zouden verbeterpunten kunnen zijn? Waar liggen de aandachtspunten?

Het is als verpleegkundige belangrijk om objectief te blijven. Soms ga je gekleurd een gesprek in, waardoor de manier van benaderen kan veranderen. Als verpleegkundigen moeten we er alert op blijven om iedere ouder en het kind objectief te benaderen.

Daarnaast moeten de meeste afspraken duidelijk opgeschreven worden zodat er tijdens de overdracht geen tegenstrijdige verhalen ontstaan. Door drukte en tijdsgebrek lukt het niet altijd om het dagritme uit te schrijven en de bijzonderheden te vermelden. Als je tijdens de mondelinge overdracht dit vergeet te vermelden kunnen er vervelende situaties ontstaan, dit willen we zo veel mogelijk voorkomen.

Ouders krijgen vaak een overvloed aan informatie over hoe ze met hun kind om moeten gaan. Hierdoor worden ze onzeker en vragen ze onze adviezen. Als verpleegkundigen is het belangrijk om altijd dezelfde adviezen te geven als het gaat om standaard maatregelen. Hierdoor kunnen wij binnen de behandeling op een lijn blijven zitten.

Bijlage 2: Uitwerking interview met pedagogisch medewerker op de kinder- en jeugdafdeling te Meppel.

Huidige situatie: Wat gebeurt er nu met overprikkelde baby's/hoe de is pedagogisch medewerker betrokken?

Op dit moment is de pedagogisch medewerker weinig bij deze kinderen betrokken. Dit komt vooral omdat de verpleegkundige het aanspreekpunt is en hierdoor de hulp inschakelt die nodig is. Daarnaast zijn de kinderen nog klein en doen ze niet veel meer dan eten, slapen en af en toe een uurtje wakker zijn. Hierdoor ga je als pedagogisch medewerker sneller bij kinderen kijken die langer wakker zijn en zich meer bewust zijn van de ziekenhuis opname. Bij de kinderen die wat ouder zijn kan je gemakkelijker contact maken, waardoor je als pedagogisch medewerker ook meer bezig bent met de functies die je hebt gekregen. Toch zouden wij als pedagogisch medewerkers meer betrokken willen zijn bij deze doelgroep. Hierdoor krijgen we het gevoel dat we alles uit onze functie halen en dat straalt ook betrokkenheid en professionaliteit uit.

Hoe zijn ouders erbij betrokken?

Op dit moment hebben ouders voornamelijk contact met de verpleegkundige. Deze regelt het contact met andere disciplines. Wanneer we ouders in de speelkamer zien maken we wel een praatje, maar we begeleiden de ouders niet tijdens de ziekenhuis opname van het kind.

Is er een vast aantal uren/dagen vastgesteld voor de behandeling van deze doelgroep?

Alle kinderen mogen de hele dag in de speelkamer komen spelen, maar bij de doelgroep prikkelbare baby's is dat een beetje ingewikkeld. Ze slapen veel en hebben nog veel voedingen, maar toch proberen we het spelen van deze jonge kinderen te stimuleren. Het liggen op een boxkleed of kijken naar een speel-mobiel zien wij als spelen. Dit is de behandeling die wij eventueel aan deze kinderen kunnen geven. Daarnaast worden ze behandeld door onder andere de verpleegkundige, kinderarts, fysiotherapeut en andere personen.

Welke partijen spelen een rol bij de behandeling?

Wij hebben voornamelijk contact met de verpleegkundige, met de andere disciplines die genoemd zijn hebben wij over het algemeen weinig contact voor de behandeling van deze doelgroep.

Zijn de bijkomende partijen op de hoogte van de wensen van de pedagogisch medewerkers?

De verpleegkundigen zijn op de hoogte van onze wensen. Er is ook een werkgroep prikkelbare baby's waar regelmatig gepraat wordt over een eventuele andere manier van aanpak bij deze doelgroep en welke partijen daarbij betrokken kunnen worden. Het speelt dus wel, maar niet alle partijen weten wat het inhoud en wat het doel is van de methodiek.

Wat gaat er al wel goed bij de behandeling van deze doelgroep?

Wat er al wel goed gaat is dat we als pedagogisch medewerkers het vertrouwen in de verpleging hebben. We vinden daarnaast ook dat we kinderen en ouders altijd positief benaderen. We laten zo ook merken dat we geen vooroordelen hebben bij de ouders, maar proberen om zoveel mogelijk objectief te blijven. Door ervoor te zorgen dat ouders zich begrepen voelen benadrukken we dat we ouders willen helpen en niets doen waar ze zelf niet achter staan.

Wat zouden verbeterpunten kunnen zijn? Waar liggen de aandachtspunten?

Als pedagogisch medewerker zou ik meer betrokken willen zijn bij deze doelgroep. Ik merk aan mijzelf en aan mijn collega's dat we deze doelgroep nog wel eens vergeten omdat ze veel slapen en omdat de verpleegkundige de meeste zorg op zich neemt. Het begeleiden van ouders gebeurt hierdoor weinig, terwijl ik vind dat dit wel bij onze functie hoort. De ouders van deze doelgroep zitten vaak met vragen en willen graag adviezen, ondanks dat de verpleegkundige hier goed mee om gaan, denk ik dat onze functie meer aansluit bij het deel ouderbegeleiding dan dat van de verpleegkundige. Hierin zie je ook het verschil tussen onze werkvormen terug en ik denk dat we er als pedagogisch medewerkers meer uit kunnen halen.

Missen jullie iets in het contact met deze doelgroep?

Ja, we missen verdieping, uitbreiding van ons vak. Deze doelgroep wordt steeds belangrijker en wij willen als pedagogisch medewerker op deze vernieuwingen in kunnen spelen. Omdat we tijdens de regionale overleggen horen over video interactie begeleiding zijn we razend enthousiast over deze methodiek. We weten wat de methodiek inhoud, maar niet hoe we dat in dit ziekenhuis zouden moeten introduceren. Ook vinden we dat het overleg altijd beter kan, meer multidisciplinair, zodat iedereen erbij betrokken wordt en het echt een behandeling wordt waarbij alle disciplines die meerwaarde kunnen leveren hierbij betrokken worden. Vraaggestuurde zorg is ons uitgangspunt, toch zijn we bij deze doelgroep niet altijd met deze manier van zorgen bezig. De vraag vanuit ouders wordt vaak op een andere manier ingevuld dan dat wij graag zouden willen. We zouden ouders graag meer leren over interactie, over het contact met je kind en wat het betekent voor ouders om een kind te hebben dat veel huult. Daarnaast missen we het stukje terugkoppeling, wanneer ouders weer thuis zijn. Op het moment dat ze worden ontslagen uit het ziekenhuis moeten ze het weer alleen doen, in hun eigen omgeving waar het kind altijd veel huilde. Een belletje na een aantal weken, of gewoon interesse vanuit het ziekenhuis staat professioneel en is voor ouders een gemakkelijkere manier om vragen te stellen.

Wat zijn de wensen van de verschillende betrokken partijen?

Wat wij willen is duidelijk, wij willen, wanneer dat mogelijk is, dat de methodiek in dit ziekenhuis ook wordt toegepast. Of dit door ons zelf wordt gedaan of door een andere organisatie hangt af van de mogelijkheid binnen het ziekenhuis. Ook zijn we benieuwd naar hoe de methodiek in andere ziekenhuizen werd geïntroduceerd en hoe de methodiek op dit moment wordt toegepast. We willen ons dan vooral richten op de ziekenhuizen in de omgeving, de ziekenhuizen waar wij het meest op aangewezen zijn. De verpleegkundigen zijn over het algemeen ook goed gestemd over de methodiek, dit verbetert de samenwerking en de verdieping bij het behandelen van de doelgroep.

Wat kan VIB jullie (persoonlijk en vanuit het ziekenhuis) opleveren?

Ik zal er niet omheen draaien, maar voor mijzelf vind ik het een leuke persoonlijke ontwikkeling, het breid mijn takenpakket uit en het zorgt voor veranderingen binnen je functie. Ik wordt op deze manier uitgedaagd en ik vind het fijn dat ik zo meer theoretische kennis kan uitdragen over de opvoeding. Voor ouders staat het ook professioneel, er wordt op verschillende manieren naar hun kind gekeken en dit betekent dat ze gehoord worden. Kennisoverdracht tussen de verschillende disciplines is volgens mij ook erg belangrijk, op deze manier kunnen we onze voorgeschiedenis en scholing gebruiken om elkaar dingen te leren. Het voelt voor mij goed wanneer ik kan zien dat ouders meer zelfvertrouwen krijgen omdat wij ze het gevoel geven dat ze er mogen zijn en dat ze een hele reële vraag hebben waar wij op in spelen. De methodiek video interactie begeleiding is iets van deze tijd, het is een methodiek die bewezen effectief gebleken is. Daardoor merk je dat je daar in geïnteresseerd bent en je afdeling en werkvorm professioneler wilt laten worden.

Wat houdt de methodiek volgens jullie (persoonlijk) in?

De methodiek zorgt voor meer kwaliteit. Video interactie laat zien hoe een kind reageert. De interactie tussen ouders en het kind laat je zien en zo benadruk je wat er wel goed gaat. Dat kleine lachje of dat verkrampen hoeft niet altijd negatief te zijn. Door opnames te maken kan je ouders de lichaamstaal van het kind laten zien. Soms weten ouders niet goed meer hoe hun kind reageert, of waarom het een bepaalde houding aanneemt. Door daar samen met iemand naar te kijken die geen persoonlijke band met het kind heeft, kan je andere dingen zien, lichaamstaal anders interpreteren.

Bijlage 3: Uitwerking interview met een kinderarts op de kinder- en jeugdafdeling te Meppel.

Bent u bekend met de methodiek Video Interactie Begeleiding?

Ja, ik ken het van GGZ, die doen het dan vooral thuis. Hetzelfde mechanisme. Maar niet bij prikkelbare baby's, voor zo ver ik weet. Wel bij grotere kinderen, bijvoorbeeld met eetproblemen en andere problematieken. En dat is zeker nuttig. Ik hoor het ook van ouders trouwens hoor. Die vinden het in eerste instantie doodeng, maar een flink aantal zegt dat ze er een hoop van geleerd hebben. Ik ken het nog niet bij prikkelbare baby's, maar bij deze doelgroep lijkt het me ook zeer nuttig. Ik ken het niet van andere ziekenhuizen.

Wat denkt u over de toegevoegde waarde van de methodiek op de Kinder- en jeugdafdeling hier in Meppel?

Prima, ik denk dat het zeker iets toevoegt. Ouders moeten inderdaad gaan zien wat ze zelf doen, want dat vergeten ze vaak. Ze denken vaak alleen dat de baby iets doet. Maar de reactie van de ouders bepaalt ook het beloop. Dat zien ze vaak niet en dat moet er wel mee bereikt worden. Als ze er voor open staan, denk ik dat het heel goed werkt.

Merkt u dat er meer prikkelbare baby's worden opgenomen in het ziekenhuis?

Wisselt. Laatste tijd niet zo, maar een half jaar geleden had ik er een paar achter elkaar.

Kunt u misschien meer vertellen hoe u er als kinderarts mee om gaat?

Inzicht verschaffen vooral. Ik denk dat verreweg het belangrijkste is. Dat doe je met die Video Interactie Begeleiding nog meer dan dat ik dat uit kan leggen, want dan geloven ze het vaak niet. Maar ik leg ouders heel vaak uit dat huilen een communicatiemiddel is, het enige communicatiemiddel in de eerste maanden van een baby. Daar moet je dus naar leren luisteren. Het hoeft niet altijd te betekenen dat het kind pijn heeft. Want dat is vaak wat ouders denken. Een aantal mensen pakken mijn tips op, waardoor het probleem is opgelost. Maar er zijn ook ouders die het niet op pakken en dan houdt het op.

Wat is voor u een reden om een prikkelbare baby op te nemen?

Als het op een gegeven moment vast loopt thuis. Ouders die op een gegeven moment niet meer kunnen genieten van hun kind, waardoor je een groter risico loopt op kindermishandeling. Dit kom ik ook wel eens tegen en daar confronteer ik ouders ook gewoon mee. Sommige ouders geven dat ook best wel toe en dan moet je een kind natuurlijk helemaal zo spoedig mogelijk opnemen. Want loopt de baby risico thuis. Dan haal je het kind en de ouder uit de situatie. Gelukkig is dat niet altijd nodig. Maar wel als het kind gevaar gaat lopen. Ik ben er wel over uit dat je een time-out in een crisissituatie creëert. En een GGZ kan dat niet. En dat is het voordeel van het ziekenhuis!

Vindt u dat de prikkelbare baby's in het ziekenhuis moeten worden behandeld, of zou het ook op een andere plek moeten plaatsvinden?

Het kan ook op het Medisch Kinderdagverblijf. Het ziekenhuis is er misschien te duur voor. En misschien is de nabehandeling in het ziekenhuis ook wat moeilijker, want daar zijn we gewoon niet op ingesteld.

Hoe gaat de nabehandeling van prikkelbare baby's op dit moment?

Eigenlijk is die er niet. Ze komen bij ons op de poli en meestal is het probleem dan ook opgelost. Dan is verdere nabehandeling ook niet nodig. Maar ze worden zeker terug gezien op de poli, want we moeten natuurlijk wel zeker weten dat het daarna wel weer goed is.

Ik vind het altijd een dankbare doelgroep. Als je de ouders mee krijgt, dan gaat er een wereld voor ze open. Dan is het ontzettend leuk om een moeder te zien die straalt terwijl ze daarvoor binnen komt en het helemaal zat is. Sommige ouders hebben door de problemen met hun kind de wens dat ze hun kind nooit hadden gekregen. Maar dan zien we ze later terug en dan is dit gevoel helemaal anders.

Als u het idee heeft dat het dan nog niet helemaal goed gaat met de baby, verwijst u dan ook door?

Ja, vaak toch naar de GGZ. Ik denk dat dat de plek is daarvoor. En die hebben wel Video Hometraining. Deze hebben de middelen en de mensen er voor.

Hoe kijkt u tegen de financiën aan?

Ik denk dat dat het probleem niet is. Het is meer de vraag waar we de methodiek toe gaan passen en door wie.

Hoe is op dit moment de samenwerking tussen de pedagogisch medewerker en de kinderarts?

De wisselwerking is goed en de terugkoppeling ook. Die samenwerking heeft toegevoegde waarde bij een flink aantal kinderen. Dus het gaat niet alleen om het 'zoet houden' van de kinderen, maar ook om diagnostiek en begeleiding heeft het zeker toegevoegde waarde.

Maar mocht de methodiek toegepast worden zal er net wat meer overleg moeten plaatsvinden tussen de verschillende partijen, hoe kijkt u daar tegen aan?

Ik denk dat de kinderpsycholoog dan de belangrijkste rol speelt, die is daar voor opgeleidt en wij niet. Ik ken ook wel de theorie erachter, maar dat zij heeft andere ervaringen is daar voor geschoold.

De aanvraag komt vanuit de kinderarts, maar de begeleiding moet door de kinderpsycholoog gedaan worden naar mijn mening. Ik zou niet zeggen dat jullie als pedagogisch medewerkers doen en dat de kinderarts de uitslag krijgt en klaar. Daar moet meer gebeuren. De ouders moeten feedback gaan krijgen. Een pedagogisch medewerker kan de methodiek ook wel toepassen, maar die moeten daar wel begeleiding in krijgen. Deze begeleiding kan dan door de kinderpsycholoog worden gedaan. Daar is in mijn ogen niet een speciale opleiding voor nodig.

Stel dat video interactie begeleiding wordt ingevoerd op prikkelbare baby's, zou dit dan standaard in het protocol moeten komen te staan?

Ik denk dat je een selectie moet maken. Er zijn wel ouders die door uitleg van ons voldoende steun hebben waardoor het probleem al opgelost is. Dan is het niet eens nodig om de methodiek toe te passen. Als we het gevoel hebben dat ouders in zien dat er een communicatieprobleem is en open staan voor hulp, dan is het vaak niet nodig denk ik. Als je merkt dan ouders vast gelopen zijn, dan denk ik dat het een toegevoegde waarde heeft. Dit is dus echt aanvoelen welke ouders het nodig hebben. Ik zou het niet standaard toepassen, ik denk dat dat overbodig is. Dat vind ik zonde.

(wij vertelden dat in andere ziekenhuizen huilbaby-poli's zijn opgericht om deze doelgroep te begeleiden en behandelen.)

Hoe willen ze dat dan doen? Want het is een kunstmatige situatie. Ik heb soms ouders op gesprek die hun baby mee hebben genomen en die vervolgens een drie kwartier niet huilen. Daar wordt je dan toch niet wijzer van als je een video maakt? Dan moet je dat in de thuissituatie geven.

(Maar het punt is natuurlijk dat je door middel van het maken van videobeelden het positieve er uit te halen. Hierdoor kun je de ouders positief bekrachtigen.)

Dat is ook wel zo, maar je moet ook kunnen laten zien hoe het kind reageert als het niet stil is. Anders leren ouders er niet van en wordt het ook niet beter. Want heel vaak zijn de baby's op de poli stil. Dat is

vaak ook door de rust die we op dat moment uitstralen. Ouders kunnen dan erg gefrustreerd raken. En in dat soort situaties is de methodiek erg handig zodat ouders kunnen zien hoe dat dan gaat.

Bijlage 4: Uitwerking interview pedagogisch medewerker welke onderdeel uitmaakt van de 'werkgroep Huilbaby's' en haar collega pedagogisch medewerker, beide werkzaam op de kinder- en jeugdafdeling te Meppel.

Waarom is de werkgroep huilbaby's opgestart?

De werkgroep huilbaby's is nog maar een klein poosje bezig. We zijn inmiddels nog maar drie keer bij elkaar gekomen. Het staat dus nog in de kinderschoenen.

De werkgroep huilbaby's is opgestart omdat wij het idee hadden dat iedereen een beetje aan het zwemmen was ten aanzien van de begeleiding van prikkelbare baby's. De ene verpleegkundige heeft dit idee en de andere heeft het volgende idee. De pedagogisch medewerker heeft ook nog allemaal leuke ideeën en het is gewoon heel erg belangrijk om dat te bundelen. Nu is er een werkgroep opgericht om het allemaal in kaart te brengen.

We hebben het er wel eens over gehad om een huilbaby-poli op te richten, maar daar is momenteel geen geld voor. Dus dan wordt er toch gekozen voor een opname.

Dus de krachten bundelen is het belangrijkste uitgangspunt. Zo willen we een protocol oprichten voor de prikkelbare baby's zodat iedereen weet wat zijn of haar taak wordt binnen de begeleiding en behandeling van de prikkelbare baby. Zo is het ook voor ouders duidelijk wat de behandeling inhoudt.

Welke disciplines nemen deel aan de werkgroep?

De kinderarts, pedagogisch medewerker, psycholoog, maatschappelijk werker en de verpleegkundige.

Zijn er bepaalde thema's die jullie behandelen tijdens de bijeenkomsten van de werkgroep?

Nou zoals ik zei staat het echt nog in de kinderschoenen. De psycholoog was er bijvoorbeeld nog niet bij. Twee verpleegkundigen waren er bij, een pedagogisch medewerker er meer was er niet bij. Dus bij het eerstvolgende overleg hebben we de kinderarts en de psycholoog er bij gevraagd. Daaruit ontstaat vast ook dat de maatschappelijk werker er bij betrokken moet worden. Eerst was het een inventarisatie; waar lopen we tegenaan, wat gaat niet goed, wat kunnen we verbeteren. Die punten hebben we op papier gezet en dat vormt de agenda voor volgende keer.

Hebben jullie het in de werkgroep al wel eens over Video Interactie Begeleiding gehad?

Dat was meteen het eerste wat ik in bracht! Dit vinden wij als werkgroep erg belangrijk. Het lijkt ons heel erg zinvol om video interactie begeleiding toe te gaan passen. Er is ook een werkgroep psychosociale kinderen opgericht en ook daar werd al over video interactie begeleiding gesproken. Maar het financiële plaatje is niet toereikend. Maar iedereen is er wel van overtuigd dat het erg zinvol is. Dus degenen die in de werkgroep zitten, zijn allemaal bekend met de methodiek.

Heeft iemand van de verpleegkundigen wel eens met de methodiek gewerkt?

Nee, volgens mij heeft verpleegkundige Esther het wel gezien. Maar er niet zelf mee gewerkt. Iemand uit de werkgroep heeft onlangs wel het protocol uit Apeldoorn aangevraagd. Dus daar was ook iemand van op de hoogte. En volgens mij was dat ook Esther. Zij heeft zelf ook een verslag over prikkelbare baby's geschreven.

Zijn jullie er van overtuigd dat de doelgroep prikkelbare baby's in het ziekenhuis moeten worden behandeld?

Nee, het enige waar we van overtuigd zijn is dat de ouders ontlast moeten worden. Ouders zitten meestal helemaal in een negatieve spiraal en daar moeten ze zo snel mogelijk uitgehaald worden. En zouden we het kind in de thuissituatie houden, dan denk ik niet dat die ouders tot rust komen.

Maar ik weet niet of het ziekenhuis daar de geschikte plek voor is, daar heb ik nooit zo bij stil gestaan. Het medische moet eerst uitgesloten worden, daar geloof ik wel in, maar dat hoeft niet door een opname te geschieden denk ik.

(Andere pedagogisch medewerker)

Ik denk dat er geen andere mogelijkheid is. Het is ter ontlasting van ouders.

(pedagogisch medewerker uit de werkgroep 'Huilbaby's')

Het medische kan ook via een huisarts, door alle medische uit te sluiten.

De methodiek doet geen pijn, het heeft in alle gevallen meerwaarde lijkt mij.

Daarnaast heb je ook mensen nodig om de methodiek uit te kunnen voeren.

(Andere pedagogisch medewerker)

Je moet wel criteria hebben waarom je het wel of niet hebt. Ik zou het eng vinden wanneer je het op gevoel toepast, omdat ik hier bijvoorbeeld anders over kan denken dan bijvoorbeeld mijn collega pedagogisch medewerker. Het standaard invoeren van de methodiek bij prikkelbare baby's lijkt mij gewoon het slimste, dan hoeft je jezelf niet in te dekken waarom je de één wel doet en de ander niet.

Daarnaast bekijken we als werkgroep ook wat voor kwaliteit VIB ons ziekenhuis kan leveren. We weten nog niet of de stichting kind en ziekenhuis hier een rol in kan spelen. Zij hebben roerige jaren achter de rug. We zouden nog wel willen weten of het toepassen van de methodiek Video Interactie Begeleiding ook een extra 'smiley' op kan leveren.

Bijlage 5: Uitgewerkte interviews met de pedagogisch medewerkers uit de ziekenhuizen: Sneek, Zwolle, Hoogeveen en Assen.

Interview Nynke van der Berg

Pedagogisch medewerker in het Antonius Ziekenhuis Sneek.

Algemeen

Hoe lang wordt de methodiek VIB in dit ziekenhuis toegepast bij geprikkelde baby's?

Ik heb even zitten denken, maar nu ruim 10 jaar, bijna wel 11. Met prikkelbare baby's wordt ook al vanaf het begin gewerkt met deze methodiek.

Hoeveel medewerkers hebben de opleiding tot VIB'er afgerond?

Twaalf medewerkers op de kinderafdeling. Dat zijn twee pedagogisch medewerkers en twee zijn nog in opleiding maar die werken er dus ook al mee. Dus dat zijn er dan vier en dan nog de verpleegkundigen. Ik ben zelf organisatiesupervisor, dus ik mag ook opleiden. We hebben dus ook verpleegkundigen die het toepassen op de afdeling. De opgeleide verpleegkundigen die filmen en kijken terug, maar alle verpleegkundigen filmen. Heel vaak weten de verpleegkundigen wanneer ze moeten filmen en die pakken dan de camera. Die geven dan aan ons door dat het filmpje alvast gemaakt is. Ze hebben hier geen opleiding voor gevolgd, maar ze weten wel hoe de camera werkt en hoe ze moeten filmen. Ze weten wat we graag op video willen hebben. Doordat we de verpleegkundigen beelden laten zien, weten zij op deze manier ook wat de bedoeling is. Zij kijken dus niet terug, dat doen alleen de mensen die er voor opgeleid zijn.

Bij ons is het zo dat iedereen die op de afdeling werkt en die zegt van 'ik zou wel een opleiding tot VIB'er willen volgen' die mag zelf naar het hoofd gaan en aangeven dat het iets is wat ze heel graag zouden willen doen. Dan wordt er bekeken wat er mogelijk is. Het wordt eventueel op de begroting gezet. Dus mensen die gemotiveerd zijn maken meer kans. Ik ben inmiddels opleider/supervisor geworden, waardoor het de afdeling minder geld kost. Ik kan nu mijn collega's opleiden. Ik ben allereerst opgeleid tot VIB'er en toen ben ik opgeleid als organisatiesupervisor. Als je dat dan eenmaal bent, ben je als organisatie een stuk goedkoper uit. Voor de certificering komt er dan iemand van de opleiding hierheen om de kwaliteit te bewaken. Ik moet dan aan een aantal kwaliteitseisen voldoen. Ik moet zes keer in de drie jaar een supervisie volgen van het AIT, ik moet werkontwikkelingskringen bezoeken. Ik moet dus als het ware laten zien dat ik nog volgens de methodiek werk. Dit houden ze dus goed in de gaten.

Doelgroep

Tot welke leeftijd wordt de methodiek toegepast?

De kinderen liggen hier in principe tot achttien jaar, dus tot die leeftijd kunnen we het inzetten. En daarnaast gebruiken we het ook veel bij het begeleiden van stagiaires. Dan filmen we de stagiaire in contact met de ouders of het kind. Dan kijken we dat weer terug.

Bij welke problematiek wordt de methodiek nog meer toegepast?

Alles waarvan sprake is van contactonderbreking en dat is dus eigenlijk elke ziekenhuisopname. Maar dat is niet mogelijk om dat allemaal te doen. Dus wat we doen is sowieso heel preventief op de couveuseafdeling. Alle baby's worden daar gescheiden van hun ouders (omdat de moeders op de kraamafdeling liggen en de baby's hier liggen), dus die filmen we in principe allemaal. Als het kind geboren is met een keizersnede dan filmen we standaard, zonder te vragen. Ik stel me dan wel even

voor aan ouders. We hebben ervaren dat als we het vragen aan de ouders dat ze na moeten denken terwijl hun hoofd er niet naar staat. Maar achteraf zijn ze heel blij dat we het gedaan hebben. En verder passen we het dus toe op de prikkelbare baby's, kinderen met eetproblemen, kinderen met slaapproblemen, chronisch zieke kinderen en waarbij ouders een vraag hebben over de omgang met hun chronische zieke kind. Kinderen met gedragsproblemen en kinderen met diabetes waarbij ouders vragen hebben omdat de diabetes van hun kind net ontdekt is. Het kind heeft nieuwe vragen en de ouders hebben nieuwe antwoorden nodig. Ook wordt het toegepast op kinderen met zindelijkheidsproblematiek. Het wordt dus heel erg breed toegepast.

Bij welke problematiek zou u de methodiek nog meer willen toepassen?

Eigenlijk passen we het op alle patiënten met verschillende problematiek wel toe wanneer wij denken dat het noodzakelijk is.

Inhoudelijk

Werkt dit ziekenhuis met een protocol wat betreft prikkelbare baby's? Wat houdt dit protocol dan eventueel in?

Ja meestal gaan we de eerste dag even rust bieden. Er is natuurlijk al een heleboel gebeurd. Met prikkelbare baby's hebben ouders al heel veel beleefd en hebben al heel veel ervaren. Ze lopen vaak ook al met een stuk schuldgevoel van 'wat heb ik fout gedaan?' en dan is het belangrijk om eerst rust te bieden en niet meteen met de camera in de aanslag te staan. De kinderarts introduceert VIB bij de opname van het kind. Het is moeilijk om in het protocol te vangen wanneer we het moeten introduceren. Dus we gaan rust bieden en daarna kijken we wanneer ouders er aan toe zijn om met VIB aan de slag te gaan. Dat kan soms na een dag maar dat kan soms ook drie dagen zijn, afhankelijk van de situatie. Bij de doelgroep prikkelbare baby's wordt de methodiek standaard toegepast. Het is zelfs zo dat wanneer het kind wordt opgenomen dat ze niet eerder naar huis mogen dan dat er gefilmd is, of dat er in ieder geval een afspraak is gemaakt om te filmen. Dit hoort dus allemaal bij het protocol. Prikkelbare baby's worden vaak gefilmd tijdens een badmoment of in een speelsituatie op een speelkleed bijvoorbeeld.

De opnameduur is heel verschillend. Gemiddeld ongeveer zes dagen, maar er is geen standaard opnameduur in het protocol opgenomen. Het behandelen van het kind en zijn ouders is maatwerk, waarbij je het ene kind één keer moet filmen, moet bij een ander kind meerdere keren. Het filmen kost ongeveer vijf á tien minuten. Als je ervaren VIB-er bent kijk je het meteen terug en als je nog geen ervaren VIB-er bent, dan ga je eerst de beelden zelf analyseren en dan ga je het daarna met de ouders terug kijken en analyseren. Dit duurt ongeveer een half uurtje. Dus tien minuten filmen, een half uur analyseren en een half uur terugkijken met de ouders, dan kom je op zeventig minuten uit. En als ouders een filmpje van thuis mee hebben genomen, dan ben je dus in principe een half uurtje bezig met het terugkijken van het filmpje met de ouders.

Hoe wordt de methodiek bij ouders geïntroduceerd en door wie?

Vaak wordt het door de kinderarts voor de opname al genoemd. De prikkelbare baby's worden ook poliklinisch behandeld. Dus dat de ouders gewoon langs komen bij de kinderarts en ook hij introduceert het. En de rest van de uitleg wordt door ons als pedagogisch medewerkers gedaan.

Wat is de rol van de pedagogisch medewerker bij de toepassing van de video interactie begeleiding?

Als er sprake is van prikkelbare baby-problematiek of gedragsproblemen, dan overleggen we altijd met de ouders wat verstandig is. Dan is het wel eens zo dat ouders soms hun vraagtekens hebben en niet zo goed weten wat ze moeten doen. Dan is het heel erg belangrijk dat wij het goed introduceren, want dan merk je wel eens dat het niet helemaal goed is geïntroduceerd is bij ouders en dat ouders dan afhaken.

Alle ouders willen het beste voor hun kind. Als je samen met de ouders kijkt naar wat hun kindje nodig heeft, dan is het zo mooi om het met de camera vast te leggen en dat je daardoor bewust kunt kijken en het beeld stil kan zetten. Heel veel ouders vinden dat prettig en heel veel ouders zijn toch bang om sterk beoordeeld te worden of veroordeeld te worden. Het begrip ‘pedagogisch medewerker’ geeft ouders soms al het idee en het beeld dat zij kijken naar of ze het wel of niet goed doen. Dat is belangrijk om de angst boven tafel te krijgen. Dan kun je ouders laten zien dat het vaak heel anders bedoeld is waardoor je ouders kunt overtuigen van je goede bedoelingen. Ik kan de ouders ook vragen om thuis een filmpje te maken en dit mee te nemen op een poliklinische afspraak. Dat is niet de wijze waarop het ons geleerd is, maar proefondervindelijk heb ik ontdekt dat het best wel goed werkt.

Daarnaast bieden we een dagstructuur aan het kind en we observeren wat het kind met deze dagstructuur doet. Hier heb je dan overleg met ouders over. Daarnaast zetten we de VIB in bij ouders om te kijken ‘wie is mijn kindje?’ en wat heeft het van jullie nodig? Het is dus ook een stuk ouderbegeleiding.

De rol van de pedagogisch medewerker is dus: individueel afstemmen op de ouder en het kind.

Welke disciplines zijn betrokken bij de behandeling van de doelgroep prikkelbare baby's?

Pedagogisch medewerker, kinderarts, verpleegkundigen, fysiotherapie bij gespannen kinderen en eventueel maatschappelijk werk. Als er in de situatie heel veel dingen spelen (door de baby veroorzaakt of andersom) dan kan het ook zijn dat de maatschappelijk werker er met de ouders naar gaat kijken.

Wordt er nabehandeld wanneer de kinderen en hun ouders weer naar huis toe zijn?

Het kan ook zijn dat het kind hier opgenomen is en dat we aanbieden dat we eventueel poliklinisch nog verder kunnen, dit gebeurt ook. Ouders hebben hier ook wel behoefte aan. We hadden laatst een moeder die heel graag nog een afspraak wilde. En wat bleek nou: ze kwam eigenlijk laten zien hoe goed het ging thuis. De bevestiging had ze nog even nodig.

Op wat voor manier wordt de nabehandeling vormgegeven?

We bespreken per ouderpaar hoe de nabehandeling wordt vormgegeven. Som maak je al direct een afspraak over hoeveel tijd de ouders weer terug komen. Soms maken we een telefonische afspraak en soms zeggen de ouders: ‘wij bellen wel wanneer we een vraag hebben’. Dat is dus heel verschillend. Sommige ouders vinden het prettig dat ik hierin de leiding neem, andere ouders nemen zelf het initiatief. Dit kan dus ook wel eens een jaar later zijn.

Hoe worden ouders gedurende de opname van hun prikkelbare baby begeleidt, naast de methodiek VIB?

Heel veel! Ouders zijn onlosmakelijk met hun kind verbonden. Als je een kind opneemt heb je de ouders er altijd bij. Ik zeg ook altijd tegen ouders: ‘hij blijft van jullie’. Ouders zijn natuurlijk heel deskundig op het gebied van hun kind en het kind is afhankelijk van zijn ouders. Dus er moet voortdurend afgestemd worden naar ouders over wat het ziekenhuis doet en wat de taak van de ouders is. Je werkt eigenlijk de hele dag samen met de ouders. Ouders mogen altijd aanwezig zijn bij hun kind, 24 uur per dag. Bij prikkelbare baby's ga je overleggen met ouders of het verstandig is om 24 uur per dag aanwezig te zijn bij hun baby. Kinderen komen dan zelf vaak niet tot rust, maar de ouders zelf ook niet. We adviseren ze wel eens om rust te nemen en even afstand te nemen van hun kindje, maar het is en blijft hun eigen kind, dus het is niet een regel waaraan ze zich moeten houden.

Door wie is de opleiding tot Video Interactie Begeleider gefinancierd?

Het ziekenhuis. Deze heeft de opleiding bekostigd. Het is dus niet uit eigen zak betaald.

Slot

Wat vind je positief en wat vind je negatief bij de toepassing van de methodiek VIB in dit ziekenhuis?

Positief is dat je met VIB op de kracht gaat zitten van het kind samen met de ouders. Je kijkt naar wat er goed gaat en niet naar wat er niet goed gaat. Wij kijken naar wat er intact is, we kijken in het hier en nu (dus niet naar de geschiedenis kijken). Wat doet je al en wat kun je nog verder uitbouwen? Het mooie van de methodiek is dat we ter plekke kunnen bekijken: wat is er aan de hand? Dan hebben we direct de methodiek bij de hand. Je pakt direct de camera maar het gaat natuurlijk wel in overleg met de ouders. Ik ben heel erg blij dat we VIB hebben geïntroduceerd omdat het heel erg veel biedt zodat je dingen sneller kan zien. Anders zit je soms uren met ouders te praten. Nu kun je in een heel korte tijd ouders helpen om anders naar hun kind te kijken. Het is een hele kortdurende methodiek die weinig investering kost in geld en tijd die heel erg veel oplevert!

We zijn nu ook meer betrokken op de couveuseafdeling dan vroeger. En we merken dat dat lukt binnen onze beschikbare tijd. Het is een kwestie van goed plannen en nadenken.

Een minpunt is dat we wel duidelijk verschil merken tussen pedagogisch medewerkers en verpleegkundigen. Bij de verpleegkundigen ligt de prioriteit bij het verzorgen en eigenlijk het letterlijk 'in leven houden' van het kind. De verpleegkundigen denken dat de pedagogisch medewerkers er gemakkelijker tijd voor vrij kunnen maken omdat het al een onderdeel van onze werkzaamheden zijn. Voor de verpleegkundigen komt het er dus meer bij en voor ons is het een onderdeel van onze taak. Wij kunnen het beter in passen. Wel zien we, naar mate we VIB langer toepassen, er steeds meer tijd voor vrij gemaakt wordt.

Waar we ook op moeten blijven letten is dat VIB niet zaligmakend is. Er kan van alles aan de hand zijn en dat moet je niet over het hoofd zien. Zo van: 'daar kom ik met mijn camera en ik zal alles wel oplossen'. Je moet goed blijven kijken of er iets met het kindje aan de hand is.

Verbeterpunten zijn er altijd. De terugkijkgesprekken nemen we op en daardoor kijk je altijd naar jezelf wat er nog verbeterd kan worden. Ik ben van mening dat iedere hulpverlener deze methodiek in zijn opleiding moet hebben.

Waarom hebben jullie ervoor gekozen om deze methodiek in het ziekenhuis toe te passen bij de doelgroep prikkelbare baby's en niet door te verwijzen?

Kinderen komen hier binnen en dan hebben ze al een heel traject achter de rug. Ze zijn dan bij een huisarts of een consultatiebureau geweest. Hier worden ze niet altijd serieus genomen in hun verhaal. Sommige ouders worstelen hiermee door, waardoor sommige kinderen inderdaad ophouden met huilen. Maar ouders die terecht komen bij een kinderarts is al veel meer mee gebeurd. Ouders hebben al allerlei trajecten gehad, consultatiebureau en thuiszorg hebben al enorm hun best gedaan, maar toch is het gedrag nog niet doorbroken. Dus ouders komen steeds verder in de neerwaartse spiraal. Ouders denken vaak dat er iets met hun kind aan de hand is en dan komen ze bij de kinderarts uit. Dan is het belangrijk om eerst medisch te kijken of er inderdaad iets aan de hand is. Maar ook al is er iets medisch aan de hand, dan hebben de ouders bevestiging nodig. Dan is het fijn om ouders handvaten te geven. Ouders lopen het risico om hun kind wat aan te doen, dus dat is ook iets wat we altijd aan ouders vragen: 'hoe staan jullie hierin, in deze situatie?' Daarom wordt de inschatting gemaakt: lukt het nog in de thuissituatie of lukt dit niet meer? En dan wordt het kind opgenomen om het te doorbreken. De kinderarts maakt dus uiteindelijk de beslissing.

Hoe denk je over de toegevoegde waarde van de methodiek VIB bij jullie op de afdeling?

Ik zou niet meer zonder kunnen! Je kunt op een hele korte, duidelijke wijze ouders laten zien in hun contact naar het kind toe, wat je anders niet in woorden zou kunnen vertellen. Ik heb ook zonder

gewerkt, maar ik merk dat ik veel sneller tot ouders doordring en veel sneller dingen kan laten zien en ik zie sneller gedragsverandering bij ouders. Dit blijkt ook uit onderzoek. Ik zou ernstig onthand zijn als de methodiek er niet meer zou zijn.

Interview Liseth Broer

Pedagogisch medewerker bij Isala Klinieken Zwolle, locatie Sophia.

Algemeen

Hoelang wordt de methodiek in dit ziekenhuis al toegepast met betrekking tot prikkelbare baby's?

Twee jaar waarvan een jaar gediplomeerd. Het eerste jaar gingen we op dezelfde manier aan de gang als nu, alleen we moesten dan bepaalde opdrachten doen voor de opleiding. Toen was het allemaal nog wat onwennig, nu krijgen we steeds meer aanmeldingen en gaat het uitvoeren van de methodiek steeds beter.

Hoeveel mensen hebben de opleiding tot video interactie begeleider afgerond?

We zijn met zijn drieën. Twee verpleegkundigen en een pedagogisch medewerker. Een verpleegkundige van de kinderafdeling en een verpleegkundige van de babyafdeling. We rouleren wel, we werken allemaal overal. Dat ligt aan de vraag die er ligt, daar gaan we met de methodiek aan de slag. We hebben wel een gezamenlijk e-mailadres waar alle aanvragen op binnenkomen. Dat is een communicatiemiddel, we mailen elkaar om te vertellen wat we hebben gedaan, of waar we eventueel nog hulp bij nodig hebben.

Is er een leeftijd verbonden aan de methodiek zoals die hier in het ziekenhuis wordt toegepast?

In principe alle leeftijden, dus tot 18 jaar, maar je ziet over het algemeen veel baby's en premature. Die komen vaak altijd in aanmerking, dus waarom zouden we die niet filmen? Baat het niet dan schaadt het niet. De kinderen die op de algemene kinderafdeling liggen lijken minder snel aan bod te komen, omdat ze minder lang liggen en omdat er dan ook echt een hulpvraag moet zijn. We hebben afgelopen jaar een optelsom gemaakt, maar de verhouding tussen baby's/ premature en kinderen die op de kinderafdeling liggen is redelijk in balans. In principe kunnen we bij alle leeftijden VIB toepassen, maar in de praktijk zien we dat het vooral bij kinderen tot 10 jaar wordt toegepast.

Doelgroep

Bij welke problematiek wordt de methodiek nog meer toegepast?

Bij premature baby's en met bijvoorbeeld onzeker ouders of sociale indicatie kinderen die heel lang blijven. Of een echte vroeggeboorte vanaf 25 of 26 weken. Prikkelbare baby's, chronisch zieke kinderen en kinderen met eetproblematiek. Voor deze laatste hebben we een speciale poli. Hier is een speciaal eet-team voor en die zetten VIB in als diagnostiek. Eventueel wordt dit ook als vervolg van de behandeling gegeven, dit is dan in samenwerking met de orthopedagoog. Dat zijn eigenlijk wel de drie belangrijkste. Eigenlijk is het dus multidisciplinair.

Bij welke problematiek zou u de methodiek nog meer willen toepassen?

De prikkelbare baby's zijn nog niet standaard. Dus we zijn nu gewoon bezig met hoe we de prikkelbare baby's in de toekomst aanpakken. Om opnames te voorkomen. We hebben het al over een huilbabypoli gehad, maar dit schiet niet heel erg op. We hebben oriënterende gesprekken met de nursepractitioner gehad, de schakel tussen de verpleegkundige en de arts-assistent. Hier wordt dus hard aan gewerkt.

Inhoudelijk

Werkt dit ziekenhuis met een protocol wat betreft prikkelbare baby's?

Ja, gedeeltelijk. Sommige dingen willen we standaard invoeren, maar hier is nu nog geen sprake van.

Zo ja, wat houdt dit protocol in?

VIB wordt op het moment vaak wel ingezet, maar het is nog niet standaard. We zijn wel bezig om het standaard in het protocol op te nemen. Het protocol is nu dat het kind voor drie dagen observatie op de afdeling komen. Dan hebben ze minimaal contact met ouders, tenminste, ouders mogen rust pakken als ze dat willen. En dan zie je vaak wel een doorbreking van de cirkel. Er wordt standaard een dagprogramma ingesteld. Hierbij wordt ook duidelijk vermeld dat ouders standaard thuis slapen.

Hoe wordt de methodiek bij ouders geïntroduceerd en door wie?

Vanuit de nurse-practitioner en de behandelend arts wordt de methodiek geïntroduceerd bij de ouders. Het komt of bij de verpleging, of bij ons als pedagogisch medewerkers vandaan. Maar dit maakt eigenlijk niet zoveel uit. Maar het komt niet bij de ouders vandaan in ieder geval. Wij doen de aanvraag. Het is een aanbod wat wij geven ter ondersteuning.

Wat is de rol van de pedagogisch medewerker bij de toepassing van de video interactie begeleiding?

De pedagogisch medewerker maakt een dagprogramma voor het kind en zijn ouders. En deze past eventueel VIB toe.

Welke disciplines zijn betrokken bij de behandeling van de doelgroep prikkelbare baby's?

Als de prikkelbare baby wordt opgenomen dan is het eigenlijk de behandelend arts, de nurse-practitioner, die dat aanstuurt. Maar het is wel onder supervisie van de kinderarts. En dan is er een verpleegkundige bij en een pedagogisch medewerker.

Wordt er nabehandeld wanneer de kinderen en hun ouders weer naar huis toe zijn?

Ja er wordt wel nabehandeld, maar hier heeft de pedagogisch medewerker in principe niks mee te maken.

Op wat voor manier wordt de nabehandeling vormgegeven?

De nurse-practitioner zorgt voor de nabehandeling. Die houdt contact met de ouders na de opname. Ouders komen dan bij hun terug. Pedagogisch medewerkers hebben hier dus in principe niks mee te maken. Als er in de toekomst misschien sprake is van een huilbabypoli, dan zal dit veranderen en dan zullen de pedagogisch medewerkers er waarschijnlijk wel bij betrokken zijn.

Hoe worden ouders gedurende de opname van hun prikkelbare baby begeleidt, naast de methodiek VIB?

Ze moeten uitrusten en zeggen wanneer ze aanwezig willen zijn bij hun kind. Ze mogen natuurlijk ook wel meer aanwezig zijn als ze dat willen, want het is uiteindelijk wel hun kind. Wij als pedagogisch medewerkers zullen niet zeggen dat ze weg moeten. Maar soms zitten ouders er helemaal door heen. Dan is het een geval van sociale indicatie en prikkelbare baby problematiek. Maar bij een normale prikkelbare baby is er drie dagen rust en dan komen de ouders af en toe op bezoek, maar ze mogen er natuurlijk ook vaker zijn.

Door wie is de opleiding tot Video Interactie Begeleider gefinancierd?

Het ziekenhuis. We mochten één boek aanschaffen vanuit het ziekenhuis. Voor de andere twee boeken die we eigenlijk ook nodig hadden, moesten we kopieën maken, of het boek zelf op eigen kosten aanschaffen. Zowel tijd als geld was van het ziekenhuis.

Slot

Wat vind je positief en wat vind je negatief bij de toepassing van de methodiek VIB in dit ziekenhuis?

Positief: Het is een hele laagdrempelige methodiek, die heel erg vriendelijk is. Als je met ouders de video's terug kijkt, dan is dat erg aandoenlijk om te zien wat het met de ouders doet. Er verschijnt vaak een glimlach op hun gezicht. Je gaat in op de positieve dingen van het kind, daarom is het ook niet veroordelend.

Wat ik als positief ervaar is dat we het filmpje op een intern netwerk plaatsen. Zo kunnen we op welke verdieping dan ook het filmpje openen.

Negatief: Onze studie-uren gingen ten koste van onze werk-uren. Dit riep weerstand op bij het overige personeel. Maar ons werk veranderd. We zitten niet meer de hele dag standaard in de speelkamer. We krijgen er ook andere taken bij. Iedereen die dit wel zo gewend was, begonnen hierdoor wat te mopperen.

Sommige ouders vinden het filmen wat spannend. Als je niet goed bij de ouders introduceert, voelen ze het als inbreuk op hun privacy.

Vaak is het wel een gesleep met de benodigde materialen voor de VIB. We hebben namelijk twee laptops, twee camera's, twee statieven en de cd's die we nodig hebben om te branden. Maar dat gesleep met spullen komt bij ons ook omdat de afdeling over drie verdiepingen is verdeeld. En het vraagt natuurlijk ook van ons dat je technisch aangelegd moet zijn.

Waarom hebben jullie ervoor gekozen om deze methodiek in het ziekenhuis toe te passen bij de doelgroep prikkelbare baby's en niet door te verwijzen?

Er wordt hier in Zwolle wel doorverwezen naar Icare. Hiermee wordt samengewerkt. Bij Icare worden alle premature baby's uit de regio aangemeld. Dit heet premacare. Icare zag het aantal aanmeldingen teruglopen vanaf het moment dat wij VIB toepasten in het ziekenhuis. Wij verwijzen wel door als het kind en de ouders thuis nog Video Hometraining (VHT) willen hebben. We schrijven hier een overdracht voor. Dit geldt ook voor andere kinderen die in aanmerking komen voor VHT.

Wanneer een kind opgenomen wordt, heeft het kind en zijn ouders al een heel traject doorlopen. Dan wordt vaak uiteindelijk besloten: 'dan maar een opname', als laatste stap. Het meest wenselijk voor ons is om het kind niet uit de thuissituatie te halen. Het mooiste is om ze thuis te benaderen.

Hoe denk je over de toegevoegde waarde van de methodiek VIB bij jullie op de afdeling?

Kijk, als het er niet is, weet je niet wat je mist. Maar als het er wel is, is het een ondersteuning op alle gebieden. Je ziet aan de reactie van ouders dat ze het heel erg op prijs stellen. Wij evalueren met de ouders door middel van een evaluatieformulier en het zijn alleen maar positieve reacties. Er is niemand die het achteraf als 'afschuwelijk' bestempeld. Ouders herkennen gedrag en zien de interactie tussen henzelf en het kind wat ze eerder niet zagen.

VIB wordt inmiddels ook als toegevoegde waarde van je functie gezien.

Interview Jessica Boerema

Pedagogisch medewerker in het Ziekenhuis Bethesda in Hoogeveen.

Algemeen

Hoe lang wordt de methodiek VIB in dit ziekenhuis toegepast bij geprikkelde baby's?

Ik ben in 2007 gestart met de opleiding en in februari 2008 zijn we er actief mee begonnen. Tijdens de opleiding zijn we het meteen gaan implementeren op de afdeling. We hebben het dus klinisch toegepast op kinderen die op de afdeling liggen, maar we zijn toen ook gelijk met een VIB-poli gestart. We zijn toen met de poli begonnen met acht uur per week en inmiddels zijn dat twaalf uren per week. Wij gaan dan met een hulpvraag aan de slag speciaal gericht op VIB. Af en toe doen we er een advies bij, maar dat is niet de insteek. De methodiek op zich kan antwoord geven op een hulpvraag.

Hoeveel medewerkers hebben de opleiding tot VIB'er afgerond?

Ik was de eerste. Mijn directe collega, ook pedagogisch medewerker, is net afgelopen februari 2011 gecertificeerd. Dus we hebben er twee. Vooral nog is er geen verpleegkundige die de cursus heeft gevolgd. Hier zijn wel wensen voor.

Doelgroep

Tot welke leeftijd wordt de methodiek toegepast?

De ervaring is vooral nul tot en met zes jaar, maar het kan in principe tot twaalf jaar. Maar dat komt niet zo heel voor. Een puber is weer heel anders in zijn reageren. Die handelt meer vanuit voorbedachte rade. Maar tot een jaar of twaalf zijn kinderen vaak heel eigen en direct in hun reageren. Daarom hebben we daar een keuze ingemaakt, omdat je voor de andere doelgroep andere kennis nodig hebt. Nu zijn we gespecialiseerd in deze leeftijd, wellicht later in de andere doelgroep.

Bij welke problematiek wordt de methodiek nog meer toegepast?

Hier op de afdeling zien we inderdaad veel prikkelbare baby's, maar ook regelmatig eetproblematiek, chronisch zieke kinderen, kinderen met obstipatie en slaapproblemen maar deze laatste twee zien we vaak poliklinisch. Maar ook op de premature baby's die voor 35 weken zwangerschap ter wereld zijn gekomen, worden standaard met VIB behandeld. Daarnaast poep- en plasproblemen en gedragsproblematiek, maar ook deze kinderen worden poliklinisch behandeld.

Bij welke problematiek zou u de methodiek nog meer willen toepassen?

Op de kraamafdeling zouden we het nog wel standaard willen toepassen. En niet zo zeer gericht op een bepaalde problematiek, maar ik zou nog wel wat meer verdieping willen in de deskundigheidsbevordering. Maar in principe zijn we al heel breed bezig.

Inhoudelijk

Werkt dit ziekenhuis met een protocol wat betreft prikkelbare baby's?

Er is een protocol bij opname van de prikkelbare baby. En een protocol bij poliklinische behandeling.

Zo ja, wat houdt dit protocol in?

Het protocol is dat baby's zo snel mogelijk poliklinisch gezien moeten worden. Dit heeft voorrang op de kinderen met een andere problematiek. Bij de kinderarts wordt het kind gezien en dan moet het kind binnen drie dagen bij ons gezien worden. En het doel is om het stresslevel van de ouders meteen te verlagen door direct in te springen op de hulpvraag. Dit is om te voorkomen dat de prikkelbare baby wordt opgenomen. Dat is dus het achterliggende doel.

Prikkelbare baby protocol bij klinische kinderen houdt in dat er een huilijst wordt bijgehouden en dat er standaard VIB wordt ingezet. Ouders worden ontlast in zoverre dat nodig is. Ze blijven in principe niet slapen omdat ze geadviseerd worden om zelf bij te slapen. Er wordt mee gekeken naar voedingsmomenten en vragen die ouders hebben worden zoveel mogelijk beantwoord. Meestal ben je dan al drie tot vijf dagen verder en zie je dat je de vicieuze cirkel hebt doorbroken en dat ze weer wat op adem zijn.

Hoe wordt de methodiek bij ouders geïntroduceerd en door wie?

De kinderarts ziet het kind en zijn of haar ouders het eerste. Die besluit om het kind op te nemen en wat de daarbij behorende stappen zijn. De kinderarts vertelt dan ook kort iets over VIB, ouders weten dus dat dit eraan zit te komen. De kinderarts vertelt ook dat de methodiek puur ter ondersteuning is. Wanneer het kind en zijn of haar ouders op de afdeling is komt de pedagogisch medewerker binnen. Die neemt de anamnese af bij ouders en gaat dieper in op de methodiek video interactie begeleiding. Dan maken we gelijk afspraken en gaan we aan de slag.

Wat is de rol van de pedagogisch medewerker bij de toepassing van de video interactie begeleiding?

Welke disciplines zijn betrokken bij de behandeling van de doelgroep prikkelbare baby's?

Wordt er nabehandeld wanneer de kinderen en hun ouders weer naar huis toe zijn?

Ja, bij ons wordt er nabehandeld door de kinderarts en ook door de pedagogisch medewerker.

Op wat voor manier wordt de nabehandeling vormgegeven?

De kinderarts heeft altijd een vervolg afspraak op de poli, deze afspraak moet zijn gemaakt als ze het ziekenhuis verlaten. De pedagogisch medewerker spreekt de ouders na een aantal dagen of weken altijd telefonisch. Aan de hand van het gesprek over de video interactie begeleiding nemen we weer contact op om te vragen hoe het gaat en waar eventuele problemen liggen. Wanneer we merken dat er nog dingen zijn waar ouders tegenaan lopen, dan kijken we naar andere mogelijkheden. Het kan zijn dat we dan nog een keer filmen, of dat ze nog een (vervroegd)consult krijgen bij de kinderarts.

Hoe worden ouders gedurende de opname van hun prikkelbare baby begeleid, naast de methodiek VIB?

We geven naast video interactie begeleiding altijd pedagogische adviezen wanneer ouders hier behoefte aan hebben. Daarnaast kan een dagprogramma ouders wat meer houvast bieden. Daarnaast kijken we naar het aanleren van eventuele voedingstechnieken,

Door wie is de opleiding tot Video Interactie Begeleider gefinancierd?

De opleiding is door de zorgverzekeraar gefinancierd. De zorgverzekeraar heeft speciale potjes voor bijzondere projecten, bij ons heet dat zorgvernieuwingsprojecten. Je moet dan een klein ondernemingsplan opstellen en als de zorgverzekeraar daar wat in ziet dan financieren ze dat. Het is een soort van subsidie. We moeten onszelf daarna wel bekostigen met de VIB. Dat betekent dat alles wat we kosten, door middel van de VIB ook weer moeten terug verdienen. Voor alle poliklinische patiënten schrijf je een dagopname voor, die dagopname levert een bepaald bedrag op voor het ziekenhuis. En die moeten er voor zorgen dat op jaarbasis alle kosten van ons er weer uitgehaald worden. En dat lukt ons ook. Je moet dan wel genoeg aanmeldingen hebben. Als je dan alleen prikkelbare baby's wilt behandelen heb je wellicht te weinig.

Het lastige is alleen, dat wanneer je de prikkelbare baby klinisch VIB aanbied, het je nooit extra geld oplevert. Het valt dan binnen de opname en je kan er dan geen extra dagopname voor rekenen. Je moet

enkele uren met een kind bezig zijn geweest, wil je er geld aan verdienen. Dit gaat via DBC's. Je hebt verschillende DBC's, voor opname en voor poliklinisch. Wij zien er op jaarbasis ongeveer honderd en dat maakt dat we een beetje winst maken. We zijn met veertig kinderen op jaarbasis begonnen, dus we hebben een behoorlijke groei gemaakt, dat kost ook tijd. Toen kon het er ook al uit, omdat er verder weinig kosten zijn. Een dagopname levert 340 euro op. Een pedagogisch medewerker kost ongeveer 15 euro per uur. Als pedagogisch medewerker moet je ongeveer 20 uur werken voor een dagopname. Dat is drie werkdagen. Dat betekent dat je dan één dagopname hoeft te schrijven voor twee dagen om het te kunnen financieren.

Slot

Wat vind je positief en wat vind je negatief bij de toepassing van de methodiek VIB in dit ziekenhuis?

Positief is dat we doen aan deskundigheidsbevordering. Dit houdt in dat elk personeelslid (inclusief stagiaires) worden gefilmd. Dit wordt samen met ze terug gekeken. Dit doen we om de professionaliteit te vergroten. Hierdoor krijg je inzicht in interactie. We mogen ook op de kraamafdeling aan de slag.

Vooral bij keizersnede wordt het toegepast, zodat er een zwart gat wordt opgevuld.

Positief is ook dat we bij tachtig procent goede tot zeer goede resultaten zien. Ook is het positief dat als we poliklinisch aan het behandelen zijn, wij worden vervangen door iemand anders op de afdeling. Zo kunnen we het opvangen.

We kijken ook vooral naar de positieve interactie momenten, dus de methodiek op zich is al erg positief. Het kan ouders helpen om op een hele snelle manier naar hun kindje te kijken.

Wat voor mij soms als negatief ervaren wordt, is dat mensen die minder begaafd zijn, meer moeite hebben met het begrijpen van de stappen van de methodiek. Het herkennen van interactie en begrijpen wat een kind hiermee bedoeld is voor deze ouders vaak erg moeilijk. Ik heb onvoldoende kennis van deze doelgroep om VIB goed toe te kunnen passen.

Wat zouden verbeterpunten kunnen zijn voor dit ziekenhuis?

Het zou mooi zijn als er ook verpleegkundigen worden opgeleid op de kinderafdeling en op de kraamafdeling. Maar je moet eerst goed beleid opzetten. Maar als je hier eenmaal voor gaat zitten, dan wordt er hier ook wel gehoor aan gegeven.

Ik zou mij meer willen verdiepen in de minder begaafde ouders. Ik wil hun ook kunnen laten zien wat hun kindje bedoelt en daardoor eventuele problematiek oplossen/ anders bekijken.

Waarom hebben jullie ervoor gekozen om deze methodiek in het ziekenhuis toe te passen bij de doelgroep prikkelbare baby's en niet door te verwijzen?

Als de oplossing binnen huis te vinden is, waarom zouden we dan doorverwijzen. Ouders komen bij de kinderarts en deze maakt de keuze wat er moet gebeuren. Als de kennis in het ziekenhuis aanwezig is, dan zou het stom zijn om door te verwijzen naar een andere organisatie. Op deze manier kan je ook sneller hulpverleners.

Hoe denk je over de toegevoegde waarde van de methodiek VIB bij jullie op de afdeling?

Je hebt tools in handen die je ouders kan aanreiken. Je kan met weinig middelen veel bereiken. Het is een positieve methodiek en ouders voelen zich niet aangevallen maar zien dat er met ze wordt meegedacht.

Interview Inge Rolff

Pedagogisch medewerker in het Wilhelmina Ziekenhuis Assen.

Algemeen

Hoe lang wordt de methodiek VIB in dit ziekenhuis toegepast bij geprikkelde baby's?

Sinds dat we met de opleiding gestart zijn, zijn we ook direct begonnen met beelden maken. We waren toen nog niet gecertificeerd maar we waren er al wel mee bezig. We zijn begin 2010 gecertificeerd en we zijn eind 2008 begonnen. In het begin wisten we er nog niet veel van want we waren nog niet gecertificeerd.

Hoeveel medewerkers hebben de opleiding tot VIB'er afgerond?

Hier in het ziekenhuis drie. Waarvan twee pedagogisch medewerkers en een verpleegkundige. Mijn collega doet het via het ziekenhuis in Sneek en past het hier dus ook toe. Zij draait wel volledig mee.

Doelgroep

Tot welke leeftijd wordt de methodiek toegepast?

In de praktijk passen we het vooral toe bij baby's. Maar het hangt niet af van leeftijd, we kijken naar de hulpvraag.

Bij welke problematiek wordt de methodiek nog meer toegepast?

Couveuse kinderen, maar dit moet nog wel in de praktijk geïntegreerd worden. Het team is nog niet klaar voor om dit standaard toe te passen. Het is niet haalbaar om alle couveuse kinderen te filmen, omdat we maar met z'n vieren zijn. Kinderen die langer dan een week liggen, kinderen die uit het UMCG komen, de prematuren die hier nog wel een tijd moeten liggen en de kinderen met syndroom van Down, kinderen met een aangeboren stoornis, kinderen waarvan (een van) de ouders ziek zijn. Dit zijn dus bijzondere situaties.

Op de afdeling zien we ook veel kinderen met eetproblemen, slaapproblemen, ouders die onzeker zijn, hechtingsproblematiek, ouders die vragen hebben over de opvoeding, Dus in principe passen we het toe wanneer er een hulpvraag is.

Bij welke problematiek zou u de methodiek nog meer willen toepassen?

Het zou fijn zijn wanneer we alle premature kinderen kunnen filmen, maar daar hebben we momenteel te weinig mensen voor om dat te kunnen waarborgen. Je moet ook een systeem kunnen ontwikkelen waarbij je het van elkaar kan overnemen. Als je bijvoorbeeld ziek bent en het kind wordt daardoor niet terug gekeken, dan moet er een back-up zijn, iemand die je vervangt. We werken parttime, dus als je op maandag iemand filmt en dat moet op donderdag terug gekeken worden, dan moet je collega dat wel over kunnen nemen.

Inhoudelijk

Werkt dit ziekenhuis met een protocol wat betreft prikkelbare baby's?

We werken vaak wel hetzelfde, maar we hebben niet echt een protocol op papier.

Zo ja, wat houdt dit protocol in?

We hebben wel een informatiefolder gemaakt voor ouders, dan kunnen ouders lezen wat VIB nou eigenlijk inhoudt. We hebben voor ons zelf richtlijnen gemaakt waarbij we kijken naar welke kinderen we willen filmen. We hebben niet een heel duidelijk protocol op papier wat betreft opname van prikkelbare baby's. Wij hebben dat als pedagogisch medewerkers wel heel duidelijk in ons hoofd. We gebruiken een speciale anamnese voor prikkelbare baby's waarin we vragen wat er is gebeurd, hoe voelt

dat en hoe zit dat? En de tweede of derde dag introduceren we VIB pas. De eerste dagen bieden we rust voor ouders en hun kind. We raden ouders aan om twee keer per dag te komen.

We werken met formulieren waarbij de status wordt aangegeven. Zo weet de rest van het personeel of VIB al geïntroduceerd is, hoe ouders reageerden en of er al gefilmd is.

Hoe wordt de methodiek bij ouders geïntroduceerd en door wie?

We vertellen het mondeling aan ouders en daarnaast wordt door middel van de folder de methodiek bij ouders geïntroduceerd zodat ze het nog een keer kunnen doorlezen. We stellen ze het eerst voor. Het is soms naar aanleiding van de vraag van de kinderarts.

Wat is de rol van de pedagogisch medewerker bij de toepassing van de video interactie begeleiding?

Welke disciplines zijn betrokken bij de behandeling van de doelgroep prikkelbare baby's?

Kinderarts, verpleegkundige, pedagogisch medewerkers, maatschappelijk werk, fysiotherapeut, logopedist. We overleggen een keer in de week tijdens de grote visite met elkaar. Daarnaast is er iedere ochtend een overleg tijdens de gewone visite.

Wordt er nabehandeld wanneer de kinderen en hun ouders weer naar huis toe zijn?

Alleen door de kinderarts.

Op wat voor manier wordt de nabehandeling vormgegeven?

De kinderarts ziet het kind en zijn of haar ouders binnen twee weken weer terug op de poli. We doen daar als pedagogisch medewerker niets meer aan. De kinderarts verwijst wel eens door voor Video Hometraining bij het kind thuis. We gebruiken wel een evaluatie formulier na de Video Interactie Begeleiding die ouders in kunnen vullen en die we vervolgens na bespreken met hun.

Hoe worden ouders gedurende de opname van hun prikkelbare baby begeleidt, naast de methodiek VIB?

We maken een dagprogramma wat een houvast is voor ouders. We bieden dan rust en regelmaat. Het is dan belangrijk dat we daar consequent mee omgaan en op één lijn zitten met de verpleging. Daarnaast proberen we ouders bewust te laten worden van wat hun kind aangeeft. Is het pijn, onrust, frustratie, honger. We laten ouders een film zien over prikkelbare baby's, daarin zijn ervaringsdeskundigen aan het woord. Ouders zien daar veel herkenning in, ze voelen zich hierdoor sterker. Maatschappelijk werk kijkt vooral naar de draagkracht/draaglast. Zij kijkt vooral naar de thuissituatie.

Door wie is de opleiding tot Video Interactie Begeleider gefinancierd?

Het ziekenhuis heeft de opleiding tot Video Interactie Begeleider betaald. Dit is gefinancierd vanuit een opleidingspot. We hebben een contract moeten tekenen dat we minstens twee jaar in het ziekenhuis moeten blijven werken. Ook het studiemateriaal is bekostigd door het ziekenhuis.

Slot

Wat vind je positief en wat vind je negatief bij de toepassing van de methodiek VIB in dit ziekenhuis? **Positief**

De rollen zijn duidelijk verdeeld tussen de verschillende disciplines, we weten allemaal wat onze taak is. We hebben een extra instrument voor de ouderbegeleiding. De opleiding heeft mij geleerd om anders, bewuster te kijken, ook zonder camera.

Voor je eigen professionaliteit is het een ‘boost’. Je leert jezelf ook kennen wanneer je zelf gefilmd wordt.

VIB voegt veel toe, je doet het in plaats van een ander soort begeleiding en die kan je dan weer laten vallen.

Negatief

Soms merken we dat ouders het heel spannend vinden om gefilmd te worden, daarom moeten mensen eerst vertrouwen hebben in ons. Dit houdt dus in dat je regelmatig binnenloopt en je gezicht laat zien. Omdat we parttime werken kunnen we het proces van VIB niet altijd zelf afronden.

Op zich vind ik niets negatief aan VIB maar wat ik wel frustrerend vind is dat we het er nu bij doen en dat we geen extra tijd voor VIB krijgen. We worden nu niet vervangen en dan laat je de methodiek schieten omdat het te druk is op de afdeling.

Soms gaat de methodiek ten koste van andere patiënten, waar je op dat moment dus geen tijd voor kan maken.

Soms is één keer filmen niet genoeg om je doel te bereiken. Het is een momentopname.

Ouders zijn soms maar twee keer per dag op de afdeling, 's ochtends en 's avonds. We moeten dan 's ochtends filmen en alles met ze bespreken. Als dit niet lukt is er al weer een dag voorbij want 's avonds zijn we niet op de afdeling.

Wat zouden verbeterpunten kunnen zijn voor dit ziekenhuis?

Het liefst zouden we een aantal uren alleen beschikbaar willen zijn voor Video Interactie Begeleiding. Maar voordat je uren krijgt moet je eerst bewijzen dat je die uren wel nodig hebt.

Waarom hebben jullie ervoor gekozen om deze methodiek in het ziekenhuis toe te passen bij de doelgroep prikkelbare baby's en niet door te verwijzen?

Als een baby hier opgenomen wordt is het heel prettig voor mensen als ze iets aangereikt krijgen waar ze wat aan hebben. Dat er niet gezegd wordt dat ze over een aantal weken terecht kunnen bij een andere instantie. Mensen willen het liefst direct geholpen worden. Ouders voelen zich ook vaak erg serieus genomen in het ziekenhuis. De beelden zijn heel concreet en ze hebben vaak het idee dat ze er iets aan hebben.

Vaak zie je bij prikkelbare baby's snel resultaat, het zou zonde zijn om ze op een wachtlijst te zetten waardoor er weken overheen gaan.

Hoe denk je over de toegevoegde waarde van de methodiek VIB bij jullie op de afdeling?

Het is heel praktisch, laagdrempelig, concreet en positief. Je kunt ze sneller iets bieden en er is meer diepgang in de ouderbegeleiding. Je hebt een extra instrument om ouders mee te helpen en begeleiden.

Interview Wilma Meijerink

Pedagogisch medewerker in het Scheper ziekenhuis te Emmen.

Algemeen

Hoe lang wordt de methodiek VIB in dit ziekenhuis toegepast bij geprikkelde baby's?

Hier in Emmen gebruiken we sinds 2001 de methodiek.

Hoeveel medewerkers hebben de opleiding tot VIB'er afgerond?

We zijn gestart met een verpleegkundige, een kinderfysiotherapeut en ik als pedagogisch medewerker. We zijn dus met zijn drieën gestart. We zijn gecertificeerd, daarna heeft het twee jaar stil gelegen, toen werd er niemand opgeleid. Daarna ben ik organisatieopleider geworden, en toen heb ik ook weer twee mensen opgeleid. Een verpleegkundige en weer een fysiotherapeut. Nu heb ik vorig jaar vier mensen opgeleid; een pedagogisch medewerker, een fysiotherapeut, een logopediste en een verpleegkundige. We zijn dus ook een van de weinige ziekenhuizen die van begin af aan met veel verschillende disciplines werken.

Doelgroep

Tot welke leeftijd wordt de methodiek toegepast?

In principe tot twaalf jaar, maar onze ervaring is dat we het heel veel met jonge kinderen doen. En dan kan je denken tot een jaar of acht.

Bij welke problematiek wordt de methodiek nog meer toegepast?

Je kan denken aan premature, onrustige kinderen, eet- en slaapproblemen en kinderen met zindelijkheidsproblematiek. Dat zijn de kinderen die we hier het meeste zien.

Bij welke problematiek zou u de methodiek nog meer willen toepassen?

In principe kunnen we de methodiek op alle doelgroepen toepassen, maar we lopen tegen te weinig tijd aan.

Inhoudelijk

Werkt dit ziekenhuis met een protocol wat betreft prikkelbare baby's?

Ja we hebben hier een huilbaby-poli.

Zo ja, wat houdt dit protocol in?

Vanuit de VIB hebben we een poli gestart. Er werden veel kinderen op de afdeling opgenomen, we wilden dit aantal naar beneden hebben. Toen zijn we ons gaan toeleggen op de polikliniek. Dat doen we één dag in de week, op de kinderpoli. De kinderen worden niet opgenomen, maar ze worden door ons gezien en daarna gaan ze weer naar huis. Het is wel zo dat wanneer kinderen op de huilbaby-poli komen, de kinderen eerst bij de kinderarts zijn geweest om het medische uit te sluiten. Daarna komen de kinderen pas bij ons.

Als kinderen op de afdeling liggen wordt VIB standaard toegepast bij prikkelbare baby's. Er is dan sprake van een gestoorde ouder- kind relatie. De premature baby's worden bij ons op indicatie gefilmd.

Wanneer ouders absoluut niet gefilmd willen worden, dan hoeft dit natuurlijk niet.

Hier in het ziekenhuis is het zo dat als het kindje opgenomen wordt, dan wordt er standaard een pedagogisch medewerker en een kinderfysiotherapeut in consult geroepen. Dit wordt altijd standaard ingezet. De mensen die op de huilbaby-poli werken moeten deze kinderen begeleiden. Wij stippelen ook

het beleid uit, we beslissen dan wat we gaan doen, altijd volgens het protocol. Je maakt een dagprogramma, je zorgt dat ouders gesprekken kunnen voeren, we gaan pedagogische adviezen geven, we zorgen dat het ritme er weer in komt. Van het begin tot eind is dat de rol van de pedagogisch medewerker en de fysiotherapeut. Bij de prikkelbare baby's is dat altijd een standaard samenwerking die de hele opname zo verder gaat.

Onze eerste zorg is dat er gekeken wordt naar het slaappatroon en het ritme op de dag. Dit moet eerst verbeterd worden. We bieden een strak ritme aan. We bieden het 3x15 minuten systeem aan. We laten het kindje 15 minuten huilen, dan gaan we naar binnen en maken geen contact, geen licht aan en geen voeding geven. Daarna ga je weer weg, en als het kind weer huilt wacht je weer 15 minuten.

We hebben ongeveer een uur op de huilbaby-poli nodig om het ritme van het kind helder te krijgen en aan ouders uit te leggen hoe ze dit kunnen veranderen. De week er op bellen we ouders. We vragen dan hoe het thuis gaat, of het weekend goed gegaan is, als er ingebakerd wordt, informeren we hiernaar. De week daar op komen ze weer op de huilbaby-poli. Daarna laten we er wat meer tijd tussen.

Hoe wordt de methodiek bij ouders geïntroduceerd en door wie?

De introductie is altijd dat je het aanbiedt als methodiek die ook bij andere kinderen op de afdeling wordt toegepast. Dat je dan dus zegt; 'je hebt een lastige tijd achter de rug en we weten dat het nu moeilijk is'. We leggen dan uit dat we een klein stukje willen filmen en dat we samen kijken naar de momenten van het genieten. We benadrukken daarbij het positieve. De kinderarts doet de uitleg niet, omdat die het dan wellicht verkeerd uitlegt. We willen altijd dezelfde uitleg geven. Dit doen de pedagogisch medewerkers. We maken er geen groot iets van, we noemen het als iets wat bij de behandeling hoort.

Wat is de rol van de pedagogisch medewerker bij de toepassing van de video interactie begeleiding?

De pedagogisch medewerkers vertellen aan ouders wat de methodiek inhoudt. Je moet er een luchtig verhaal van maken. Het feit dat je hier bent met je kindje is al zwaar genoeg. We gaan er iets moois van maken wat meerwaarde biedt.

Welke disciplines zijn betrokken bij de behandeling van de doelgroep prikkelbare baby's?

De fysiotherapeut heeft een belangrijke rol in de behandeling van prikkelbare baby's. Zij kijkt naar de houding en motoriek van de baby's. Dit staat altijd in verband met huilen, ik heb nog nooit meegemaakt dat er een kind is dat niet overstrekt. Het kind voelt zich niet goed, door welke omstandigheid dan ook en die gaat dat laten zien door zich te overstrekken.

Wordt er nabehandeld wanneer de kinderen en hun ouders weer naar huis toe zijn?

Ja, we maken gebruik van de poli wanneer we nabehandelen.

Op wat voor manier wordt de nabehandeling vormgegeven?

Op het moment dat kinderen bij ons komen wordt het consultatiebureau buiten spel gezet. Die afspraken zijn hier gemaakt. Dat doen we zodat de adviezen niet door elkaar heen gaan lopen. De kinderen die opgenomen zijn op de afdeling gaan hetzelfde traject in als de kinderen die op de huilbaby-poli komen.

Wanneer een kindje ontslagen wordt, komt het de week daarop bij de kinderarts op controle. De week daarna komen ze bij ons op de huilbaby-poli. Er is altijd een moment dat ouders bij ons terug komen. De ervaring zegt dat je ongeveer drie maanden bezig bent met ouder en kind. Dan zijn ze pas weer zeker van zichzelf en durven ze zelf weer beslissingen te nemen. Sommige ouders zijn wel een half jaar onder behandeling. Dat is niet iedere week, maar wel om de drie a vier weken.

Hoe worden ouders gedurende de opname van hun prikkelbare baby begeleidt, naast de methodiek VIB?

We zien ouders terug op de huilbaby-poli. Daar geven we pedagogische adviezen en kijken we naar het zelfvertrouwen van ouders. Ook wijzen we ouders op dingen die ze misschien beter anders kunnen aanpakken, zoals het slapen tussen de ouders in etc. We willen tijdens de behandeling beide ouders zien, omdat je alleen op die manier de beste samenwerking hebt. We willen graag dat de ouders op één lijn komen met elkaar.

Door wie is de opleiding tot Video Interactie Begeleider gefinancierd?

Door het kostenpotje van de afdeling. Dit ging over ontwikkeling, daar haalden we ook onze boeken uit. Tien jaar geleden was daar nog een aardig potje voor. Omdat ik nu opleider ben, kost dit het ziekenhuis geen geld meer. De opleiding tot opleider heeft het ziekenhuis ook gefinancierd.

Slot**Wat vind je positief bij de toepassing van de methodiek VIB in dit ziekenhuis?****Positief**

Ik vind het allermooiste dat je ouders zelf kan laten ontdekken hoe het contact met hun kind werkt. Als pedagogisch medewerker maak je een selectie van de beelden, waardoor ouders zeggen; 'Dit is dus wat je bedoelt'. Je geeft ouders het gevoel dat er naar ze gekeken en geluisterd wordt. Je leert ouders op een positieve manier naar hun kind kijken, je kan ze weer een beetje blijdschap bij brengen.

Wat zouden verbeterpunten kunnen zijn voor dit ziekenhuis? Of wat is lastig van het werken met deze methodiek?

We lopen tegen te weinig tijd aan om alle problematieken te behandelen.

Daarnaast is het heel belangrijk dat je de juiste beelden selecteert en aan de ouders laat zien. Je moet ook de hulpvraag van ouders helder kunnen krijgen, zodat je ze optimaal kan ondersteunen. Soms is het lastig om uit een opname waar veel negativiteit naar voren komt, een positief stuk uit te lichten en daar langere tijd over te kunnen praten.

Ook moet je kunnen afstemmen op het niveau van ouders.

Waarom hebben jullie ervoor gekozen om deze methodiek in het ziekenhuis toe te passen bij de doelgroep prikkelbare baby's en niet door te verwijzen?

Er is voor gekozen omdat er veel kinderen lagen waar de methodiek op toegepast kon worden. De kinderartsen hebben de keuze gemaakt om in het ziekenhuis te behandelen met de methodiek. Het doorverwijzen in Drenthe is lastig. Buiten het ziekenhuis om zijn er weinig mensen die thuis kunnen en mogen filmen. Deze mensen komen vanuit de wijkverpleging, maar dit zijn er maar drie. We hebben dus moeite met doorverwijzen.

Hoe denk je over de toegevoegde waarde van de methodiek VIB bij jullie op de afdeling?

Veel mensen zien de methodiek als meerwaarde bij de behandeling. Dit horen we vaak terug van ouders. De toegevoegde waarde is er zeker. De ouders van prikkelbare baby's zijn vaak erg onzeker. De mensen zijn al weken aan het worstelen met hun gevoelens en problematiek. VIB laat ouders weer opbloeien. Het heeft zeker toegevoegde waarde met betrekking tot de hechting.

Bijlage 6: Functieomschrijving van de pedagogisch medewerker in het Diaconessenhuis te Meppel.**Functiebeschrijvingsformulier.**

Algemene informatie	
Naam instelling:	Diaconessenhuis Meppel
Dienst/ sector:	Klinische zorg
Afdeling:	D1 Kinder- / jeugdafdeling
Functie:	Pedagogisch medewerker
Kern/doel van de functie:	De pedagogisch medewerker biedt kinderen en ouders / verzorgers ondersteuning tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Doel van de functie is het kind gedurende de opnameperiode een zo gunstig mogelijk leefklimaat te bieden en de ontwikkeling van het kind te stimuleren.
Plaats in de organisatie:	
Situatieschets	- op de afdeling worden kinderen opgenomen van 0 - 18 jaar van alle specialismen. - in totaal kunnen er 31 kinderen opgenomen worden onderverdeeld in: ■ 14 zuigelingen ■ 17 kinderen voor de kamers / boxen, dit zijn kinderen van alle leeftijden. - de speelkamer is op de afdeling gesitueerd. - de tienerkamer is een vertrek direct naast de speelkamer, waar tieners zich terug kunnen trekken met eigen muziek, spel en dergelijke.
Leiding ontvangen van/ Leiding geven aan	- ontvangt hiërarchische leiding van het afdelingshoofd - begeleidt en geeft aanwijzingen aan stagiaires (SPH) - geeft aanwijzingen aan medewerkers van de afdeling met betrekking tot het pedagogisch functioneren en handelen.



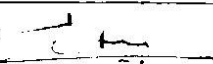
Interne en externe contacten	• heeft dagelijks contact met kinderen en ouders / verzorgers. • heeft contact met bij de behandeling betrokken disciplines • neemt actief deel aan diverse overlegvormen binnen de afdeling • heeft contacten met pedagogisch medewerkers uit de regio • medewerker is aanspreek- / contactpersoon voor SABD. (School Advies en Begeleidings Dienst) • medewerker heeft contact met de werkgroep "kind en ziekenhuis" • heeft contacten met begeleiders van opgenomen geretardeerde kinderen. (b.v. "Boemeltje")
Organisatieschema	<pre> graph TD RT[Raad van Toezicht] --> DAZ[Directeur Algemene Zaken] RT --> DPZ[Directeur Patientenzorg] DPZ --> HZ[Hoofd Zorg] HZ --> HKJA[Hoofd kinderjeugdafdeling] HKJA --> PM[Pedagogisch medewerker] </pre>
Taken, resultaatgebieden en verantwoordelijkheden in hoofdlijnen:	
Taak 1.	Opstellen, uitvoeren en bijstellen van begeleidingsplannen.
Taak 2.	Vorbereiden, begeleiden van het kind en ouders bij onderzoek, behandeling en ontslag.
Taak 3.	Bewaakt het vastgestelde budget.
Taak 4.	Observeren en signaleren van fysieke en psychologische aspecten.
Taak 5.	Begeleiden van stagiaires
Taak 6.	Algemene huishoudelijke taken
Uitwerking taken, resultaatgebieden en verantwoordelijkheden in activiteiten/resultaten.	
Taak 1:	• stelt begeleidingsplannen op en zorgt voor de uitvoering en bijstelling hiervan, samen met kind, ouders, kinderarts, psycholoog en verantwoordelijke (kinder-) verpleegkundige. • stelt een activiteitenplan op en voert deze uit, aangepast aan leeftijd, ontwikkelingsniveau, lichamelijke toestand, interessegebied en hobby's van het kind.

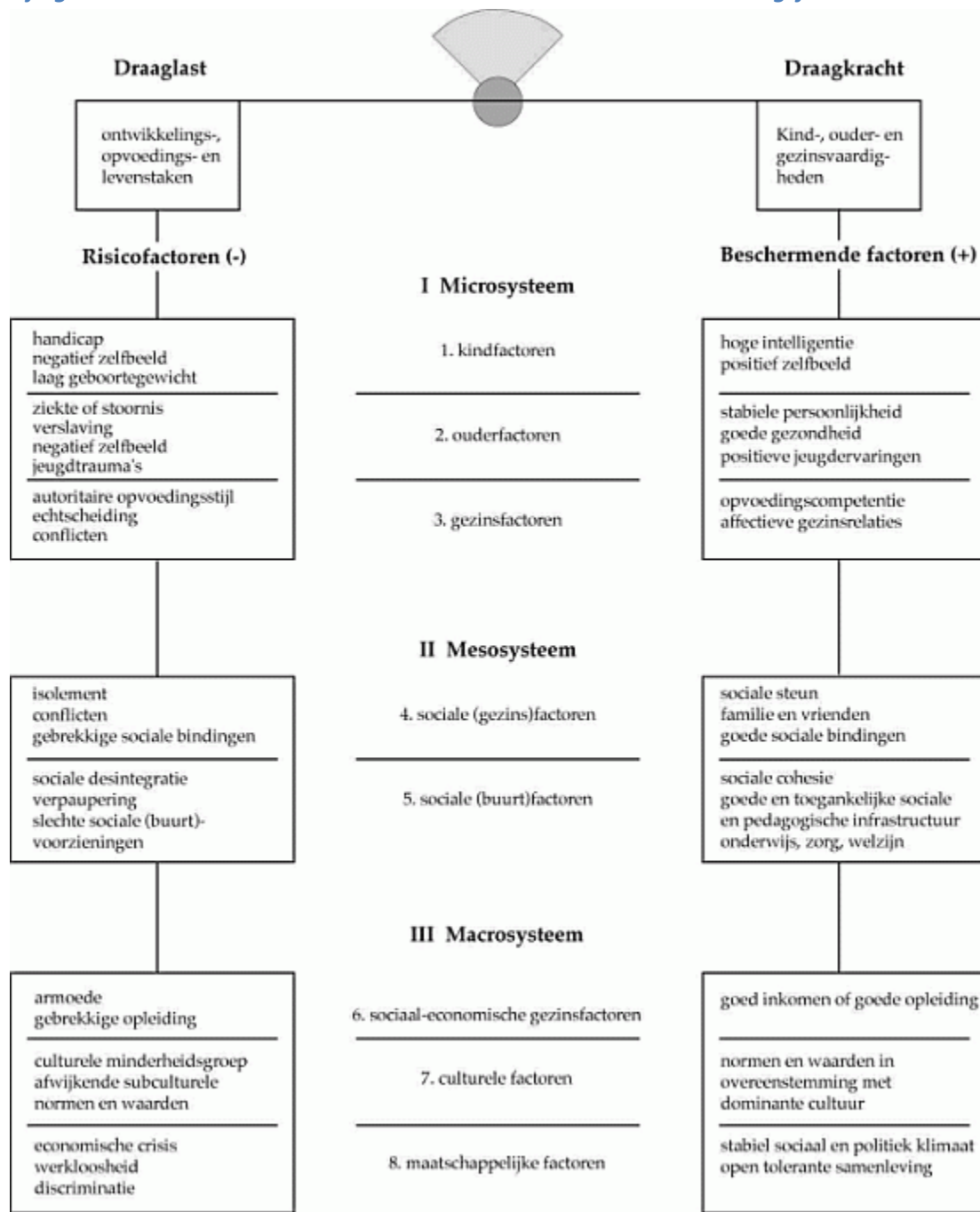


Taak 2	• bereidt kinderen en ouders voor op onderzoeken, behandelingen die uitgevoerd moeten worden, daarbij gebruik makend van de technieken en middelen die op afdeling voor handen zijn. • begeleidt kinderen en ouders voor / tijdens en na het onderzoek c.q. behandeling op pedagogisch gebied en ontwikkelt voorlichtingsmateriaal.
Taak 3.	• zorgt voor onderhoud en aanschaf van eigen (speel) materiaal, binnen het vastgestelde budget. • legt hierover verantwoording af aan het afdelingshoofd.
Taak 4.	• signaleert ontwikkelingsachterstand, gedrags- of interactiestoornis. • maakt hier een rapportage van en geeft dit door aan behandelaar. • zorgt dat specifieke ziekenhuisgebeurtenissen zoveel mogelijk worden afgestemd op de behoeften / belangen van het kind en ouders. • draagt er mede zorg voor dat bestaande leefpatronen van het kind zoveel mogelijk in stand gehouden worden.
Taak 5.	• begeleidt stagiaires volgens voorgeschreven richtlijnen. • geeft instructies en opdrachten aan stagiaires en ziet toe op de uitvoering daarvan. • neemt deel aan evaluatiegesprekken en beoordelingsgesprekken.
Taak 6.	• verricht, waar nodig, werkzaamheden van huishoudelijke aard
Toelichting bij functie-eisen per gezichtspunt.	
Kennis	• kennis op HBO niveau is vereist, pedagogisch en creatief gericht. • heeft kennis van voorschriften en procedures. • actuele relevante ontwikkelingen, betreffende eigen vakgebied wordt bijgehouden via symposia, bijscholing en bijhouden van vakliteratuur.
Zelfstandigheid	• knelpunten in de dagelijkse gang van zaken worden zelfstandig opgelost volgens vastgestelde richtlijnen en protocollen. • zorgt voor een eigen dagindeling en behoud daarin de flexibiliteit. • werknemer kan terugvallen op teamleider, kinderverpleegkundige, kinderarts, psycholoog en afdelingshoofd. • voorstellen en ideeën met betrekking tot het optimaliseren van de pedagogische zorg worden besproken met het verpleegkundig afdelingshoofd.
Sociale vaardigheden	• de contacten met zieke kinderen en ouders en het begeleiden van stagiaires stelt eisen aan tact, invulerend vermogen en overtuigingskracht.
Risico's, verantwoordelijkheden en invloed	• onzorgvuldigheid in werkzaamheden kan leiden tot schadelijke gevolgen voor het kind; het imago van de instelling kan hierdoor negatief beïnvloed worden.



Uitdrukkingsvaardigheid	• uitdrukkingsvaardigheid, zowel mondeling als schriftelijk, is van belang bij contacten met kinderen en ouders. • bij besprekingen moet verkregen informatie en observatiegegevens goed en duidelijk vertaald worden naar behandelaars en collegae • van verkregen informatie en observatie moet goed en duidelijk rapportage gemaakt worden.
Bewegingsvaardigheid	• bewegingsvaardigheid is nodig om het kind te kunnen begeleiden in het spel en andere activiteiten. • in- en uit wieg / box / bed tillen.
Oplettendheid	• oplettendheid is belangrijk tijdens de contacten met de kinderen en ouders: reacties en gedrag moeten goed geïnterpreteerd en geobserveerd worden.
Overige functie-eisen	• eisen worden gesteld aan hygiënische en ordelijk werken, ook i.v.m. besmettingsgevaar bij (kinder) ziekten. • flexibiliteit is vereist binnen het eigen dagprogramma. • representativiteit en klantgericht werken is van belang vanwege het intensieve externe contact, namelijk kinderen / familie. • doorzettingsvermogen en geduld zijn van belang in het geven van ondersteuning en begeleiding aan kinderen van 0 - 18 jaar • integriteit is van belang bij het omgaan met vertrouwelijke gegevens. • improvisatievermogen en flexibiliteit zijn vereist bij onverwachte veranderingen in het dagprogramma.
Inconvenianten	• fysieke belasting treedt op door tillen, lopen, bukken en spelen. • bezwarende werkomstandigheid bestaan uit het in contact komen met onaangenaam aandoende materialen. • psychische belasting treedt op door piekmomenten in het werk en confrontatie met leed / problemen van het kind en / of ouder

	Naam	Datum	Opmerkingen
Functiehouder			
Leidinggevende	T. Bouwknecht	090501	akkoord
P&O	G.E. Dentre	090501	in bestand
Directie/RvB	drs. W. van Ittersum	090501	vastgesteld: 

Bijlage 7: Het balansmodel met een overzicht van risico- en beschermingsfactoren.

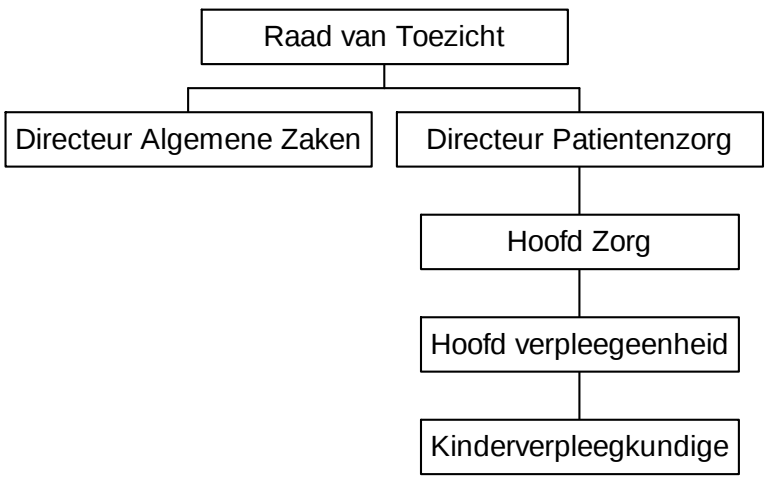
© NIZW



Functiebeschrijvingsformulier.

Algemene informatie	
Naam instelling:	Diaconessenhuis Meppel
Dienst/sector:	Klinische zorg
Afdeling:	Kinder- en jeugdafdeling (D1)
Functie:	Kinderverpleegkundige
Kern/doel van de functie:	Bieden van een optimale verpleging, verzorging en begeleiding aan kinderen van 0 - 18 jaar en haar / zijn ouders / verzorgers, gedurende 24 uur per dag.

Plaats in de organisatie:	
Situatieschets	• op de afdeling worden kinderen opgenomen van 0 - 18 jaar met verschillende specialistische aandoeningen. • in totaal kunnen 31 kinderen opgenomen worden, excl. kinderdagverpleging. • deze 31 plaatsen zijn onderverdeeld in : ■ 7 wiegen ■ 7 couveuses ■ 17 kinderen op de kamers en boxen, variërend van 0 - 18 jaar, waar zorg wordt verleend in samenwerking met kinderartsen en andere disciplines. • op de kinderdagverpleging kunnen max. 8 kinderen opgenomen worden. • er wordt gewerkt door middel van patiënten (kinder) toewijzing.
Leiding ontvangen van/ Leiding geven aan	• ontvangt hiërarchische leiding van het afdelingshoofd • ontvangt aanwijzingen van behandelaars. • begeleidt en geeft aanwijzingen aan verpleegkundigen, stagiaires en cursisten die de opleiding specialisatie kinderverpleegkunde volgen.
Interne en externe contacten	• heeft externe contacten over het onderdeel dat deze kinderverpleegkundige toegewezen is door de leidinggevende b.v. diab., CARA, thuiszorg, cytostatica etc. • heeft dagelijks contact met kinderen en ouders bij de uitvoering van het verpleeg- en zorgproces. • heeft contacten met bij de behandeling betrokken disciplines. • neemt actief deel aan diverse overlegvormen op de afdeling. • onderhoudt contacten met stagiaires en cursisten kinderaantekening en begeleiders.

Organisatieschema	 <pre> graph TD RT[Raad van Toezicht] --> DAZ[Directeur Algemene Zaken] RT --> DPZ[Directeur Patientenzorg] DPZ --> HZ[Hoofd Zorg] HZ --> HVE[Hoofd verpleegeenheid] HVE --> KV[Kinderverpleegkundige] </pre>
Taken, resultaatgebieden en verantwoordelijkheden in hoofdlijnen:	
Taak 1.	Opstellen, uitvoeren en bijstellen van behandel- en begeleidingsplannen.
Taak 2.	Voorbereiden op en begeleiden bij onderzoek, behandeling en ontslag.
Taak 3.	Verrichten van verpleegtechnische handelingen.
Taak 4.	Observeren en signaleren van fysieke, psychologische en sociale aspecten.
Taak 5.	Begeleiden van verpleegkundigen, stagiaires en cursisten.

Taak 6.	Algemene, administratieve en huishoudelijke taken
Taak 7.	Verantwoordelijk voor patiëntencoördinatie bij afwezigheid van het afdelingshoofd.

Uitwerking taken, resultaatgebieden en verantwoordelijkheden in activiteiten/resultaten.	
Taak 1:	• ontvangt, verpleegt, verzorgt, observeert, begeleidt en bewaakt kinderen en observeert en begeleidt ouders / verzorgers gedurende de tijd dat het kind opgenomen is. • stelt verpleegplannen op en legt de activiteiten vast in het verpleegplan; hanteert daarbij het systematisch verpleegkundig handelen door het plannen, uitvoeren, evalueren en het bijstellen van de verpleegkundige zorg; • observeert en interpreteert gegevens verkregen door middel van monitorbewaking, saturatiemeting, bloeddrukmeting, beademingsapparatuur, CPAP, low-flow toediening, couveuse etc. • treft voorbereidingen en assisteert behandelaars bij onderzoek, ingrepen, en behandelingen. • geeft gedurende het totale verpleegkundige proces voorlichting, adviezen en instructies aan kinderen / ouders over onderzoeken, behandelingen en zelfzorg in de thuissituatie; • neemt deel aan patiëntenbesprekingen, multidisciplinair overleg, evaluatie patiëntenzorg en intercollegiale toetsing • kan een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van protocollen.
Taak 2:	• bereidt kinderen voor op onderzoeken , behandelingen en ontslag, aangepast aan leeftijd en ontwikkeling van het kind. • bereidt ouders voor op onderzoeken, behandelingen en ontslag van het kind. • informeert het kind / ouder over de handelingen die uitgevoerd worden en wat het doel en de consequenties van deze handelingen zijn. • gaat na of het kind / ouder de informatie die de arts heeft gegeven over onderzoek en behandeling begrepen heeft en zorgt dat eventuele informatietekorten aangevuld worden. • instrueert de ouders t.a.v. de verzorging van het kind. • geeft voorlichting en begeleiding bij het geven van borst- en / of flesvoeding aan ouders. • zorgt dat de nazorg goed geregeld is.
Taak 3.	• verricht verpleegtechnische handelingen en voert daarnaast in opdracht van de behandelaars complexe verpleegtechnische handelingen uit. • verricht risicovolle en voorbehouden handelingen volgens de richtlijnen van de wet BIG. • bewaken van kinderen met bedreigde vitale functies en overnemen of ondersteunen van deze vitale functies met behulp van technische apparatuur. • het uitzetten, delen en toedienen van medicijnen.
Taak 4.	• observeert het kind op ontwikkelingsachterstand. • observeert het kind en evt. ouder op fysiek en psychisch gedrag. • maakt rapportage van de observaties en geeft dit door aan de behandelaars. • begeleidt kind / ouders tijdens psycho- / sociale behandeling door psycholoog c.q. kinderarts.

Taak 5.	• begeleidt verpleegkundigen, cursisten en stagiaires volgens voorgeschreven richtlijnen, en begeleidt nieuwe medewerkers tijdens de inwerkperiode. • geeft instructies en opdrachten aan cursisten en stagiaires en ziet toe op de uitvoering hiervan. • neemt deel aan beoordeling en evaluatiegesprekken.
Taak 6.	• zorgt voor voldoende voorraad medicijnen, magazijnartikelen en linnengoed. • draagt mede zorg voor alle apparatuur noodzakelijk bij het verlenen van de zorg aan de patiënt (kind). • verricht voorkomende administratieve werkzaamheden; • verricht, waar nodig, werkzaamheden van huishoudelijke aard
Taak 7.	• Is verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg aan de kinderen en de toewijzing aan betreffende (kinder) verpleegkundigen bij afwezigheid van het afdelingshoofd.
Toelichting bij functie-eisen per gezichtspunt.	
Kennis	• kennis op het niveau van een MBO-VP met enige jaren werkervaring of inservice-opleiding A of HBO-V aangevuld met de specialisatie kinderverpleegkundige is vereist. • heeft kennis van voorschriften en procedures. • actuele relevante ontwikkelingen in de gezondheidszorg worden bijgehouden door het deelnemen aan bijscholing, informatiebijeenkomsten, evaluatiebijeenkomsten, klinische lessen, werkgroepen en door het lezen van vakliteratuur. • heeft kennis van de WGBO en de wet BIG.
Zelfstandigheid	• knelpunten in de dagelijkse zorg worden zelfstandig opgelost volgens vastgestelde richtlijnen en protocollen. • organiseert zelfstandig afspraken voor kind / ouders. • met behandelaars wordt actief overleg gevoerd over de voortgang van de behandeling van het kind. • treedt zelfstandig en handelend op bij het beoordelen en ingrijpen in acute situaties. • bij problemen is er een terugvalmogelijkheid op de specialist, collegae, afdelings- avond- nacht- of weekendhoofd.

Sociale vaardigheden	• de contacten met kinderen en ouders stellen eisen aan tact, gevoelend vermogen en uitdrukkingsvaardigheid. • tact en hulpvaardigheid zijn van belang in de omgang met collegae, behandelaars, cursisten, stagiaires en andere disciplines, om een goede samenwerkingsrelatie te bewerkstelligen. • bezit relativeringsvermogen zowel naar kind- / oudersituaties als organisatie belang. • kan het kind en de ouder stimuleren en motiveren tot het bevorderen en uitvoeren van zelfzorgactiviteiten.
Risico's, verantwoordelijkheden en invloed	• door onjuist interpreteren van observatiegegevens aan behandelaar is er kans op het veroorzaken van letsel bij het kind of kan zelfs het overlijden van het kind tot gevolg hebben; het imago van de instelling kan hierdoor negatief beïnvloed worden. • Wanneer de kinderverpleegkundige het werk onzorgvuldig uitvoert is dit tevens van invloed op het werk van de medisch specialist en / of collegae.
Uitdrukkingsvaardigheid	• mondelinge uitdrukkingsvaardigheid is van belang om kind en ouder goede informatie en voorlichting te kunnen geven. • schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid is van belang bij het weergeven van de observaties en bij het schrijven van rapporten en protocollen. • schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid is ook van belang bij het weergeven van verpleegplannen en andere registratieformulieren volgens de daarvoor gestelde richtlijnen. • tevens is het van belang om andere disciplines te informeren en de eigen mening over te brengen in het belang van het kind.
Bewegingsvaardigheid	• bewegingsvaardigheid is nodig bij het verrichten van verpleegtechnische handelingen. • bewegingsvaardigheid is nodig bij het omgaan met de aanwezige apparatuur en materialen. • bewegingsvaardigheid is nodig bij het tillen van het kind, het kind te begeleiden in het spel, verzorgen, baden / wassen van het kind en het helpen bij borstvoeding (houding).
Oplettendheid	• oplettendheid is vereist bij het observeren van het kind (en ouder) in het spel, gedrag, slaap, actie, eetgewoonten etc. • oplettendheid is vereist bij het delen en innemen van medicijnen, het nakomen van afspraken en verpleegtechnische en medisch-technische handelingen. • oplettendheid is vereist bij het observeren van het ziekteproces / ziekteverloop bij kinderen van 0 - 18 jaar.

Overige functie-eisen	• eisen worden gesteld aan hygiënisch en ordelijk werken, n.a.v. protocollen. • nauwkeurigheid is van belang bij het verrichten van verpleegtechnische handelingen. • representativiteit en klantgericht werken is van belang vanwege het intensieve contact, namelijk kind / ouder. • geduld en doorzettingsvermogen in de begeleiding van kind en ouder is van groot belang. • integriteit is van belang bij het omgaan met vertrouwelijke patiëntengegevens. • technisch inzicht is van belang in het omgaan met apparatuur. • prioriteiten kunnen stellen is van belang, dit komt tot uiting door een goed overzicht en inzicht te hebben. • er worden eisen gesteld aan flexibiliteit b.v. doordat er verandering optreedt in de behandeling van het kind of door inzetbaarheid op de afdeling bij ziekte collegae of drukte in de werkzaamheden
Inconveniënten	• fysieke belasting treedt op door bepaalde werkhoudingen, tillen, lopen en onregelmatige dienst. • bezwarende werkomstandigheid bestaan uit het in contact komen met onaangenaam aandoende materialen en gevaarlijke stoffen. • psychische belasting treedt op door tijdsdruk, piekmomenten in het werk en confrontatie met leed van patiënten en relaties. • er is kans op persoonlijk letsel bij het uitvoeren van de werkzaamheden onder andere door agressieve patiënten, prikincidenten en besmettingsgevaar.