



Sociotherapeutische  
leefmilieus voor  
Jong  
Dementerenden

**Stuurgroep Jong Dementerenden**



# **Sociotherapeutische leefmilieus voor Jong Dementerenden**

**Januari 2007**

**Werkgroep leefmilieu**

De Stuurgroep Jong Dementerenden is een initiatief van zorgorganisaties, die zich met een specifiek aanbod richten op de groep mensen met dementie op jonge leeftijd. Deze publicatie is samengesteld in opdracht van de Stuurgroep Jong Dementerenden onder begeleiding van Buro Salari.

Publicatie van gedeelten uit dit werk als toelichting of ondersteuning bij wetenschappelijke artikelen, boeken of scripties, is toegestaan mits daarbij geen sprake is van commerciële doeleinden en voor zover de bron duidelijk wordt vermeld.

© Stuurgroep Jong Dementerenden, januari 2007.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stuurgroep Jong Dementerenden.

De prijs van deze publicatie is € 15,- exclusief verzendkosten.

**Uitgave:**

Stuurgroep Jong Dementerenden  
p/a Buro Salari  
Pluutwerf 9  
2804 MC Gouda

# Inhoudsopgave

VOORWOORD	5
INLEIDING	7
1 ACHTERGRONDEN EN HISTORIE	9
a Theoretisch kader	9
b De sociale omgeving	10
c De verblijfsomgeving	11
2 NAAR EEN LEEFMILIEU VOOR JONG DEMENTERENDEN	13
a Andere problematiek en behoeften	13
b Het wenselijke leefmilieu	13
c Het concept sociotherapeutisch leefmilieu	14
d Sociotherapie versus andere benaderingen	15
3 DRIE SOCIOTHERAPEUTISCHE LEEFMILIEUS VOOR JONG DEMENTERENDEN	17
a Geen doel maar middel	17
b Welke leefmilieus voor jong dementerenden	17
c Schematische uitwerking van de drie leefmilieus	18
4 DE REALISERING VAN SOCIOTHERAPEUTISCHE LEEFMILIEUS	25
a Van concept naar praktijk	25
b Realisering	27
Bijlage 1 Samenstelling van de werkgroep	32
Bijlage 2 Schema sociotherapeutische leefmilieus	33



# VOORWOORD

De Stuurgroep Jong Dementerenden heeft begin 2006 opdracht gegeven aan de werkgroep leefmilieus om de differentiatie in leefmilieus, zoals benoemd in het Zorgprogramma Jong Dementerenden, verder uit te werken.

De centrale vraag voor de werkgroep was: kunnen in het verpleeghuis op basis van behoeften, mogelijkheden en wensen van jong dementerenden, groepen gevormd worden aan de hand van de sociotherapeutische benadering?

Binnen de werkgroep participeerden medewerkers uit verschillende verpleeghuizen. Sommigen waren al bekend met deze vorm van differentiatie, voor andere was het nieuw, wat tot levendige discussies heeft geleid.

Elke vorm van differentiatie heeft voor- en nadelen, die ook nadrukkelijk in de nota zijn benoemd.

De werkgroep is tot de conclusie gekomen, dat dit zeer wel mogelijk is en heeft in deze nota beschreven tot welke groepen, tot welke sociotherapeutische leefmilieus, zij is gekomen en op welke wijze deze in de praktijk van enkele verpleeghuizen zijn vormgegeven.

Deze nota is niet bedoeld als voorschrift of regel, maar veel meer als een mogelijkheid, een nieuw concept binnen de verpleeghuizen, om middels bewust gecreëerde leefmilieus aan te sluiten bij de specifieke wensen en mogelijkheden van de jong dementerenden.

De sociotherapeutische benadering is niet specifiek voor deze doelgroep, het is een concept dat toepasbaar is voor verschillende doelgroepen en er is elders in de gezondheidszorg inmiddels al veel ervaring mee opgedaan.

Toos Smulders  
Voorzitter Werkgroep Leefmilieus





## Inleiding

Jong dementerenden (JD) hebben op veel punten andere zorg nodig dan ouderen met vergelijkbare problematiek. Om dit 'andere' in beeld te brengen is eind 2004 in opdracht van de Stuurgroep Jong Dementerenden een zorgprogramma samengesteld. Dit landelijke Zorgprogramma JD beschrijft de wenselijke zorg voor deze doelgroep met name in een intramurale omgeving (meestal het verpleeghuis).

Als wonen in de eigen vertrouwde woonomgeving niet meer mogelijk is, zijn jong dementerenden aangewezen op een verblijf binnen de beschermende muren van een verpleeghuis. In de praktijk is duidelijk geworden, dat de problematiek van JD niet alleen andere zorg vereist, maar ook andere eisen stelt aan die leefomgeving, die meestal voor de opvang van ouderen is vormgegeven. Dit is inmiddels ook door het College Bouw Zorginstellingen onderkend en heeft geleid tot de Signaleringsnota Voorzieningen voor Jong Dementerenden, waarin voor de doelgroep JD extra verblijfsruimte wordt toegekend bij nieuwbouw. Maar deze toezegging van meer vierkante meters laat nog in het midden aan welke kwalitatieve eisen de leefomgeving voor JD zou moeten voldoen.

In het Zorgprogramma JD worden therapeutische leefmilieus geïntroduceerd als antwoord van zorginstellingen op de afwijkende behoeften van JD. Gedoeld wordt daarmee op het gedachtegoed van de leefmilieus uit de sociotherapie. Deze leefmilieus vormen een handelingskader voor professionals en cliënten, waarbinnen zo goed mogelijk kan worden ingespeeld op de individuele hulpvragen en behoeften van de cliënt via een methodische werkwijze met specifieke aandachtspunten. De kwaliteit van leven van de cliënt staat hierbij centraal. Hoewel in eerste instantie uitgewerkt voor de klinische setting van de GGz, blijken de principes inmiddels ook bruikbaar op vele andere terreinen, zoals in de dagbehandeling en het beschermd wonen.

De werkgroep sociotherapeutische leefmilieus (zie bijlage 1 voor de samenstelling) heeft van de Stuurgroep JD de tweeledige opdracht gekregen om:

- de leefmilieus helder te beschrijven,
- uit te werken, welk milieu het beste past bij welke problematiek van individuele cliënten, zo mogelijk op basis van de symptoomclustering uit het Zorgprogramma JD.

In deze nota worden eerst de achtergronden en historische ontwikkeling van het verpleeghuis als voorziening voor langdurig verblijf geschetst. Vervolgens wordt ingegaan op de specifieke behoeften van jong dementerenden inzake de leefomgeving van het verpleeghuis en wordt het concept 'sociotherapeutische leefmilieus' als mogelijk antwoord hierop verder uitgewerkt.

Met de realisering van drie sociotherapeutische leefmilieus is ervaring opgedaan. Deze drie milieus worden vergelijkend beschreven volgens een reeks kenmerken.

Tenslotte gaan we in op de mogelijkheden die verpleeghuizen hebben om het concept te realiseren. Hierbij wordt naast de organisatorische en ruimtelijke voorwaarden ook gekeken naar de benodigde deskundigheid.

In de beschrijvingen heeft de werkgroep zich beperkt tot de specifieke zorg die samenhangt met het leefmilieu en niet de totale zorg. Uitgangspunt is geweest, dat er reeds sprake is van een zorgproces conform de nota Verantwoorde Zorg.

Dementie raakt niet alleen de betrokkene, maar ook zijn directe omgeving. Dat geldt des te meer voor dementie op jonge leeftijd. Overal waar in deze nota 'cliënt' wordt gebruikt, dient dan ook tevens 'het cliëntstelsel' of 'diens vertegenwoordiger' te worden gelezen.



# 1 Achtergronden en historie

## a Theoretisch kader

Leven is samenleven. Deze uitspraak geeft een van de universele kernbehoeften van de mens weer: het onderhouden van zinvolle en als aangenaam ervaren contacten. Mensen kunnen echter pas sociale wezens zijn als hiertoe een andere basisbehoefte is vervuld: de mogelijkheid tot alleen zijn of zich kunnen terugtrekken. Wij hebben een diepgeworteld streven naar persoonlijke vrijheid en ongestoord verblijf in een privé-sfeer. De behoeften 'alleen zijn' en 'sociaal contact' vormen in onze cultuur de grondslag voor de opvatting, dat het goed is een onafhankelijk en zelfstandig persoon te zijn, die weet wat hij in het leven wil en de mogelijkheden aangrijpt om het eigen leven vorm te geven. Ieder mens heeft het recht om zichzelf te zijn en zich op die manier te ontplooien (in relatie met andere mensen). Dit is als het recht op privacy in de grondwet opgenomen.

In de praktijk wordt privacy meestal vertaald met recht op de persoonlijke leefsfeer en men onderscheidt dan een persoonlijke, een fysieke en een informationele dimensie. Trefwoorden zijn zelfbeschikking en keuzevrijheid (in tijd, plaats en contacten).

Voor cliënten in een verpleeghuis gelden in dit opzicht enkele specifieke factoren:

- hun afhankelijkheid van hulp bij de ADL beperkt de mogelijkheden om zelf vorm te geven aan het eigen leven;
- ze zijn gedwongen om verzorgenden in de persoonlijke leefsfeer toe te laten;
- omdat ze door hun beperkingen niet meer zelfstandig kunnen wonen, komen ze samen te wonen met mensen die ze niet zelf uitgekozen hebben;
- ze krijgen te maken met vaste regels en werkwijzen,
- moeten delen van de regie over hun eigen dagelijkse leven overdragen aan anderen.

In situaties van zorgafhankelijkheid is daarom extra aandacht nodig om mensen zoveel mogelijk hun eigen leven te laten leiden en hun eigen keuzen te laten maken.

In het concept Kwaliteit van leven in de Nota Verantwoorde Zorg van Actiz wordt dat als volgt verwoord:

*mensen moeten ondersteund worden om zoveel mogelijk het leven te kunnen leiden zoals ze dat willen en gewend zijn, en de dingen kunnen doen die ze, gelet op hun mogelijkheden en beperkingen, zelf belangrijk en zinvol vinden.*

Het antwoord hierop is volgens de nota Verantwoorde Zorg: een adequate zorgverlening van een goed niveau, die de kwaliteit van leven van de cliënt vakbekwaam ondersteunt op de volgende domeinen:

- A lichamelijk welbevinden en gezondheid
- B woon- en leefomstandigheden
- C participatie
- D mentaal welbevinden.

Die professionele kwaliteit wordt onder meer zichtbaar in:

- respect voor de eigenheid en waardigheid van de cliënt
- geen ongewenste inmenging in het leven van de cliënt (passief respect voor autonomie),
- ondersteuning bieden bij richting geven aan het eigen leven van de cliënt (actief respect voor autonomie).

Het vraagt van zorgverleners een voortdurend zoeken naar de balans tussen een cliënt met rust laten en actief bij zaken betrekken. Verlies van vaardigheden kan bijvoorbeeld leiden tot sociaal isolement, een stimulerende en voorwaardenscheppende omgeving kan dan voor de cliënt van belang zijn om het evenwicht te behouden.

Vanuit deze achtergronden gaan we achtereenvolgens nader in op sociale en ruimtelijke omgeving in het verpleeghuis. Tussen deze beide bestaat een nauwe relatie: er is een

wisselwerking tussen menselijk handelen en de ruimtelijke omgeving. Toch zullen beide voor de duidelijkheid apart worden uitgewerkt.

## **b De sociale omgeving**

Verblijf in een verpleeghuis voor onbepaalde tijd betekent, zoals hiervoor gezegd, samen leven met anderen die men niet zelf uitgekozen heeft. Het thema differentiatie, populair gezegd: 'wie past bij wie', is dan ook al zo oud als het verpleeghuis zelf en geldt ook voor veel andere residentiële voorzieningen. In de loop van de tijd is dit vraagstuk wel van karakter veranderd. De invoering van eenpersoons kamers als standaard voor het verpleeghuis heeft naast de ruimtelijke vooral ook de sociale privacymogelijkheden sterk verbeterd. Cliënten hoeven de aanwezigheid van anderen niet meer voortdurend gedwongen te horen, zien, ruiken en voelen.

Maar de vraag 'wie bij wie past' is daarbij niet verdwenen, hooguit is er sprake van zoeken naar een nieuw evenwicht. Het lastige blijft, dat dit evenwicht voor elke cliënt weer ergens anders ligt op het continuüm tussen alleen zijn/doen of samen met anderen.

### ***criteria voor differentiatie***

De groeiende aandacht voor het sociale leven van de cliënt zien we terug in de eerste criteria die voor groepsvorming worden gehanteerd. Men vormt groepen van gelijkgestemden (lotgenoten zo men wil) met dezelfde problematiek en intensiteit van de zorg. Het eerste onderscheid, dat tussen somatiek en psychogeriatric, wordt al snel gevolgd door een zorgzwaarte-indeling: revalidatie en langdurig verblijf in de somatiek en begeleiding-, verzorging- en verplegingbehoevend in de PG. Bij deze criteria spelen behalve de sociale contacten van de cliënten ook organisatorische overwegingen mee: door cliënten met dezelfde diagnose of behoefte aan gespecialiseerde zorg bij elkaar te plaatsen kan men de benodigde specifieke deskundigheid van verzorgenden efficiënter inzetten. Recenter komt de groepsindeling naar leefstijl in zwang, waarbij met name sociaal-culturele achtergrond, vroegere leefgewoonten, godsdienst, voor- of afkeuren (roken, niet-roken) een rol kunnen spelen.

Vanwege de nadelen (zie volgende paragraaf) is er altijd ook een stroming geweest die de klassieke differentiatie naar diagnose of zorgzwaarte afwijst, vanuit de opvatting dat een groep mensen bij elkaar na verloop van tijd zelf een gemeenschappelijke leef sfeer vormt. Als uitgangspunt kiest men in die gevallen vaak voor een eigen vaste plek voor de cliënt: de kamer die beschikbaar is bij opname blijft dat gedurende het gehele verdere verblijf, ongeacht veranderingen in de problematiek en zorg. Er zijn ook verpleeghuizen die dit principe combineren met de leefstijlindeling. Verder zien we het terug in de kleinschalige woonvormen.

### ***de praktijk van differentiatie***

Elke indeling in groepen heeft voor- en nadelen. Als voordelen voor differentiatie worden onder meer genoemd:

- de cliënt wordt meer continuïteit geboden door de 24-uurs specifieke deskundigheid van het team;
- de cliënt verblijft voortdurend in een omgeving die aansluit bij zijn behoeften c.q. zorgvraag;
- de mogelijkheden tot sociaal contact zijn voor de cliënt gemakkelijker, door het onderling meer gelijke niveau van mogelijkheden en communicatie;
- specialisatie van het team is gemakkelijker te realiseren,
- de cliënt krijgt meer maatwerk omdat het totale aanbod is afgestemd op de specifieke behoeften van een meer homogene groep;
- er is meer eenduidigheid in omgangsvormen en benadering (minder variatie in individuele benaderingen)

Er zijn ook nadelen aan differentiatie verbonden, namelijk:

- gaat altijd gepaard met insluiting- en uitsluitingcriteria. Dit betekent dat er wordt overgeplaatst zodra een cliënt niet meer aan deze criteria voldoet
- bij overplaatsing verliest de cliënt zijn of haar vertrouwde sociale en ruimtelijke omgeving (vaste verzorgenden, burens, eigen kamer, vaste plek in de huiskamer, etc.)
- hetzelfde geldt voor de familie van de cliënt,
- betekent minder flexibiliteit bij een nieuwe opname: de nieuwe cliënt moet passen op de lege plek
- minder flexibiliteit binnen de organisatie van de zorg, door grotere specialisatie is inzetbaarheid elders kleiner
- kan leiden tot negatieve beeldvorming ( "Als iemand in milieu a verblijft dan is hij 'beter' dan de personen in milieu b"). Overplaatsing kan dan voelen als degradatie of als een bewijs van verslechtering voor de familie. Dit kan tot weerstand leiden bij de cliënt en de familie.

De consequenties van differentiatie zijn het sterkst merkbaar bij een progressief of sterk wisselend ziektebeeld en/of veranderende problematiek. Er komt dan een moment waarop de cliënt en de groep niet meer bij elkaar passen en er een nieuwe plek gevonden moet worden. In de praktijk wordt hier verschillend mee omgegaan, afhankelijk van onder meer het zorgbeleid, de strengheid waarmee men de groepsindeling hanteert (de hardheid van de insluiting- en uitsluitingcriteria) en de aard van de veranderingen.

Ook kan het interne beleid conflicteren met de externe regelgeving voor instroom. Het is vooral belangrijk om soepel en creatief met de indelingsprincipes om te gaan en de individuele behoeften en mogelijkheden van de cliënt zoveel mogelijk voorop te stellen.

De scherpte van een overplaatsing kan bijvoorbeeld verminderd worden door een geleidelijke overgang voor de cliënt en goede communicatie met de familie.

Verder kan men door opname op een observatieplaats, om van daaruit een geschikte groep voor een nieuwe cliënt te bepalen, problemen met de externe opnameregels (de eerste van de wachtlijst) voorkomen. Tenslotte kan worden opgemerkt, dat het principe 'oude bomen moet men niet verplaatsen' niet geheel opgaat. In de gerontologie/geriatrie is intussen duidelijk geworden dat oude mensen een verplaatsing goed aankunnen, mits het eindresultaat beter is. Als dat slechter is, wordt de overplaatsing als stressvol ervaren. Mogelijk geldt dit ook voor jong dementerenden. Dit punt is echter nog niet onderzocht.

### **c De verblijfsomgeving**

In bouwkundig opzicht heeft het verpleeghuis van oorsprong een sterke verwantschap met het ziekenhuis. In de beginjaren had het een afdelinggewijze opzet, met voornamelijk 4- tot 6-bedskamers en weinig verblijfsruimte. Dit bleek echter al snel ongeschikt voor mensen met een chronisch ziektebeeld en een langdurig verblijfsperspectief. Er kwam in de zeventiger jaren dan ook een tendens op gang, waarin naar een ruimtelijke omgeving werd gestreefd, die aansloot bij de problematiek. Dit geldt vooral voor de psychogeriatric, waar een huiselijke sfeer, huiskamers voor kleine groepen, slaapkamers voor maximaal 4 personen en voldoende loopruimte in een afgesloten circuit gerealiseerd werden. Medio jaren '90 leidt de discussie over privacy in het verpleeghuis tot de invoering van eenpersoonskamers als standaard bij nieuwbouw en een beleid om het aantal bestaande meerbedskamers versneld af te bouwen. Ook de kleinschalige woonvormen komen uit die ontwikkeling voort.

De nieuwe bouwmaatstaven voor nieuwbouw van AWBZ-voorzieningen van 2004 van het CBZ leggen een relatie tussen zorgzwaarte en ruimtelijke omgeving. In de functie verblijf worden drie categorieën onderscheiden:

- licht, verblijf met verzorging/begeleiding/verpleging;
- zwaar, intensieve verzorging/verpleging met verblijf;
- beveiligd, verblijf voor zorgvragers, voor wie een beveiligde setting nodig is.

Verder worden drie concepten voor verblijf onderscheiden:

- individueel verblijf;
- kleinschalig groepverblijf;
- afdelingsverblijf.

**Individueel verblijf** betreft een eigen verblijfseenheid, in principe bedoeld voor één persoon en eventueel voor twee personen. In de verblijfseenheid kunnen in principe alle ADL-activiteiten plaatsvinden. Een individuele verblijfseenheid bestaat daartoe uit ten minste een woonkamer, een slaapkamer (of een gecombineerde zit-/slaapkamer) en een sanitaire ruimte met douche, wastafel en toilet. Ook een kitchenette is mogelijk. Meerdere verblijfseenheden kunnen gekoppeld worden tot een afdeling, of onderdeel vormen van een instelling, kunnen op de rand van een instellingsterrein worden gesitueerd, maar ook (geclusterd) in de 'wijk'.

**Kleinschalig groepsverblijf** betreft een kleine groep (3-6) cliënten die gezamenlijk een huishouden voert. Binnen de verblijfseenheid vinden in principe alle ADL-activiteiten plaats. Cliënten beschikken over een eigen zit-/slaapkamer, sanitair kan individueel zijn of worden gedeeld. De verblijfsvoorziening heeft doorgaans een gemeenschappelijke ruimte c.q. huiskamer met een eigen keuken(blok) en een rookruimte. De locatie is vooral in de wijk of aan de rand van het instellingsterrein. Ook komt het voor dat de verblijfsvoorziening gesitueerd is in een grootschaliger verband. Afhankelijk van de doelgroep zijn één of meer rolstoeltoegankelijke sanitaire eenheden en kamers beschikbaar. Afhankelijk van de doelgroep is in minimaal één van deze ruimten het gebruik van een douchebrancard mogelijk.

**Afdelingsverblijf** omvat een groep van ten hoogste 10 cliënten. Eén of meer groepen vormen samen een afdeling. Ook hier geldt dat in principe alle ADL-activiteiten in de verblijfseenheid kunnen plaatsvinden. Per groep zijn minimaal een gemeenschappelijke ruimte c.q. huiskamer, een rookruimte en een multifunctionele ruimte aanwezig. De sanitaire ruimte, in principe bedoeld voor één en eventueel (maximaal) twee bewoners, grenst aan de individuele zit-/slaapkamer en is van hieruit toegankelijk. Afhankelijk van de doelgroep is sanitair voor gebruik van een douchebrancard mogelijk. De brancardtoegankelijke ruimte hoeft niet aan de zit-/slaapkamer te grenzen. Privacy moet hierbij gewaarborgd zijn.

Vanuit deze terugblik op de ontwikkelingen in de verblijfsomgeving van het verpleeghuis willen we nu de stap maken naar wat wenselijk is voor jong dementerenden.

## 2 Naar een leefmilieu voor Jong Dementerenden

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe een verblijfsomgeving voor jong dementerenden er idealiter uit zou kunnen zien. Hierbij gebruiken we bewust de term leefmilieu, omdat we daarbij net als op andere maatschappelijke terreinen (stedenbouw, ruimtelijke ordening), verschillende omgevingbepalende factoren onderscheiden. We spreken over het leefmilieu in een oude stadswijk of in een dorp op het platteland en bijvoorbeeld namen als 'betondorp' of 'parkwijk' roepen allerlei beelden op. Mensen kiezen ook meer of minder bewust voor een bepaald leefmilieu als ze verhuizen. Verder is ook hier sprake van wederzijdse beïnvloeding tussen de factoren. We constateerden bijvoorbeeld in hoofdstuk 1 dat de indeling van de ruimten sterk bepalend kan zijn voor de privacy die mensen ervaren.

### a Andere problematiek en behoeften

Het ontwikkelen van een wenselijk leefmilieu voor jong dementerenden begint bij het in kaart brengen van hun specifieke situatie. We gaan er van uit dat er bij opname in een verpleeghuis sprake zal zijn van een al dan niet langdurig verblijfsperspectief en een vaak progressief ziektebeeld. De nadruk zal dan ook primair op het wonen liggen en secundair op multidisciplinaire verpleeghuiszorg. Hun leeftijd brengt, vergeleken met ouderen met dementie, een specifieke uitgangssituatie met zich mee. Jong dementerenden zijn in het algemeen lichamelijk nog veel gezonder, vitaler, sterker en mobieler. Er is psychisch sprake van andere achterliggende ziektebeelden, waardoor de dementie zich op andere wijzen manifesteert (minder geheugenverlies, vaker plannings- en coördinatieproblemen, ernstige gedragsproblemen). In sociaal opzicht staan zij meestal nog midden in de maatschappij als de eerste verschijnselen zich aandienen (gezin, werk, actief sociaal leven). Deze andere uitgangssituatie vertaalt zich mede in andere behoeften, zoals in het Zorgprogramma JD uitvoerig is beschreven. Daar zijn vier symptoomclusters onderscheiden, afgeleid van de verschillende typen problematiek die op de voorgrond kunnen staan bij jong dementerenden. Het zijn:

1. Geheugenproblemen, desoriëntatie, apraxie
2. Ontremming en herhalingsdwang
3. Initiatiefloosheid
4. Wisselend verwarde perioden.

Deze problematiek leidt tot andere wensen en behoeften, die hierna worden uitgewerkt.

### b Het wenselijke leefmilieu

Uit de uitgewerkte hulpvragen en behoeften in het Zorgprogramma JD kunnen we afleiden, dat deze cliënten in grote lijnen de volgende behoeften hebben voor wat betreft de verblijfsomgeving:

- meer behoefte aan privacy, zelfbeschikking en autonomie,
- meer behoud van controle,
- meer bewegingsruimte, zowel fysiek als sociaal,
- meer beweging,
- sterke externe gerichtheid,
- behoefte zinvol, betekenisvol te zijn,
- andere behoeften ten aanzien van voeding, genotsmiddelen, seksualiteit,
- meer ruimte voor familie (partner, kinderen, ouders).

Een aandachtspunt hierbij is, dat deze wensen en behoefte zullen veranderen met het voortschrijden van het ziekteproces. Het moment waarop iemands opname in een verpleeghuis aan de orde is, wordt in sterke mate bepaald door zijn individuele situatie. Als er in de thuissituatie een goede opvang door de mantelzorg is, al of niet in combinatie met dagopvang of dagbehandeling, kan opname lang worden uitgesteld. Dit betekent dat

sommige cliënten bij opname nog erg zelfstandig zijn, terwijl anderen al relatief veel zorg en begeleiding nodig hebben.

### ***Ruimtelijke omgeving***

Verpleeghuizen hebben bij de doelgroep jong dementerenden dus te maken met een grote bandbreedte aan hulpvragen en behoeften op het gebied van het leefmilieu. Het is logisch om hier met een zo groot mogelijke variatie in aanbod op in te spelen.

Conceptueel betekent het voor de ruimtelijke omgeving, dat kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf het meest voor de hand liggen als vormen van huisvesting van cliënten. Overwogen kan worden of er behoefte is aan meer individueel verblijf, bijvoorbeeld in de vorm van begeleid (on)zelfstandig wonen met zorg. De noodzaak tot 24-uurs toezicht en gedragsproblemen zullen vaak factoren zijn die individueel verblijf als concept ongeschikt maken. Als voor dit laatste concept wordt gekozen, heeft realisering in de nabijheid van therapeutische voorzieningen, zorg en activiteiten een sterke voorkeur boven een willekeurige plaats in de wijk.

In de ruimtelijke vormgeving is verder een directe relatie/ korte verbinding met buiten, bijvoorbeeld een tuin, voor veel cliënten van groot belang. Voor wat betreft de individuele verblijfsruimten mag de mogelijkheid tot privacy, bijvoorbeeld zich met partner, familie of vrienden af te kunnen zonderen van de groep, niet ontbreken, evenals de al genoemde behoefte aan meer bewegingsruimte en de ruimte voor allerlei zinvolle en/of recreatieve activiteiten.

### ***Sociale omgeving***

Het creëren van kleine groepen van leeftijdgenoten met vergelijkbare problematiek blijkt in de praktijk de voorkeur te verdienen. Een verblijf samen met dementerende ouderen leidt door de grote verschillen in behoeften vanwege de andere levensfase snel tot problemen. De groepsgrootte is een kritisch punt, omdat in grotere groepen onrust en gedragsproblemen (agressie) snel toenemen, zowel tussen cliënten onderling als naar de medewerkers.

Meer specifiek zijn er per cluster nog andere behoeften aan te geven op sociaal gebied. Hoe verpleeghuizen ook hierop met een grotere variatie kunnen inspelen, zetten we hierna uiteen.

## **c Het concept sociotherapeutisch leefmilieu**

Een sociotherapeutisch leefmilieu is een bewust gecreëerd samenhangend aanbod aan zorg, behandeling, begeleiding, dagbesteding en huisvesting.

Met deze omschrijving wordt een methodische werkwijze of benadering aangeduid die mediatief van karakter is, dat wil zeggen dat de omgeving van de cliënt bewust wordt gebruikt om zijn kwaliteit van leven te verbeteren of in stand te houden. En met omgeving wordt dan zowel de sociale als de fysieke omgeving bedoeld. De leefmilieus vormen niet alleen een kader voor de behandeling, maar zijn door de interventies op omgevingsniveau op zich al een vorm van behandeling.

Het werken met leefmilieus als therapeutisch instrument heeft vooral in de psychiatrie ingang gevonden. Door op een doelbewuste en planmatige wijze gebruik maken van het leefmilieu, kan voor de cliënt een dagelijkse leefomgeving worden gecreëerd, die zo goed mogelijk tegemoetkomt aan de specifieke individuele behoeften. Voorwaarde daarbij is, dat alle leden van een team hun handelen op elkaar afstemmen op basis van tevoren geformuleerde doelen. Vaak is er sprake van verschillende leefmilieus, die zijn ingericht naar de aard van de zorgvraag, bijvoorbeeld, structurerend, stimulerend, verzorgend, etc.

Binnen de sociotherapeutische leefmilieus staat kwaliteit van leven centraal en daarom worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:



- aandacht voor de ontwikkelingsgeschiedenis en de individuele ervaringskennis van de cliënt,
- vergroten van de zelfstandigheid, de individuele verantwoordelijkheid en de keuzevrijheid,
- ondersteuning zoveel als nodig, echter niet meer dan noodzakelijk wanneer beperkingen ten gevolge van ziekte ontstaan of toenemen
- prikkeldosering.

In de verpleeghuizen is deze werkwijze met sociotherapeutische leefmilieus tot nog toe slechts op enkele plaatsen in praktijk gebracht. Toch ziet de werkgroep hierin grote mogelijkheden. Door de methodische benadering en het mediatieve karakter is de toepassing in principe veel breder dan alleen voor de doelgroep jong dementerenden. Bijvoorbeeld bij jongere en oudere cliënten met NAH, Korsakov, op de dagbehandeling, in begeleid wonen, zijn de principes goed bruikbaar. Effect is vooral te verwachten bij cliënten met gedraggerelateerde problematiek.

Meer algemeen komt een differentiatie in leefmilieus meer tegemoet aan de variërende behoeften van individuele cliënten. Met een aanbod van verschillende milieus vergroot een zorgorganisatie dus de kans op een goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod voor individuele cliënten.

#### **d    Sociotherapie versus andere benaderingen**

In verpleeghuizen is al lang een ontwikkeling gaande om de zorg (in de meest brede betekenis) zo goed mogelijk af te stemmen op de individuele cliënten. In de psychogeriatric is de zogenoemde Toutenburger indeling naar zorgzwaarte algemeen gebruikt. Deze differentiatie naar begeleidingbehoevend, verzorgingbehoevend en verplegingbehoevend, heeft zowel voor- als nadelen voor de cliënten en voor de medewerkers (zie par. 1b). De differentiatie naar leefstijl is een recentere ontwikkeling, waarbij groepen en milieus worden gevormd die zo goed mogelijk aansluiten bij de leefwijze van de cliënt vóór opname in het verpleeghuis. Er wordt gestreefd naar samenhang tussen mensen op basis van levenservaring, tijdbesteding en interesses, voorkeuren en afkeuren, waardoor een sfeer ontstaat waarbinnen men elkaar herkent, met elkaar communiceert en elkaar opzoekt. Het accent van de differentiatiecriteria verschuift hier van zorg(organisatorisch) naar wonen en welbevinden van de cliënt, door het bieden van een adequate sociale setting.

Bij het sociotherapeutisch leefmilieu wordt een bewust gecreëerd leefmilieu ingezet om op de individuele behoeften in te spelen, de problematiek te verminderen of weg te nemen en de achteruitgang af te remmen, zodat een omgeving ontstaat waar de cliënt zich prettig voelt. Ten opzichte van de vorige benaderingen verschuift het accent naar een mediatief, therapeutische karakter, dat wordt versterkt door mensen met overeenkomstige problematiek bij elkaar in een groep te plaatsen. Een belangrijk voordeel is, dat het team bewust en actief betrokken is bij de sociale processen in de groep. In de sociotherapeutische benadering speelt de ruimtelijke omgeving naast de sociale een belangrijke rol. Men onderschrijft de wisselwerking tussen wat wordt genoemd het statische milieu (gebouw, architectuur, inrichting en aankleding) en het dynamische milieu (de contacten en interacties tussen groepsleden en team). Waar mogelijk worden beide ingezet om de doelen te bereiken. De agogische benadering is voor zorgmedewerkers in de verpleeghuizen nog geen gemeengoed. Maar de waarde van een bewust inzetten van en omgaan met communicatie- en interactiemogelijkheden, die mensen stimuleren tot creativiteit om de zorg zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de grote variatie aan behoeften van cliënten maakt de investering in deskundigheidsbevordering zeker zinvol.

Het concept van het sociotherapeutische leefmilieu kan daarom volgens de werkgroep een waardevolle impuls zijn in de ontwikkeling van de verblijfsfunctie van verpleeghuizen en een goede aanvulling op andere benaderingen.



### **3 Drie sociotherapeutische leefmilieus voor jong dementerenden**

#### **a Geen doel maar middel**

De doelgroep jong dementerenden is een groep met sterk uiteenlopende problematiek en behoeften, hebben we al eerder geconstateerd. In de praktijk hebben de zorgorganisaties die zich in de Stuurgroep JD verenigd hebben, manieren gezocht om in die grote diversiteit structuur aan te brengen. Zowel de symptoomclustering in het zorgprogramma JD als de sociotherapeutische leefmilieus zijn hulpmiddelen om de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de individuele behoeften van de JD-cliënt. De unieke individuele cliënt en zijn (veranderende) problematiek/behoeften zijn en blijven leidend voor de zorg.

Beide hulpmiddelen hebben hun eigen praktische betekenis en waarde en kunnen beschouwd worden als representanten van een verschillend perspectief.

De clustering geeft aan welke problematiek bij de cliënt het meest in het oog springt/ dominant is. Dit impliceert dat er ook andere minder op de voorgrond tredende problemen zijn, die we niet uit het oog moeten verliezen. Clustering is vooral bedoeld voor professionals om op basis van de diagnose zo goed mogelijk te kunnen inspelen op de actuele problematiek en te anticiperen op te verwachte ontwikkelingen daarin. Het zijn vaak voorkomende patronen, die echter geen wetmatigheid hebben. Clustering is dus vooral een systematiek voor de vraagkant (zie verder het Zorgprogramma JD).

Het sociotherapeutisch leefmilieu staat vooral voor de aanbodkant. Door vanuit een methodische benadering naar de leefomgeving van cliënten te kijken, inclusief de behoeften van cliënten zelf, kan een zorgorganisatie die leefmilieus realiseren, die optimaal zijn afgestemd op de vragen en behoeften.

#### **b Welke leefmilieus voor jong dementerenden**

Bij het ontwikkelen van het zorgprogramma JD hebben we 4 milieus als uitgangspunt genomen zoals toegepast en beschreven binnen de zorgeenheid ouderenpsychiatrie van GGz Eindhoven. Dat zijn de volgende milieus:

- stimulerend-begeleidend
- structurerend-begeleidend
- structurerend-verzorgend
- beschermend verzorgend

Inmiddels is in twee verpleeghuizen enige tijd ervaring opgedaan in het werken met de principes van sociotherapeutische leefmilieus voor de doelgroep jong dementerenden. Men kwam daarbij tot de constatering dat het derde en vierde milieu, structurerend-verzorgend en beschermend-verzorgend zich niet zoveel van elkaar onderscheiden. Daarom is ervoor gekozen om alleen het beschermend-verzorgend milieu in te voeren.

De vier bovenstaande leefmilieus kunnen dus beschouwd worden als voorbeelden hoe aan de hand van een aanwezige cliëntengroep een aantal leefmilieus kan worden gevormd. Daarbij dient naar opvatting van de werkgroep de behoefte en problematiek van de aanwezige cliënten altijd uitgangspunt te zijn. Omdat het enige tijd kost een leefmilieu op te zetten en goed te laten functioneren, zal er in de praktijk meestal sprake zijn van een op ervaring gebaseerde mix van leefmilieus, waarmee op de vraag over langere termijn kan worden ingespeeld.

Verandering in de vraag kan leiden tot het opzetten van een nieuw leefmilieu, of tot aanpassing (meegroeien) van een bestaand milieu met de zich wijzigende behoeften van aanwezige cliënten. Voor individuele cliënten geldt hetzelfde: op het moment dat de behoeften en het leefmilieu niet meer op elkaar aansluiten komt het punt van overplaatsing

aan de orde. In die zin wijkt de benadering van sociotherapeutische leefmilieus niet af van andere differentiatieprincipes. De wijze waarop men met de gekozen leefmilieus omgaat (streng of flexibel) is in grote mate bepalend voor de impact die een overplaatsing op de cliënten heeft.

Bij het gaan werken met sociotherapeutische leefmilieus is het van belang om goed te overwegen op welke elementen van het dagelijks leven het leefmilieu betrekking heeft. Net zoals er bijvoorbeeld in de ruimtelijke ordening een scheiding van wonen, werken en recreëren wordt nagestreefd, kan men ook in het verpleeghuis een scheiding tussen deze domeinen aanbrengen. Door de activiteiten buiten de woonomgeving van een groep te laten plaatsvinden, biedt men cliënten meer keuzemogelijkheden. Voorwaarde is wel, dat de begeleiding bij activiteiten voldoende toegerust is.

### **c Schematische uitwerking van de drie leefmilieus**

Hierna zijn de drie toegepaste leefmilieus beschreven aan de hand van een aantal kenmerken. Naast de algemene kenmerken wordt in principe de indeling van de nota

Verantwoorde Zorg gebruikt:

Regie over het eigen leven

Communicatie

A lichamenlijk welbevinden

B woon-/leefomstandigheden

C participatie

D mentaal welbevinden

Professionele kwaliteit van medewerkers

## **1. Het stimulerend-begeleidend leefmilieu**

### **Problematiek en kenmerken van de doelgroep**

De cliënten die passen in dit leefmilieu hebben:

- gevoelens van onzekerheid ten aanzien van eigen mogelijkheden, faalangst
- redelijke zelfredzaamheid
- neiging tot zelfverwaarlozing, passiviteit en isolement
- behoefte aan (groeps)binding
- communicatiemogelijkheden
- geen decorumverlies

### **Doel van het leefmilieu**

Het behoud van de identiteit en eigenwaarde van de cliënt door:

- het in standhouden resp. verbeteren van de sociale vaardigheden en de zelfredzaamheid;
- het voorkomen van passiviteit.

### **Basiskenmerken van het leefmilieu**

Door een sterk stimulerende houding en door met de bewoner vastgestelde doelen, wordt een sterk appèl gedaan op de mogelijkheden van cliënten. Dat betekent dat het zelfstandig functioneren zoveel mogelijk gehandhaafd of gestimuleerd wordt. Er kan gewerkt worden met hulpmiddelen ter ondersteuning van het verminderde inprentingvermogen. Daarnaast is er bij deze doelgroep ook behoefte aan bescherming, maar het accent ligt op het in overleg vaststellen van doelen. De zorg en begeleiding zijn meer groepsgericht dan individugericht. In het algemeen zijn er veel prikkels mogelijk.

## **Regie en zelfbeschikking**

Cliënten worden ondersteund en gestimuleerd in hun sterke behoefte aan eigen regievoering. Dit kan bijvoorbeeld door hen sleutels in eigen beheer te geven en hen ook ruimtelijk zo min mogelijk te beperken (geen gesloten deuren).

Cliënten bepalen de dagindeling, vormen van dagbesteding, keuze van taken hierin. Er kan een groepsraad zijn die over overige zaken beslist (inrichting e.d.). Dit leefmilieu kan zowel in een open als in een gesloten setting worden gerealiseerd.

## **Communicatiestijl/benaderingswijze/regels**

Gezamenlijk overleg binnen groepsverband stimuleert zowel het individu als de groepsleden. Medewerkers benaderen cliënten vanuit een steunende en bemoedigende houding. Zij laten hen zelf doen wat zij zelf (nog) kunnen, aan de hand van tevoren met cliënt afgestemde afspraken. Zij geven cliënten feedback op de wijze waarop deze met omgeving en activiteiten omgaan en zijn gericht op de realiteit.

Regels staan in het teken van het creëren van een veilig klimaat, waarin actieve betrokkenheid van groepsleden en op doelen gericht handelen centraal staan. Uiteraard hebben medewerkers een structurerende taak indien regels, bepaald door de sterksten, een negatieve uitwerking hebben op het ondersteunende leefklimaat. Afhankelijk van het niveau van zelfstandig functioneren hebben groepsbesprekingen een meer of minder structurerend karakter bij de totstandkoming van de regels en de hantering daarvan.

### **A Gebruik maaltijden/ voeding**

De cliënten hebben de mogelijkheden om zelf de maaltijd te bereiden. Er wordt zoveel mogelijk gezamenlijk gegeten. Onderlinge hulp en ondersteuning wordt gestimuleerd, cliënten hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eten en drinken.

### **B Woon/leefomstandigheden**

Het leefklimaat is primair gericht op wonen en huiselijkheid met veel aandacht voor welzijn. De inrichting van de woonomgeving is duidelijk, stimuleert de zelfredzaamheid en het zelfstandig functioneren. Eigen spullen vormen hierbij oriëntatiepunten. Er is een duidelijk onderscheid tussen actieve en passieve plekken, bijvoorbeeld op basis van lichtintensiteit of meubilering. Bij de inrichting kan gebruik gemaakt worden van objecten die aanzetten tot een bepaalde activiteit (wekker of telefoon) of herinneren aan bepaalde activiteiten (hengel, foto's).

### **C Participatie**

- De dagbesteding en de taken die voortvloeien uit het met elkaar samenleven in een groep worden zo omschreven dat er een bepaalde uitdaging in aanwezig is. Naast groepsactiviteiten is er voor elke cliënt ook een individueel activiteitenprogramma gericht op recreatie en/ of resocialisatie, zoals bijvoorbeeld (productie)werk of corveetaken met een verplichtend karakter.

In de dagstructuur/weekplanning worden de volgende activiteiten opgenomen:

- ADL en HDL-zorg: zoveel mogelijk stimuleren tot zelfzorg met als doel behoud van bestaande vaardigheden.
- cognitieve activiteiten: bijv. puzzelen, krant lezen, gezelschapsspellen, etc.
- sociale en ontspannende activiteiten: bijv. kaarten, TV, muziek, zingen, etc.
- individuele activiteiten: bijv. lezen, handwerken, productiegerichte activiteiten (werk) etc.
- maatschappelijk georiënteerde activiteiten bijv. winkelen, kerkbezoek, concert-/filmbezoek etc.
- lichamenlijk georiënteerde activiteiten bv. wandelen, sporten, paardrijden, gymnastiek, zwemmen etc

- Familie is nadrukkelijk welkom en wordt waar mogelijk betrokken bij de gang van zaken in de groep. Voor familieleden worden desgewenst gespreksgroep georganiseerd per leefmilieu. Gezien de gerichtheid op het zoveel mogelijk zelfstandig functioneren, wordt de cliënt gestimuleerd tot het zelf onderhouden van contacten met familieleden en direct betrokkenen. De familie of het bezoek houdt rekening met het dagprogramma van cliënt.
- Deelname aan de maatschappij (m.n. ook buiten het verpleeghuis) zoals sport, theater- of concertbezoek, etc. wordt eveneens gestimuleerd, meestal kan de cliënt zich vrij zelfstandig met enige begeleiding buiten het verpleeghuis begeven.

#### **D Mentaal welbevinden**

- De begeleiding/ houding van medewerkers is erop gericht het welbevinden te bevorderen door cliënten te stimuleren:
  - o hun leefgewoonten voort te zetten,
  - o zich nuttig te maken, zinvol bezig te zijn,
  - o te sturen op het eigen leven,
  - o sociale contacten te onderhouden/continueren.

#### **Professionele kwaliteit van zorgverleners**

Medewerkers in dit leefmilieu hebben de volgende eisen:

- kunnen werken met de handen op de rug.
- deskundigheid:
  - o VIG-ers, eventueel ook met deelkwalificatie, niveau 4,
  - o activiteitenbegeleiders, woonbegeleiders,
  - o daarnaast ook deskundigheidsniveau 2, indien geschoold voor dit milieu,
  - o agogisch geschoold,
- een goede mix van medewerkers naar deskundigheidsniveau, opleiding, leeftijd en geslacht.

Voor vrijwilligers is begeleiding/ instructie betreffende de omgang met de doelgroep in dit specifieke milieu gewenst. Onder die voorwaarde kan een vrijwilliger via het principe handen op de rug onder begeleiding van een professional participeren in groepsactiviteiten.

## **2. Het structurerend-begeleidend leefmilieu**

#### **Problematiek en kenmerken van de doelgroep**

De cliënten die passen in dit leefmilieu zijn/hebben:

- geneigd tot sociaal isolement door het sociaal onaangepast gedrag,
- gevoelig voor prikkels uit de omgeving,
- gedragsstoornissen
- snel overprikkeld, hebben gebrek aan zelfcontrole, impulsiviteit, ontremd gedrag
- wisselingen in functioneren door duidelijke invloed van stemming
- weinig oog voor anderen
- verminderde zelfredzaamheid, verlies van autonomie.

#### **Doel van het leefmilieu**

Het behoud van de identiteit en eigenwaarde van de cliënt door:

- het voorkomen van sociaal isolement
- het voorkomen van escalaties.

#### **Basiskenmerken van het leefmilieu**

Gezien de specifieke gedragskenmerken in samenhang met het wankel evenwicht van deze doelgroep wordt langdurige intensieve begeleiding en zorg geboden in een omgeving

met een duidelijke structuur, die veiligheid biedt en tolerant is ten opzichte van onaangepast gedrag. Tevens wordt flexibel ingespeeld op de wisselende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt, waarbij op het gevaar voor overprikkeling gelet wordt . De zorg en begeleiding zijn meer individugericht dan groepsgericht. Het leefmilieu is erop gericht om gedragsstoornissen zodanig te begrenzen dat de cliënt en/of zijn omgeving van dit gedrag zo min mogelijk hinder ondervindt.

### **Regie en zelfbeschikking**

Bij deze cliënten is sprake van aanzienlijk tot ernstig regieverlies. Daardoor hebben zij veel toezicht en bescherming nodig en zullen zij soms in hun bewegingsvrijheid dienen te worden beperkt. Afhankelijk van de setting kan bijvoorbeeld met dwaaldetectie worden gewerkt. De cliënten worden gestimuleerd om hun eigen wensen en voorkeuren aan te geven. Er zijn minder tot geen mogelijkheden voor groepsinspraak door middel van een groepsraad. Dit leefmilieu kan zowel in een open (met desgewenst aanvullende maatregelen) als in een gesloten setting worden gerealiseerd.

### **Communicatiestijl/benaderingswijze/regels**

Zowel tussen de cliënten onderling, als met de begeleiders is er sprake van wisselende communicatie, afhankelijk van het functioneren van de cliënt. Verzorgenden en activiteitenbegeleiders handelen zoveel mogelijk vanuit een in overleg met de cliënt gecreëerd perspectief. Een perspectief van rekening houden met de cognitieve beperkingen en psychiatrische problematiek en van zo autonoom mogelijk functioneren. Op basis hiervan worden cliënten begeleid en aangesproken op hun gedrag. Binnen dit leefmilieu is het begrenzen van ongewenst gedrag een belangrijk onderdeel van de zorg.

De houding van de medewerkers wordt gekenmerkt door flexibiliteit, creativiteit en humor, waardoor steeds wordt ingespeeld op de actuele mogelijkheden van de cliënt. De basishouding is stimulerend met positieve bekrachtiging en bevestiging. Respect en acceptatie zijn belangrijke, steeds terugkerende items. Er worden duidelijke grenzen aangegeven naar cliënten, maar er wordt zo min mogelijk strijd aangegaan. Cliënten mogen zijn zoals ze zijn, met hun eigen 'aardigheden'.

Binnen de leefgroep gelden een aantal primaire regels die het doel hebben de leefomgeving leefbaar te houden en een veilig klimaat te scheppen. Daarnaast zijn samen met de cliënt specifieke afspraken gemaakt om gedrag hanteerbaar te houden en mogelijkheden van autonomie te vergroten. De medewerkers geven nadrukkelijk leiding en handhaven in hoofdzaak de regels. Van belang is duidelijkheid van de regels en het consequent toezien op de naleving hiervan. De cliënt wordt ondersteund middels feedback en informatie over zijn gedrag en het gedrag van anderen en over situaties en gevoelens waarmee hij geconfronteerd wordt, zodat er een meer voorspelbare en daarmee veiliger klimaat wordt geboden.

### **A Gebruik maaltijden/ voeding**

De cliënten hebben de mogelijkheden om gezamenlijk de maaltijd te bereiden. Zij nuttigen de maaltijd individueel of in kleine groepen waarbij de tafelschikking van belang is.

### **B Woon/leefomstandigheden**

Het leefklimaat is primair gericht op wonen en huiselijkheid met veel aandacht voor welzijn. De inrichting van de woonomgeving is rustgevend, zonder afleidende stimuli; Er is een duidelijk onderscheid tussen actieve en passieve plekken, bijvoorbeeld op basis van lichtintensiteit of meubilering. Bij de inrichting worden objecten die belangrijk zijn voor de cliënt extra benadrukt, maar een maximum van 3 à 4 aandachtspunten per ruimte is genoeg. Respecteren van de territoriumgrenzen en de gelegenheid hebben een eigen territorium in te richten, waar de cliënt zich veilig kan voelen zijn als basis van groot belang. Aanbevolen wordt de ruimte niet te vol te maken.

## **C Participatie**

- Eigen initiatieven tot dagbesteding zijn minimaal. Veelal zullen activiteiten individueel of in kleine groepen worden aangeboden, deze kunnen binnen de instelling of buitenshuis plaatsvinden. Het onderhouden van contacten met anderen en met de omgeving kan een belangrijk doel van de activiteiten zijn. Activiteiten moeten aansluiten bij de capaciteiten die de cliënt nog rest. Het gebruik maken van de restcapaciteiten waarmee de cliënt nog succes kan behalen, versterkt het gevoel van welbevinden. Bewegingsactiviteiten zijn hiervoor vaak geschikt. Succes in de vorm van een tastbaar resultaat biedt de mogelijkheid het positief gevoel langer vast te houden of weer opnieuw op te roepen. Activiteiten mogen ook consumptief van aard zijn.
  
- De aandacht van de verzorgenden en de activiteitenbegeleider moet uitgaan naar een goed evenwicht tussen over- en onderstimulatie. Overstimulatie kan mogelijk al snel leiden tot overbelasting van het cognitieve systeem. Psychiatrische symptomen als angst, hallucinaties en agitaties kunnen dan toenemen. Onderstimulatie kan toename van passiviteit, afhankelijkheid, spraakarmoede en aandachtsstoornissen tot gevolg hebben. Er moet een goede verhouding zijn tussen inspannende en ontspannende momenten op een dag. De activiteiten binnen dit leefmilieu zijn ook gericht op het onderhouden van vaardigheden en motorische en cognitieve functies om achteruitgang te voorkomen of te vertragen. De activiteiten kunnen veelal voortvloeien uit het dagritme van de woonsituatie. In de dagstructuur/weekplanning worden de volgende activiteiten opgenomen:
  - ADL en HDL-zorg; in de ADL zorg worden conflicten zoveel mogelijk vermeden. De zorg wordt overgenomen indien de zelfzorg tot conflicten leidt
  - cognitieve activiteiten, bijv. puzzelen, krant lezen, gezelschapsspelen etc.
  - sociale en ontspannende activiteiten, bijv. kaarten, tv, muziek, zingen etc.
  - individuele activiteiten, bijv. lezen, handwerken, productiegerichte activiteiten (werk) etc.
  - maatschappelijk georiënteerde activiteiten, bijv. winkelen, kerkbezoek, concert/-filmbezoek etc.
  - lichamelijk georiënteerde activiteiten, bv. wandelen, sporten, paardrijden, gymnastiek, zwemmen, etc.
  
- Familie heeft een structurerende werking en voorziet in de basisbehoefte aan persoonlijke aandacht. Bezoek is nadrukkelijk welkom. Familie en andere naaste betrokkenen hebben behoefte aan begeleiding in de vorm van ondersteuning in de communicatie met de cliënt en informatie over het ziektebeeld en het gedrag. Daarnaast moet ruimte geboden worden aan hen om emoties omtrent de situatie met hun familielid een plaats te geven. Familie of andere direct betrokkenen worden ingeschakeld bij het vaststellen van individuele behandelplannen. Tegelijkertijd kan daarmee de noodzaak tot het begrenzen van gedrag voor deze direct betrokkenen inzichtelijk worden gemaakt. Daarmee kan de dikwijls broze verbinding met de buitenwereld gehandhaafd of verstevigd worden.
  
- Het contact met de buitenwereld is veelal beperkt (familiebezoek, uitstapjes). Activiteiten zijn over het algemeen meer intern dan extern gericht. Bij extern gerichte activiteiten rekening houden met overstimulatie..

## **D Mentaal welbevinden**

- De begeleiding /houding van medewerkers is gericht op het bieden van structuur met behoud van:
  - ruimte voor de wisselende mogelijkheden en beperkingen
  - eigen regie door bevestiging en bekrachtiging, acceptatie,
  - sociale contacten, zodat isolement wordt tegengegaan.



### **Professionele kwaliteit van zorgverleners**

Aan medewerkers in dit leefmilieu worden de volgende eisen gesteld:

- deskundigheid:
  - o niveau 3, bij voorkeur met deelkwalificatie, niveau 4,
  - o B- of Z- verpleegkundigen,
  - o activiteitenbegeleiders, woonbegeleiders,
  - o agogisch geschoold,
- goede mix van medewerkers naar opleiding, leeftijd en geslacht,
- bewegingsagoog toevoegen aan m.d. team.

Vrijwilligers worden in principe gekoppeld aan één bewoner. Eventueel kan een vrijwilliger onder begeleiding van een professional een bijdrage leveren bij groepsgerichte activiteiten.

## **3. Het beschermend-verzorgend leefmilieu**

### **Problematiek en kenmerken van de doelgroep**

De cliënten die passen in dit leefmilieu hebben/zijn:

- beperkte sociale en cognitieve vaardigheden; zelfzorg niet of nauwelijks mogelijk,
- zorgafhankelijk,
- beperkte mobiliteit,
- mogelijk sprake van verminderde eetlust, slikstoornissen, huiddefecten, incontinentie voor urine/feces, etc.,
- veel behoefte aan rust,
- vaak gestoorde verbale communicatie.

### **Doel van het leefmilieu**

Het behoud van de identiteit en eigenwaarde van de cliënt door:

- het creëren van veiligheid, warmte en mogelijkheden tot contact en communicatie.

### **Basiskenmerken van het leefmilieu**

Dit leefmilieu biedt intensieve verzorging tot aan verpleging toe waarbij de mogelijkheden van de bewoners op een niet bedreigende wijze gestimuleerd worden. Meestal is sprake van overname van zorg, zodat voor de cliënt meer energie overblijft voor andere typen activiteiten.

Een afwisseling in hoeveelheid prikkels kan belangrijk zijn.

### **Regie en zelfbeschikking**

Bij deze cliënten is sprake van ernstig regieverlies. Er is een continue behoefte aan toezicht en bescherming. Soms is beperking van hun bewegingsvrijheid nodig.

Cliënten geeft eigen voorkeur en wensen aan. Er zijn beperkte mogelijkheden voor groepsinspraak.

Bij dit leefmilieu is meestal sprake van een gesloten setting.

### **Communicatiestijl/benaderingswijze/regels**

De communicatie is afhankelijk van het functioneren van bewoners. Indachtig de achtergrond van de persoon eerder gericht op de beleving dan op de realiteit. Koestering, veiligheid en angstreductie spelen een belangrijke rol. Van medewerkers wordt veel aandacht gevraagd voor de non-verbale communicatie.

Medewerkers benaderen cliënten validerend/ aansluitend bij de fase van beleving.

Duidelijkheid en vaste patronen zijn belangrijk omdat mensen snel uit hun evenwicht kunnen zijn. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van afspraken die gemaakt zijn, ligt met name bij de begeleiding omdat aan bewoners in deze geen hoge eisen gesteld kunnen worden.

## **A Gebruik maaltijden/ voeding**

De mogelijkheden om zelf de maaltijd te bereiden zijn gering. Ter stimulering van de zintuigen is het wenselijk de maaltijden bij voorkeur te bereiden in aanwezigheid van de groep. Ook het nuttigen maaltijd gebeurt zoveel mogelijk in de groep.

## **B Woon/leefomstandigheden**

Het leefklimaat is primair gericht op wonen en huiselijkheid met veel aandacht voor welzijn. De inrichting van de woning is huiselijk, sfeervol, warm en veilig. De ruimtelijke structuur is duidelijk en overzichtelijk.

## **C Participatie**

- De dagbesteding is vooral individueel maar ook groepsgericht met daarbij een sterke nadruk op veiligheid. Er worden geen hoge eisen gesteld aan de inbreng van de deelnemers. Zo mogelijk gericht op handhaven van cognitieve en lichamelijke capaciteiten. Zintuigactivering kan hierbij een belangrijke rol spelen. In de dagstructuur/weekplanning worden activiteiten opgenomen die veelal consumptief van aard zijn; luisteren naar muziek, t.v. kijken, bezoek ontvangen.
- 
- Familie is nadrukkelijk welkom en wordt waar mogelijk betrokken bij de gang van zaken in de groep. In de contacten met de cliënt moet wel gewaakt worden voor overprikkeling.
- 
- Deelname aan de maatschappij kan zowel intern als extern met een grote mate van begeleiding. Bij verlaten van het verpleeghuis moet de veiligheid van de cliënt gewaarborgd worden, liefst door individuele begeleiding.

## **D Mentaal welbevinden**

- De begeleiding /benadering is gericht op het bieden van:
- veiligheid en geborgenheid,
- aandacht voor contact en communicatie (ook non verbale),
- aandacht voor het eigen leven en de persoonlijke waarde daarvan.

## **Professionele kwaliteit van zorgverleners**

Medewerkers in dit leefmilieu hebben de volgende eisen:

- deskundigheid:
  - o VIG-ers, niveau 3
  - o activiteitenbegeleiders,
  - o niveau 2 en 1,
  - o agogisch geschoold,
  - o kunnen omgaan met non-verbaal contact,
  - o grote mate van geduld,
- een goede mix van medewerkers naar deskundigheidsniveau,
- een muziektherapeut toevoegen aan het m.d. team.

Vrijwilligers kunnen veel betekenen in het realiseren van sfeer en gezelligheid in de woongroep.

Van deze uitgebreide beschrijving is een schematisch overzicht gemaakt, waarin de drie onderscheiden leefmilieus beknopt worden getypeerd. Dit overzicht is als bijlage opgenomen.

In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op de realisering van deze leefmilieus in het verpleeghuis.

## 4 De realisering van sociotherapeutische leefmilieus

### a Van concept naar praktijk

Het concept leefmilieu is te beschouwen als een ideaalbeeld. De verpleeghuisorganisatie die leefmilieus wil invoeren heeft de keuze uit verschillende mogelijkheden voor realisering, waarbij men tevens rekening moet houden met allerlei situatiegebonden randvoorwaarden. We gaan hier kort op een aantal overwegingen en randvoorwaarden in.

#### Visie op zorg

Wanneer er voor invoering van leefmilieus wordt gekozen betekent dit, dat verpleeghuizen in hun visie open moeten staan voor mogelijke accentverschuivingen. Naast de zorg worden ook het wonen/verblijven en het sociale klimaat onderwerp van methodisch handelen. Het therapeutische karakter wordt dus geïntensiveerd.

Het betekent ook dat allerlei structuren en regelingen in dat perspectief moeten worden gezien en zo nodig aangepast. Als bijvoorbeeld de huidige visie vooral op het wonen is gericht en als uitgangspunt is gekozen dat cliënten altijd op dezelfde plek kunnen blijven wonen na opname, botst dat met de uitgangspunten van het werken met leefmilieus, waarbij overplaatsing naar een andere groep/een ander leefmilieu als wenselijk en in sommige situaties als noodzakelijk wordt gezien.

Het centraal stellen van het concept wonen heeft ook relatie met de rol en plaats van het cliëntensysteem. Is er letterlijk plaats voor de partner en kinderen op een woongroep of in de eigen kamer van de cliënt. Zijn medewerkers op de hoogte van de privé-situatie van de cliënt en wordt de partner bij de zorg betrokken?

#### Beperkt of uitgebreid

Wil men gaan werken volgens met sociotherapeutische leefmilieus, dan heeft men in principe de keuze voor een lichte of meer integrale benadering. De principes van de voorgestelde leefmilieus laten zich op een glijdende schaal praktisch vormgeven van licht tot intensief (van weinig tot alle aspecten van ons schema). Daar komt bij, dat elke keuze ook weer eigen voor en nadelen kan hebben.

Voert men bijvoorbeeld het leefmilieuconcept volledig door: aparte leefgroepen per milieu met een duidelijk eigen ruimtelijk gebied, dan heeft dat tot gevolg dat een cliënt naar een andere groep moet worden overgeplaatst als zijn problematiek en behoeften niet meer aansluiten bij het milieu. Een strikte invoering kan bij een sterk wisselend ziektebeeld dus ongewenst tot meerdere overplaatsingen leiden. Naast de optie van handhaven van het milieu zou men er ook voor kunnen kiezen het milieu te laten 'meebewegen' met de betreffende groep.

Het werken in een bepaald leefmilieu vereist van medewerkers dat zij hun houding en handelen afstemmen op de specifieke voorwaarden die het betreffende milieu stelt en dat ook consequent doen. Een strikte toepassing en bewaking van de milieus kan dan tot verkokering leiden bij de teams, omdat ze helemaal gefocust zijn op een bepaalde manier van werken en communiceren. De inzetbaarheid kan daardoor afnemen.

#### Gebouw

De ruimtelijke omgeving is een belangrijke factor in het realiseren van leefmilieus. Bij nieuwbouw kan gekozen worden voor een structuur en groeps grootte, die goed aansluiten bij de gewenste leefmilieus. In bestaande gebouwen met een traditionele afdelingsstructuur is het vaak lastig om ruimtelijk zelfstandige woongroepen te vormen met eigen verkeersruimten, waarbij er via de groep geen doorgang naar andere groepen of voorzieningen is. Al eerder is gesteld dat de verblijfsconcepten kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf het meest in aanmerking komen voor de doelgroep JD in de intramurale setting. Hierbij is het van belang om het institutionele karakter te vermijden gezien het vaak langdurige verblijfsperspectief en de behoefte aan privacy van de meeste cliënten. Gezien

de behoefte bij cliënten aan verschillende vormen van verblijf bepleit de werkgroep de realisering van verblijfsruimten volgens verschillende concepten voor jong dementerenden.

In dit verband is het relevant om na te gaan in hoeverre in de regio al een zorgketen of zorgnetwerk voor jong dementerenden bestaat, waarbij het aanbod aan bepaalde (verblijfs)functies reeds door andere partners beschikbaar wordt gesteld. Als de thuiszorg bijvoorbeeld heel goed is ingespeeld op deze doelgroep, kunnen cliënten vaak heel lang in de thuissituatie blijven, waardoor opname wordt uitgesteld. Het verpleeghuis krijgt dan een groep met een grote zorgbehoefte bij aanmelding.

De aanwezigheid van een zorgketen heeft ook consequenties voor de te realiseren intramurale capaciteit. De omvang van de doelgroep JD in de regio en overige aanwezige voorzieningen zijn bepalend voor de intramurale capaciteit die men voor deze doelgroep wil bestemmen, dus het aantal woongroepen dat men wil/kan realiseren. Is dat aantal gering of niet stabiel op langere termijn, dan kan overwogen worden de JD-clieënten in een leefmilieu samen te brengen met cliënten uit andere groepen met vergelijkbare problematiek, zoals NAH, Korsakov en Huntington.

Het gekozen verblijfsconcept is in belangrijke mate bepalend voor de grootte van de woongroepen. Bij het kleinschalig groepsverblijf wordt op basis van praktijkervaring meestal een groepsgrootte van 4 tot 6 personen aangehouden. Bij het afdelingsverblijf zijn de groepen gewoonlijk wat groter, hier wordt 6 als voor deze benadering als optimaal gezien, maar komen groepen van 8 tot 10 cliënten ook voor.

Naast de woongroepen zijn ook de activiteitenruimten qua ligging ten opzichte van de woongroepen en qua grootte een punt van overweging. De werkgroep pleit voor een ruimtelijke en organisatorische oplossing van woongroepen en activiteiten, waardoor het mogelijk is dat cliënten van verschillende leefmilieus gemakkelijk aan een bepaalde activiteit deelnemen. Door in principe wonen en werken/recreëren te ontkoppelen, neemt de flexibiliteit in het aanbod toe. Dit principe heeft consequenties voor het gebruik van de huiskamers van de woongroep als activiteitenruimte en de ligging ervan ten opzichte van de algemene verkeersruimte.

Als voor de doelgroep JD het kleinschalig groepsverblijf als concept wordt gekozen, zal er meestal sprake zijn van onzelfstandig wonen. Cliënten voeren dan samen een huishouden met begeleiding en ondersteuning van medewerkers uit de organisatie. Gezien het beroep op professionele hulp van een hoog kwaliteitsniveau dat deze cliënten doen, is realisering binnen of gekoppeld aan een intramurale setting naar mening van de werkgroep noodzakelijk.

### **Deskundigheid medewerkers**

In het werken met leefmilieus is de deskundigheid en toerusting van medewerkers een absolute voorwaarde. Is die onvoldoende, dan is een invoering tot mislukken gedoemd. De werkgroep deskundigheidsbevordering zal in haar rapportage de competenties en functievereisten verder specificeren.

Vooruitlopend daarop geven we alvast de volgende aandachtspunten:

- voor alle medewerkers van het zorgteam en de betrokken disciplines is het van belang dat zij de begeleiding, zorg en benadering volgens de specifieke omschrijvingen voor een leefmilieu kunnen toepassen,
- voor de cliënten worden in het individuele zorg/behandelplan de specifieke behoeften en de gewenste benaderingswijze aangegeven,
- de familie wordt actief betrokken bij de zorg: voor plaatsing in een bepaald leefmilieu is informatie nodig over het functioneren van de cliënt, welke de familie vaak kan geven.
- Wel vraagt de betrokkenheid van de familie om een goede begeleiding, omdat het gewenst is dat zij zich ook in het regime van het leefmilieu voegen.
- naast scholing is ook de begeleiding van medewerkers van belang bij de invoering van leefmilieus. De agogische werkwijze is geen gemeengoed in de verpleeghuizen. Vaak is in

de huidige situatie te zien dat medewerkers zich terugtrekken in meer taakgerichte of instrumentele zorg als het gedrag van cliënten voor hen niet meer te hanteren is. Hoe treed je een agressieve cliënt tegemoet, hoe stimuleer je, zonder een politieagent te worden?

- Naast scholing is begeleiding op de werkplek dan ook een belangrijk aandachtspunt.
- behalve de groep medewerkers die betrokken is bij de directe bewonerszorg, is ook de toerusting van de facilitaire medewerkers van belang. In hun werkzaamheden op de woongroep hebben zij vaak een ander soort contact met de cliënten. Ook zij zullen daarbij op de hoogte moeten zijn van de specifieke omgangsafspraken in het leefmilieu.

### **Financiën**

Het beleid: hoe men omgaat met de milieus is dus een belangrijke factor.

een beschrijving van de concepten met de voor en nadelen, zodat organisaties die met leefmilieus aan de slag willen de argumenten en overwegingen kunnen vinden om hun eigen keuzen te maken, afhankelijk van de eigen omstandigheden (mogelijkheden en beperkingen).

### **b Realisering**

Uit een van de organisaties waar leefmilieus zijn ingevoerd, is het onderstaande overzicht afkomstig van aandachtspunten voor de realisering. De werkgroep geeft het mee als een aandachtspuntenlijst bij invoering in de eigen situatie.

## *Aandachtspunten voor realisering*

### **Initiatieffase**

- *ontwikkelen van visie,*
- *draagvlak creëren op alle niveaus: cliëntenraad, medewerkers, management en ketenzorgpartners,*
- *het project opnemen in de jaarplanning (jaarplan). Nagaan welke middelen daarbij noodzakelijk zijn (bv. ook secretariële ondersteuning),*
- *opzetten projectorganisatie voor de verdere ontwikkeling.*

### **Ontwikkelfase**

- *stel een projectgroep/ stuurgroep in waarin de voorzitters van de werkgroepen zitting hebben. (Voorzitter van de projectgroep is locatiemanager),*
- *stel een aantal werkgroepen in:*
  - o *werkgroep inhoud:*
    - *opdracht: de inhoud van de zorg in de verschillende woon- en leefmilieus (benoemd in het zorgprogramma jong dementerenden) uit werken ten behoeve van het zorgproces in de groepswoningen. Aansluitend zal een plan worden gemaakt voor de implementatie van het zorgproces in de woon- en leefmilieus, met een plan voor de dagbehandeling jonge verpleeghuiscliënten dat aansluit op de zorg die geboden wordt in de woon- en leefmilieus.*
  - o *werkgroep communicatie:* *aan de werkgroep nemen deel: lid cliëntenraad, lid OR en PR functionaris*
    - *opdracht: maak een communicatieplan dat voorziet in zowel de communicatie binnen de instelling als daarbuiten en maak onderscheid in cliënten, verwanten en medewerkers. Coördineer de uitvoering van het communicatieplan*
  - o *werkgroep cliënten*
    - *opdracht: maak een plan voor de afbouw en overplaatsing van cliënten die binnen de instelling wonen en maak een wervingsplan voor cliënten buiten de*

*instelling. Maak een plaatsingsplan voor de cliënten in de onderscheiden leefmilieus.*

o werkgroep medewerkers:

- *opdracht: maak een herplaatsingsplan met uitgangspunten mens volgt werk op basis van gebleken geschiktheid; maak voor de afdeling een gewenste teamsamenstelling zodat er gericht invulling gegeven kan worden aan verschuiving van medewerkers; geef aan hoe de bezetting en de formatie eruit dienen te zien, aansluitend op de invulling van de leefmilieus (werkgroep inhoud); geef invulling aan de formatie op de woongroepen rekening houdend met de gewenste teamsamenstelling wat betreft competenties en omvang contracten.*

*In de ontwikkelfase dient in ieder geval gestart te worden met de werkgroep inhoud. Op basis van het uitgewerkte zorgconcept kunnen de overige werkgroepen van start gaan.*

*(Er is geen werkgroep huisvesting ingesteld in dit voorbeeld. De huisvesting werd geregeld door de facilitaire dienst waarbij input werd geregeld vanuit de projectgroep.)*

## **Uitvoeringsfase**

### **Communicatie**

- *Iets leuks organiseren bij de start van de uitvoeringsfase*
- *Ook tijdens de uitvoeringsfase blijven communiceren bijvoorbeeld d.m.v. een bulletin (intern) naar cliënten, verwanten en medewerkers.*
- *Informatiefolder leefmilieus opstellen en versturen naar verwijzers*
- *Persbericht doen uitgaan naar relevante media*
- *Contacten leggen met verwijzers, pers en doelgroep*

### **Cliënten**

- *Informatieavond voor cliënten en hun verwanten organiseren*
- *In plaatsings-MDO cliënten indelen in een leefmilieu (checklist voor plaatsing)*
- *Eventueel werving van cliënten van buiten de organisatie (in- en uitsluitingcriteria moeten daarbij duidelijk zijn)*
- *Plaatsing bespreken met cliënt en verwanten*
- *Rondleiding cliënten en verwanten*
- *Verhuizen volgens verhuisplan*

### **Medewerkers**

- *Opstellen competenties per leefmilieu*
- *Werving en selectie medewerkers: waarbij gekeken wordt welke medewerkers het beste passen in welk leefmilieu.*
- *Opstellen rooster op basis van vastgestelde formatie*
- *Regelen (para-)medische zorg en psychosociale begeleiding*
- *Teambuilding regelen*
- *Scholingsplan opstellen voor medewerkers*

### **Zorgconcept leefmilieus**

- *Scholing/training leefmilieus voor diverse disciplines*
- *Inrichting woning passend bij het leefmilieu*
- *Nagaan hoe de leefmilieus geborgd kunnen worden (interne audits)*

## **Evaluatiefase**

- *Vorbereiding evaluatie: opstellen criteria voor evaluatie, vaststellen evaluatieprocedure (frequentie etc.)*
- *Uitvoeren van de evaluatie op 3 niveaus*

- *het proces van initiatief tot ingebruikname*
- *de huisvesting*
- *de geleverde zorg*
- *Formuleren van aanbevelingen: op basis van de evaluatie aanbevelingen formuleren voor verbetering van het huidige project en voor de aanpak van toekomstige projecten*





## Gebruikte literatuur/bronnen

College bouw ziekenhuisvoorzieningen, Voorzieningen voor jong dementerenden. Signaleringsrapport. Utrecht, 2005.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen, AWBZ-voorzieningen, bouwmaatstaven voor nieuwbouw. Utrecht, 2003.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen, Gewoon als het kan, bijzonder als het moet. Verblijfsconcepten binnen de AWBZ. Good practice cahier 1. Utrecht, 2005.

Stuurgroep Jong Dementerenden, Landelijk Zorgprogramma Jong Dementerenden, Utrecht, 2004.

Commissie Sociotherapie, Sociotherapie in de psychiatrische hulpverlening. Verslag nr. 70, Den Haag, 1981.

Van Helmond, M.A.P. Leefmilieus binnen de Zorgeenheid Organische Psychiatrie. GGzEindhoven, Circuit ouderen, 2000.

Arcares, e.a. Norm Verantwoorde Zorg. Utrecht, 2005.

Florence zorggroep, Visie op kleinschalige zorg voor mensen met dementie: begeleiding en wonen. Interne nota. Den Haag, concept 2006.

Florence zorggroep, Meerzorg jong dementerenden. Interne nota, Den Haag, 2003.

T. Smulders, Leefmilieus binnen de Landrijt. Interne nota SVVE De Archipel. Eindhoven, 2005.

Projectgroep Jongleren, Rapportage werkgroep inhoud zorg t.b.v afdeling jonge verpleeghuiscliënten in Zandhove. Interne nota. Zwolle, 2005.

Plaisier, A. en Th. v.d. Voort, Privacy en sociaal contact. In: Praktijkhandboek bouw en beheer. Wonen met zorg voor ouderen. Bohn, Stafleu Van Loghum, Houten, 1998.

Van der Voort, D. en D. Terpstra. Verpleeghuizen: varianten en alternatieven. Gebouw en zorgconcept. Delft, TU, 1995.

Teunissen, W. Andere zorg voor dementerenden. Van instelling naar zorgonderneming. Hogewy, Weesp, 1996.

## Bijlagen

### Bijlage 1 Samenstelling van de werkgroep

Christian Bakker	GZ-psycholoog Verpleeghuis Mariahoeve, Den Haag
Gertje van de Rijdt	Maatschappelijk werker Verpleeghuis Joachim en Anna, Nijmegen
Arnoldien van Os	Manager Medische zaken, Kwaliteit en Beleid, Zorgspectrum Het Zand, Zwolle
Toos Smulders	GZ-psycholoog, Verpleeghuis De Landrijt, Eindhoven
Ad Plaisier	onderzoeker, ondersteuner Stuurgroep JD

## Bijlage 2 Schema sociotherapeutische leefmilieus

	<b>Algemeen</b>	<b>Stimulerend –begeleidend leefmilieu</b>	<b>Structurerend-begeleidend leefmilieu</b>	<b>Beschermend-verzorgend leefmilieu</b>
<b>Doel behandeling</b>	Behoud identiteit, eigenwaarde.	In stand houden of verbeteren van sociale vaardigheden, zelfredzaamheid, voorkomen van passiviteit.	Voorkomen van sociaal isolement, voorkomen van escalaties.	Creëren van veiligheid, warmte en mogelijkheden tot contact en communicatie.
<b>Problematiek en kenmerken doelgroep</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- gevoelens van onzekerheid ten aanzien van eigen mogelijkheden, faalangst,</li> <li>- redelijke zelfredzaamheid,</li> <li>- neiging tot zelfverwaarlozing, passiviteit en isolement,</li> <li>- behoefte aan (groeps)binding</li> <li>- redelijk vermogen tot communiceren,</li> <li>- geen decorumverlies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neiging tot sociaal isolement door het sociaal onaangepast gedrag,</li> <li>- gevoelig voor prikkels uit omgeving,</li> <li>- gedragsstoornissen,</li> <li>- snel overprikkeld, gebrek aan zelfcontrole, impulsiviteit, ontremd gedrag,</li> <li>- wisselingen in functioneren door duidelijke invloed van stemming,</li> <li>- weinig oog voor anderen,</li> <li>- verminderde zelfredzaamheid, verlies van autonomie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- beperkte sociale en cognitieve vaardigheden; zelfzorg niet of nauwelijks mogelijk,</li> <li>- zorgafhankelijk,</li> <li>- beperkte mobiliteit,</li> <li>- mogelijk sprake van verminderde eetlust, slikstoornissen, huiddefecten, incontinentie voor urine/feces, etc.</li> <li>- veel behoefte aan rust,</li> <li>- vaak gestoorde verbale communicatie.</li> </ul>
<b>Basiskenmerken leefmilieu</b>	Primair gericht op wonen en huiselijkheid met veel aandacht voor welzijn. Mogelijkheid tot variatie in hoeveelheid prikkels.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stimulerend klimaat,</li> <li>- optimaal benutten van de restcapaciteit, door van tevoren met de bewoner vastgestelde doelen na te streven,</li> <li>- handhaven of stimuleren niveau van zelfstandig functioneren,</li> <li>- meer groepsgericht dan individugericht,</li> <li>- over het algemeen veel prikkels mogelijk.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- duidelijke structuur, die veiligheid biedt en tolerant is ten aanzien van het onaangepaste gedrag,</li> <li>- inspelen op wisseling in de mogelijkheden en beperkingen,</li> <li>- gedragsstoornissen worden zodanig begrensd dat cliënt en/of omgeving zo min mogelijk hinder ondervinden van dit gedrag,</li> <li>- meer individugericht dan groepsgericht, gevaar voor overprikkeling.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- meestal intensieve verzorging tot aan verpleging toe, waarbij de zorg in principe wordt overgenomen, zodat meer energie overblijft voor andere typen activiteiten,</li> <li>- afwisseling in hoeveelheid prikkels kan belangrijk zijn.</li> </ul>

<b>Medezeggenschap cliënt</b>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliënt bepaalt de dagindeling, vormen van dagbesteding, keuze van taken hierin.</li> <li>- mogelijkheid cliëntenraad die over overige zaken beslist (inrichting e.d.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliënt geeft eigen wensen en voorkeuren aan. minder tot geen mogelijkheden voor groepsinspraak d.m.v. een cliëntenraad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliënt geeft eigen voorkeur en wensen aan.</li> <li>- beperkte mogelijkheden voor groepsinspraak</li> </ul>
<b>Eigen regie en zelfbeschikking versus toezicht en bescherming</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- sterke behoefte aan eigen regievoering,</li> <li>- vaak sleutels in eigen beheer,</li> <li>- bij voorkeur geen gesloten deuren,</li> <li>- kan in open en gesloten setting.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aanzienlijk tot ernstig regieverlies</li> <li>- veelal gesloten setting,</li> <li>- veel toezicht en bescherming nodig,</li> <li>- zullen soms in hun bewegingsvrijheid dienen te worden beperkt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ernstig regieverlies,</li> <li>- gesloten setting,</li> <li>- behoeven toezicht en bescherming,</li> <li>- soms is beperking van hun bewegingsvrijheid nodig.</li> </ul>
<b>Benaderingswijze</b>	Interactie Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- steunende en bemoedigende houding,</li> <li>- zelf laten doen wat iemand zelf (nog) kan, a.d.h.v. van tevoren met cliënt afgestemde afspraken</li> <li>- feedback op de wijze waarop de cliënt met omgeving en activiteiten om gaat,</li> <li>- gericht op de realiteit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- directieve, grenzenstellende, consequente benadering,</li> <li>- gedrag structureren,</li> <li>- positieve bekrachtiging en bevestiging bieden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- validerend/ aansluitend bij de fase van beleving,</li> <li>- koestering en veiligheid,</li> <li>- verzorgend/verplegend,</li> <li>- non-verbale communicatie.</li> </ul>
<b>Relatie met de buitenwereld</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- stimuleren tot deelname aan de maatschappij ( vooral ook buiten het verpleeghuis) zoals sport, theater- of concertbezoek, etc.</li> <li>- vrij zelfstandig met enige begeleiding.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- activiteiten zijn over het algemeen meer intern dan extern gericht. Bij extern gerichte activiteiten wordt rekening gehouden met de prikkel-dosering.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kan zowel intern als extern met een grote mate van begeleiding.</li> </ul>
<b>Familie</b>	Familie is nadrukkelijk welkom en wordt waar mogelijk betrokken bij de gang van zaken. Aanbod van gespreksgroepen per milieu voor familie verdient aanbeveling.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stimuleren tot het zelf onderhouden van contacten met familieleden en direct betrokkenen,</li> <li>- familie of bezoek houdt rekening met het dagprogramma van cliënt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- familie beperken het contact zoveel mogelijk tot het eigen familielid,</li> <li>- familie en bezoek worden begeleid en ondersteuning in het volgen van de omgangslijn.</li> <li>- familie of bezoek houdt rekening met het dagprogramma van cliënt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- familie of bezoek worden begeleid in de contacten met het oog op overprikkeling.</li> </ul>

<b>Dagbesteding</b>	Een dag/week/avond/-weekendprogramma is noodzakelijk. Individueel/groepsgericht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uitdaging,</li> <li>- naast groepsactiviteiten ook individuele activiteitenprogramma gericht op recreatie en/ of resocialisatie, zoals bijvoorbeeld (productie-) werk of corveetaken met een verplichtend karakter,</li> </ul> <p>in de dagstructuur/weekplanning worden de volgende activiteiten opgenomen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ADL en HDL-zorg,</li> <li>- zoveel mogelijk stimuleren tot zelfzorg met als doel behoud van bestaande vaardigheden,</li> <li>- cognitieve activiteiten bijv. puzzelen, krant lezen, gezelschapsspellen, etc.,</li> <li>- sociale en ontspannende activiteiten bijv. kaarten, t.v., muziek, zingen, etc.,</li> <li>- individuele activiteiten. Bijv. lezen, handwerken, productiegerichte activiteiten (werk) etc.,</li> <li>- maatschappelijk georiënteerde activiteiten bijv. winkelen, kerkbezoek, concert/filmbezoek etc.,</li> <li>- lichamenlijk georiënteerde activiteiten bv. wandelen, sporten, paardrijden, gymnastiek, zwemmen etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- een duidelijke dagstructuur waarin rustmomenten zijn opgenomen,</li> <li>- activiteiten voornamelijk op individueel niveau of in kleine groepen, kunnen binnen de instelling of buitenshuis plaatsvinden,</li> <li>- aandacht voor prikkeldosering,</li> </ul> <p>in de dagstructuur/weekplanning worden de volgende activiteiten opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ADL en HDL-zorg,</li> <li>- in de ADL zorg worden conflicten zoveel mogelijk vermeden. De zorg wordt overgenomen indien de zelfzorg tot conflicten leidt,</li> <li>- cognitieve activiteiten bijv. puzzelen, krant lezen, gezelschapsspellen etc.,</li> <li>- sociale en ontspannende activiteiten bijv. kaarten, tv, muziek, zingen etc.,</li> <li>- individuele activiteiten. Bijv. lezen, handwerken, productiegerichte activiteiten (werk) etc.,</li> <li>- maatschappelijk georiënteerde activiteiten bijv. winkelen, kerkbezoek, concert/filmbezoek etc.,</li> <li>- lichamenlijk georiënteerde activiteiten bv. wandelen, sporten, paardrijden, gymnastiek, zwemmen etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vooral individueel maar ook groepsgericht met daarbij een sterke nadruk op veiligheid en sfeer,</li> <li>- er worden geen hoge eisen gesteld aan de inbreng van de deelnemers,</li> </ul> <p>in de dagstructuur/weekplanning worden activiteiten opgenomen, die:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zo mogelijk gericht zijn op handhaven van cognitieve en lichamenlijke capaciteiten.</li> <li>- zintuigactivering en sfeeractiviteiten kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.</li> <li>- de activiteiten zijn veelal consumptief van aard; luisteren naar muziek, t.v. kijken, bezoek ontvangen.</li> </ul>
<b>Inrichting woning</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- activerende omgeving,</li> <li>- duidelijk onderscheid tussen actieve en passieve plekken o.b.v. lichtintensiteit</li> <li>- objecten die aanzetten tot een bepaalde activiteit (wekker of telefoon) of herinneren aan een bepaalde activiteit (hengel, foto).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rustgevende omgeving, zonder afleidende stimuli,</li> <li>- objecten die belangrijk voor cliënten zijn extra benadrukken,</li> <li>- maak de ruimte niet te vol,</li> <li>- duidelijk onderscheid tussen actieve en passieve plekken,</li> <li>- maximaal 3 à 4 aandachtspunten, per ruimte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de woning is huiselijk, sfeervol, warm en veilig ingericht,</li> <li>- een duidelijke en overzichtelijke structuur,</li> </ul>

<b>Gebruik maaltijden</b>	Betekenis voor het groepsproces.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mogelijkheden tot zelf bereiden van de maaltijd,</li> <li>- maaltijden gezamenlijk,</li> <li>- cliënten ondersteunen elkaar, gezamenlijke verantwoordelijkheid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soms mogelijkheden tot gezamenlijk bereiden van maaltijd,</li> <li>- nuttigen maaltijd individueel of in kleine groepen waarbij de tafelschikking van belang is.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mogelijkheden tot zelf bereiden zijn gering,</li> <li>- ter stimulering van zintuigen maaltijden bij voorkeur bereiden in aanwezigheid van de groep,</li> <li>- nuttigen maaltijd in de groep.</li> </ul>
<b>Medewerkers en deskundigheidsniveau</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- kunnen werken met de handen op de rug.</li> <li>- deskundigheid: <ul style="list-style-type: none"> <li>• VIG ers, eventueel ook met deelkwalificatie niveau 4,</li> <li>• activiteitenbegeleiders, woonbegeleiders,</li> <li>• daarnaast ook deskundigheids-niveau 2, indien geschoold voor dit milieu,</li> </ul> </li> <li>- een goede mix van medewerkers naar deskundigheidsniveau, opleiding, leeftijd en geslacht,</li> <li>- agogisch geschoold.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deskundigheid: <ul style="list-style-type: none"> <li>• niveau 3 met bij voorkeur deelkwalificatie niveau 4,</li> <li>• B- of Z- verpleegkundigen</li> <li>• activiteitenbegeleiders, woonbegeleiders,</li> </ul> </li> <li>- goede mix van medewerkers naar opleiding, leeftijd en geslacht,</li> <li>- bewegingsagoog toevoegen aan m.d. team,</li> <li>- agogisch geschoold.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deskundigheid: <ul style="list-style-type: none"> <li>• VIG- ers,</li> <li>• activiteitenbegeleiders,</li> <li>• niveau 2 en 1,</li> <li>• kunnen omgaan met non-verbaal contact,</li> <li>• grote mate van geduld,</li> </ul> </li> <li>- een goede mix van medewerkers naar deskundigheidsniveau,</li> <li>- een muziektherapeut toevoegen aan het m.d. team,</li> <li>- agogisch geschoold.</li> </ul>
<b>Rol vrijwilligers</b>	Begeleiding/ instructie van vrijwilligers in de omgang met de doelgroep van het specifieke milieu is gewenst.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vrijwilliger kan via principe 'handen op de rug' onder begeleiding van een professional participeren in groepsactiviteiten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vrijwilligers worden in principe gekoppeld aan één bewoner,</li> <li>- eventueel kan een vrijwilliger onder begeleiding van een professional een bijdrage leveren bij groepsgerichte activiteiten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vrijwilligers kunnen veel betekenen in het realiseren van sfeer en gezelligheid in de woongroep.</li> </ul>
<b>Toezicht, door wie</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- agogisch geschoold</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- agogisch geschoold</li> <li>- niveau 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- niveau 1 en 2</li> </ul>



## Deelnemende organisaties aan de stuurgroep

Verpleeghuis Nieuw Graswijk

GGZ Friesland

Hilverzorg, locatie Zonnehoeve

Florence Zorggroep, locatie

Mariahoeve

Parnassia, verpleeghuiszorg Dorestad

Sensire, locatie Verpleeghuis Den

Ooiman

Stichting Bruggerbosch

SVVE De Archipel, locatie De Landrijt

Verpleeghuis Antonius Binnenweg

Verpleeghuis De Hazelaar

Zorgpartners Midden-Holland,  
locatie De Riethoek

Verpleeghuis Joachim en Anna

Verpleeghuis Tabitha

West-Friese Zorggroep De Omring

Stichting Zorgcentra Laak & Eem

Zorgcentrum Oranjehoeve, locatie

Lucia

Zorggroep Noorderbreedte

Zorgspectrum Het Zand

Zorgspectrum Westerhout

Geriant

### Buitengewone leden

Arcares

Stichting Alzheimer Nederland

Bureau Salari