

Archipel Kenniscentrum

Functieprogramma
Sociotherapeutische leefmilieus

het gevoel van samen



De samenstellers van dit functieprogramma:

Anouk van Tiel, gz-psycholoog en functieleider

Ardi van Santvoort, manager zorg

Liesbeth van Brug, teamleider

Sanne Renders, activiteitenbegeleider

Annemiek Jongeneelen, manager zorg

Hanneke Nijsten, gz-psycholoog

Onder leiding van:

Anouk van Tiel, functieleider

Paulien Bolwijn, projectleider Zorg- en functieprogramma's

ISBN/EAN: 978-94-90770-09-9

Copyright © Archipel januari 2012

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Bij het samenstellen heeft de uitgever de grootst mogelijke zorgvuldigheid betracht. De uitgever kan geen aansprakelijkheid aanvaarden voor eventuele onjuistheden in de informatie en is niet verantwoordelijk voor consequenties die voortvloeien uit het gebruik van deze uitgave.

Inhoud

Deel I **Het kader en de context**

1.	Algemene inleiding	2
2.	De context van het functieprogramma	4

Deel II **De aanpak en werkwijze**

3.	Rollen en taken van de betrokken disciplines	9
4.	Het implementatietraject van sociotherapeutische leefmilieus	12
5.	Richtlijnen en instrumenten	17
6.	Scholingen	19
7.	Ambities voor de toekomst	21

Deel III **Bijlagen**

Bijlage 1	De ontwikkeling van zorg- en functieprogramma's: kenmerken en aanpak	22
Bijlage 2	Leefmilieus in een historisch perspectief	25
Bijlage 3	Werkdocument 1: Leefmilieuconcept; wensen en behoeften	26
Bijlage 4	Werkdocument 2: Leefmilieus in de praktijk; domeinen	28
Bijlage 5	Checklist voor plaatsing van cliënten in een sociotherapeutisch leefmilieu	30
Bijlage 6	Afkortingenlijst	32
Bijlage 7	Literatuurlijst	32

Deel I - Het kader en de context

1. Algemene inleiding

Archipel Kenniscentrum

Archipel is één van de grote aanbieders van verzorging, verpleging, behandeling, welzijn, gemaksdiensten en thuiszorg in Eindhoven en omgeving. Archipel bestaat uit een aantal locaties waarbinnen of waar vanuit deze zorg wordt geleverd. Twee van deze locaties zijn Dommelhoef en Landrijt.

Dommelhoef en Landrijt vormen sinds 2008 het kenniscentrum voor somatische verpleeghuiszorg en psychogeriatric. Dit kenniscentrum heeft een uitvoeringspraktijk en een infrastructuur voor innovatie en ontwikkeling. In de uitvoeringspraktijk leveren diverse medische, paramedische,

psychosociale, verpleegkundige en verzorgende disciplines - in multidisciplinair verband - gespecialiseerde zorg en behandeling voor specifieke doelgroepen. Die doelgroepen kunnen in het kenniscentrum verblijven, op andere locaties van Archipel, bij ketenpartners óf in de eigen thuissituatie. Het kenniscentrum levert de expertise daar waar de cliënt woont. Expertise wil zeggen: de kennis, kunde en vaardigheden ten aanzien van de behandeling, verpleging en verzorging. Daarnaast verzamelen, in het kader van innovatie en ontwikkeling, dezelfde gespecialiseerde hulpverleners, de actuele kennis over deze doelgroepen. Deze state-of-the-art kennis leggen zij systematisch

vast. Dit gebeurt aan de hand van zorgprogramma's en functieprogramma's. Hiervoor zijn diverse expertteams actief. Een toelichting op deze aanpak is te vinden in bijlage 1. De uitvoerings- en ontwikkelorganisatie beïnvloeden en versterken elkaar. Het kenniscentrum is als het ware de voedingsbodem voor de opbouw, toepassing en uitwisseling van kennis.



De tekst van het functieprogramma bestaat uit drie delen.

Deel I beschrijft het kader en de context. Het definieert het functieprogramma Sociotherapeutische leefmilieus in termen van de missie en in relatie tot de domeinen van kwaliteit van leven. Daarnaast schetst het de relatie met de andere functieprogramma's en met de zorgprogramma's.

Deel II gaat over de aanpak en werkwijze van het functieprogramma. Het laat eerst zien welke disciplines een specifieke taak hebben in de ontwikkeling, uitvoering en implementatie van het functieprogramma. Daarna maakt een stroomschema inzichtelijk welke stappen ondernomen dienen te worden op het moment dat leefmilieus aan de orde zijn. Vervolgens zijn de actuele richtlijnen en protocollen die van toepassing zijn bij sociotherapeutische leefmilieus, alsmede de (onderzoeks) instrumenten samengevat in twee tabellen. Hierna volgt een overzicht van de scholingen die aan dit functieprogramma verbonden zijn. De laatste paragraaf gaat in op de onderwerpen waarin het functieprogramma zich nog gaat ontwikkelen.

Deel III omvat de bijlagen. De eerste bijlage schetst op hoofdlijnen de ontwikkeling van zorg- en functieprogramma's zoals deze vanuit het Kenniscentrum is opgezet. Bijlage 2 zet de ontwikkeling van leefmilieus in een historisch perspectief. Bijlagen 3, 4 en 5 bevatten werkdocumenten die in de praktijk te gebruiken zijn. Bijlage 6 bevat een lijst met afkortingen. Tot slot is in bijlage 7 de literatuurlijst opgenomen.



2. De context van het functieprogramma

Het functieprogramma is geschreven voor professionals en geeft uitleg over het sociotherapeutisch leefmilieuconcept zoals deze toegepast kan worden binnen de verpleeg- en verzorgingshuissetting. Tevens biedt het programma ondersteuning bij het implementeren en borgen van het leefmilieuconcept in een organisatie. De ondersteuning bestaat uit een implementatieplan, diverse richtlijnen en instrumenten én verschillende trainingsmodules.

De afgelopen vijftig jaar is er binnen de verpleeghuizen een ontwikkeling gaande waarbij de zorg en behandeling steeds meer wordt afgestemd op de cliënt zelf, in plaats van dat deze wordt verstrekt vanuit het oogpunt van behandelaars. Vanuit het medische model, waaruit verpleeghuizen zijn ontstaan, werd er voornamelijk ongedifferentieerde zorg geboden. Zo leefden somatische en psychogeriatrische cliënten ongeacht hun achtergrond, leefstijl, zorgbehoefte en zorgvragen, in grote groepen samen. Binnen de zorg voor psychogeriatrische cliënten ontstond er vervolgens een eerste differentiatie-model op basis van zorgzwaarte, de zogenaamde Toutenburg indeling. Cliënten werden ingedeeld in groepen op basis van de mate van zorg die zij nodig hadden (Geelen, 2005). Vervolgens ontstond er differentiatie van cliënten naar leefstijl, waarbij groepen cliënten werden gevormd op basis van de leefwijze van vóór de opname (Stuurgroep JD, 2007). Langzaam is er een trend zichtbaar waarbij de cliënt zelf meer

centraal komt te staan en niet alleen gekeken wordt naar de ziekte of mate van zorg, maar naar wie de cliënt als persoon is. Zoals dit ook past bij de belevingsgerichte, vraag-gerichte zorg en 'cliënt in regie', visies die tegenwoordig centraal staan. Het leefmilieuconcept gaat mee in de deze trend en biedt een handvat om de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen nog meer af te stemmen op de individuele behoeften en zorgvragen van de cliënt.

Het leefmilieuconcept is toepasbaar binnen vrijwel alle verpleeg- en verzorgingshuizen. Voorwaarde is dat er sprake is van cliënten die de dag of dagdelen in groepen doorbrengen en die voor de daginvulling of dagstructuur afhankelijk zijn van een zorgorganisatie. Het leefmilieuconcept is van oorsprong bedoeld om de zorg en behandeling te optimaliseren voor cliënten met een speciale hulpvraag, zoals bij de doelgroepen Korsakov, jong dementerenden, gerontopsychiatrie of psychogeriatric met ernstige gedragsproblematiek. Vooralsnog heeft Archipel het leefmilieuconcept geïmplementeerd op verschillende intramurale verpleeg- en verzorgingshuisafdelingen. Breder toepassing, zoals binnen een dagbehandeling of dagverzorging is echter niet ondenkbaar.

De grondgedachte van de sociotherapie is dat het individu en zijn omgeving onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Het uitgangspunt van de sociotherapie is het proberen te beïnvloeden van de wisselwerking

van de interactie tussen het individu en zijn omgeving (Luijten, 1981). Binnen het sociotherapeutische leefmilieuconcept wordt de omgeving van de cliënt zo aangepast dat de wisselwerking met de cliënt en diens omgeving zo optimaal mogelijk is om de kwaliteit van leven te behouden of zelfs te verbeteren. Om dit te bereiken wordt de zorg, behandeling, begeleiding, dagbesteding en de huisvesting bewust en op methodische wijze op elkaar afgestemd per leefmilieugroep.

Vervolgens worden cliënten gedifferentieerd op basis van de huidige behoeften en mogelijkheden en dus niet op ernst van de ziekte, sociaal economische status, leefstijl etc. Een groep cliënten wordt samengesteld op basis van overeenkomstige behoeften en zorgvragen binnen de vier levensdomeinen van 'kwaliteit van leven'. Naast de cliënten worden ook medewerkers gedifferentieerd op basis van competenties of de competenties die ze willen ontwikkelen. Zij zullen dus veelal werken binnen een leefmilieu waar zij de meeste aansluiting vinden in het contact met cliënten en in staat zijn de gevraagde benadering en begeleiding adequaat in te zetten.

Het leefmilieuconcept is dus een methodische werkwijze die mediatief van karakter is. Dat wil zeggen dat de omgeving van de cliënt, zowel sociaal als fysiek, bewust wordt gebruikt om de kwaliteit van leven te verbeteren of in stand te

houden. Door de interventies op omgevingsniveau is een leefmilieu op zichzelf al een vorm van behandeling (Stuurgroep JD, 2007).

Missie

Dit functieprogramma beoogt met

het leefmilieuconcept een belangrijke bijdrage te leveren aan het verbeteren van de zorg voor cliënten die verblijven binnen de verpleeg- en verzorgingshuissetting. De missie van dit functieprogramma is dat alle cliënten van Archipel in

een omgeving kunnen verblijven die de kwaliteit van leven positief beïnvloedt. In deze omgeving is de zorg, behandeling, begeleiding, dagbesteding én huisvesting op elkaar afgestemd naar de wensen en behoeften van de cliënt.

De kern van de missie heeft betrekking op de kwaliteit van leven van de cliënt.

Om deze te verwezenlijken is een belangrijke rol weggelegd voor de medewerkers van Archipel, voor de organisatie, én voor het expertteam van het functieprogramma.

In de ideale situatie zien deze vier pijlers er als volgt uit:

Kwaliteit van leven van de cliënt:

Cliënten zijn ondanks hun ziekte en mate van hulpbehoevendheid individuen met ieder een eigen persoonlijkheid en eigen ideeën, wensen en behoeften ten aanzien van wonen, participatie, welzijn en lichamelijk welbevinden. Het leefmilieuconcept geeft cliënten de ruimte om ondanks de beperkingen zoveel als mogelijk samen te leven met gelijkgestemden. Hierdoor ontstaan er minder conflicten tussen cliënten waardoor er meer rust is op de afdelingen en in de huiskamers omdat de cliënten minder snel overprikkeld of overvraagd worden. Dit draagt bij aan het behouden of zelfs verbeteren van eigenwaarde en identiteit. Bovendien is het mogelijk de behandeling beter af te stemmen op specifieke zorgvragen.

Medewerkers:

Al bij de ontwikkel- en implementatiefase van het leefmilieuconcept spelen medewerkers op alle niveaus een belangrijke rol. Binnen de gestelde kaders hebben zij ruim de gelegenheid een eigen stempel te drukken op het neerzetten van de leefmilieus, bewust te worden van de eigen competenties en die van hun collega's en het beoordelen van de wensen en behoeften van cliënten. Dit draagt bij aan teambuilding en het samen gemotiveerd werken.

Medewerkers ervaren door het werken in leefmilieus meer zelfvertrouwen en weten wat er van hen wordt verwacht tijdens het werk. Ze krijgen de kans hetgeen te doen waar ze goed in zijn (competentiegericht werken) en nieuwe competenties te ontwikkelen binnen een duidelijk leefmilieukader. Hierdoor kunnen medewerkers beter inspelen op gedragsproblematiek omdat zij bewuster en vanuit een duidelijke visie cliënten begeleiden. Dit alles draagt bij aan een positieve werkbeleving.

Organisatie:

De organisatie faciliteert de implementatie en de borging van het leefmilieuconcept. Zij geeft ruimte aan teams om samen het proces op gang te brengen, scholing te volgen, leefmilieu-overleggen te organiseren en adviezen uit te brengen over de indeling en inrichting van de huiskamers. Het management staat achter het leefmilieuconcept en draagt dit uit naar andere locaties en externe contacten.

Expertteam:

Het expertteam bestaat uit een afvaardiging van diverse disciplines. De expertteamleden zijn altijd op de hoogte van actuele kennis en vaardigheden en leggen dit vast in het functieprogramma. Het leefmilieuconcept blijft zich hierdoor ontwikkelen en verbeteren.

Het expertteam geeft tevens trainingen en ondersteunen afdelingen of locaties bij het implementatie- en borgingstraject.

Het expertteam werkt systematisch aan het ontwikkelen, bijstellen en in de praktijk brengen van het functieprogramma. Ieder expertteamlid voelt zich verantwoordelijk het leefmilieuconcept uit te dragen aan de eigen vakgroep en aan andere interne en externe contacten.

De vier levensdomeinen van 'Kwaliteit van leven'

De Norm voor Verantwoorde Zorg verdeelt kwaliteit van leven in vier levensdomeinen waarop de cliënt wensen en behoeften heeft. Het functieprogramma Sociotherapeutische leefmilieus heeft een raakvlak met al deze vier levensdomeinen, te weten de woon- en leefomgeving, de sociale zelfredzaamheid, het mentaal welbevinden, en het lichamelijk welbevinden.

Woon- en leefomgeving

De woon- en leefomgeving van de cliënt wordt zo aangepast dat de wisselwerking met de cliënt en zijn omgeving zo optimaal mogelijk is. Per cliënt wordt bijvoorbeeld bekeken of hij/zij behoefte heeft aan een rustige prikkelvrije huiskamer of juist aan een uitdagende omgeving. Op basis van deze behoeftes wordt bepaald in wat voor woon- en leefmilieu de cliënt het beste tot zijn recht komt.

Sociale zelfredzaamheid (participatie)

Het leven binnen een zorginstelling kent vaak een eigen programma en ritme. Maar ook heeft iedere cliënt een eigen ritme. De verschillende leefmilieus bieden cliënten een variatie aan mogelijkheden om invulling te geven aan persoonlijke interesses, hobby's en een sociaal leven. Afhankelijk van de behoeften wordt bepaald aan wat voor soort dagbesteding de cliënt kan deelnemen. Zo worden er binnen het stimulerende en structurerende leefmilieu veel groepsactiviteiten georganiseerd terwijl bij het beschermend en begrenzend leefmilieu juist de focus ligt op individuele activiteiten.

Mentaal welbevinden

Het ondersteunen van de eigen identiteit en levensinvulling kan op verschillende manieren plaatsvinden. De wensen en behoeften van

de cliënt en het leefmilieu waarin de cliënt actief is geven hier vorm aan. Zo kunnen medewerkers actieve begeleiding bieden om de cliënt te stimuleren zich nuttig te maken, of juist mentale problemen toedekken waarbij de cliënt beschermd wordt tegen negatieve interacties.

Lichamelijk welbevinden

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming, een schoon en verzorgd lichaam en smakelijke maaltijden. De vraag die hierbij een rol speelt is in hoeverre de zelfredzaamheid van de cliënt wel of niet gestimuleerd dient te worden. Dit verschilt natuurlijk per cliënt. De ene cliënt heeft bijvoorbeeld een stimulans nodig om zichzelf lichamelijk te verzorgen terwijl bij een andere cliënt de lichamelijke verzorging juist zal worden overgenomen door de medewerkers.

De kern van de verschillende leefmilieus

Het leefmilieuconcept, zoals toegepast binnen Archipel Kenniscentrum, onderscheidt vier verschillende leefmilieus;

1. Stimulerend
2. Structurerend (met de varianten 'actief' en 'passief')
3. Beschermend
4. Begrenzend

Voor een uitgebreide beschrijving en toepassing van de vier leefmilieus zijn bijlagen 3, 4 en 5 te raadplegen. Onderstaand schema geeft een samenvattend beeld van de onderscheidende elementen op cliëntniveau, medewerkersniveau en de kernbegrippen binnen de vier verschillende leefmilieus.



	Kernbegrippen	Clïënt	Medewerker
Stimulerend leefmilieu	• Zelf doen • Prikkel • Uitdaging • Maatschappij • Samen / groep	• Actief • Zinvol bezig zijn • Contacten	• Begeleiding met handen op de rug • Stimuleren • Activeren • Samen met cliënt
Structurend Leefmilieu	• Balans rust en activiteit • Structuur • Individueel of kleine groep	• Basis structuur • Eigen gang gaan • Duidelijkheid	• Structureren • Consequent • Bijsturen • Empatisch directief
Beschermend leefmilieu	• Veiligheid • Rust • Sfeer • Mogen • Kleine groep	• Kwetsbaar • Angstig • Rust	• Zorgend • Toedekkend • Overnemen waar nodig
Begrenzend leefmilieu	• Grensoverschrijdend • Moeten • Weinig prikkels • Individueel	• 1 op 1 contact • Snel in conflict • Op zichzelf	• Begrenzen • Empathisch directief • Veiligheid waarborgen

De vier leefmilieus geven richting aan het toepassen van het concept. Het zijn geen statische modellen maar geven een handvat voor het indelen van cliënten en het toepassen van de leefmilieus in de praktijk. Iedere afdeling of team zal zelf dienen te kijken welke wensen, behoeften en hulpvragen dominant zijn binnen de doelgroep van cliënten, en op basis daarvan een keuze maken welke leefmilieu nodig zijn.

Vermeld dient nog te worden dat binnen het structurend leefmilieu gekozen kan worden voor een passieve dan wel actieve variant. Bij de actieve variant is het mogelijk om meer in (klein) groepsverband te ondernemen, zoals maaltijden en andere activiteiten. Ook worden er meer afspraken gemaakt die voor (een deel van) de groep gelden. Binnen de passieve variant ligt de nadruk veel meer op de individuele leefstijl van de cliënt. Er is sprake van één op één contact en een

basis dagstructuur, die naast de maaltijden vaak individueel bepaald is. Er is veel ruimte om gebruik te maken van de eigen kamer en voor een deel zelf de dag in te vullen.

Verandering in de vraag van cliënten kan leiden tot overplaatsing naar een ander leefmilieu of tot het opzetten van een nieuw leefmilieu. Maar ook het aanpassen (meegroeien) van een bestaand leefmilieu is mogelijk (Stuurgroep JD, 2007).

Relatie met andere functieprogramma's en zorgprogramma's

Het functieprogramma werkt nauw samen met het functieprogramma Video Interventie Ouderenzorg (VIO), functieprogramma Agressie, en functieprogramma Probleemgedrag. De samenwerking met VIO betreft bijvoorbeeld:

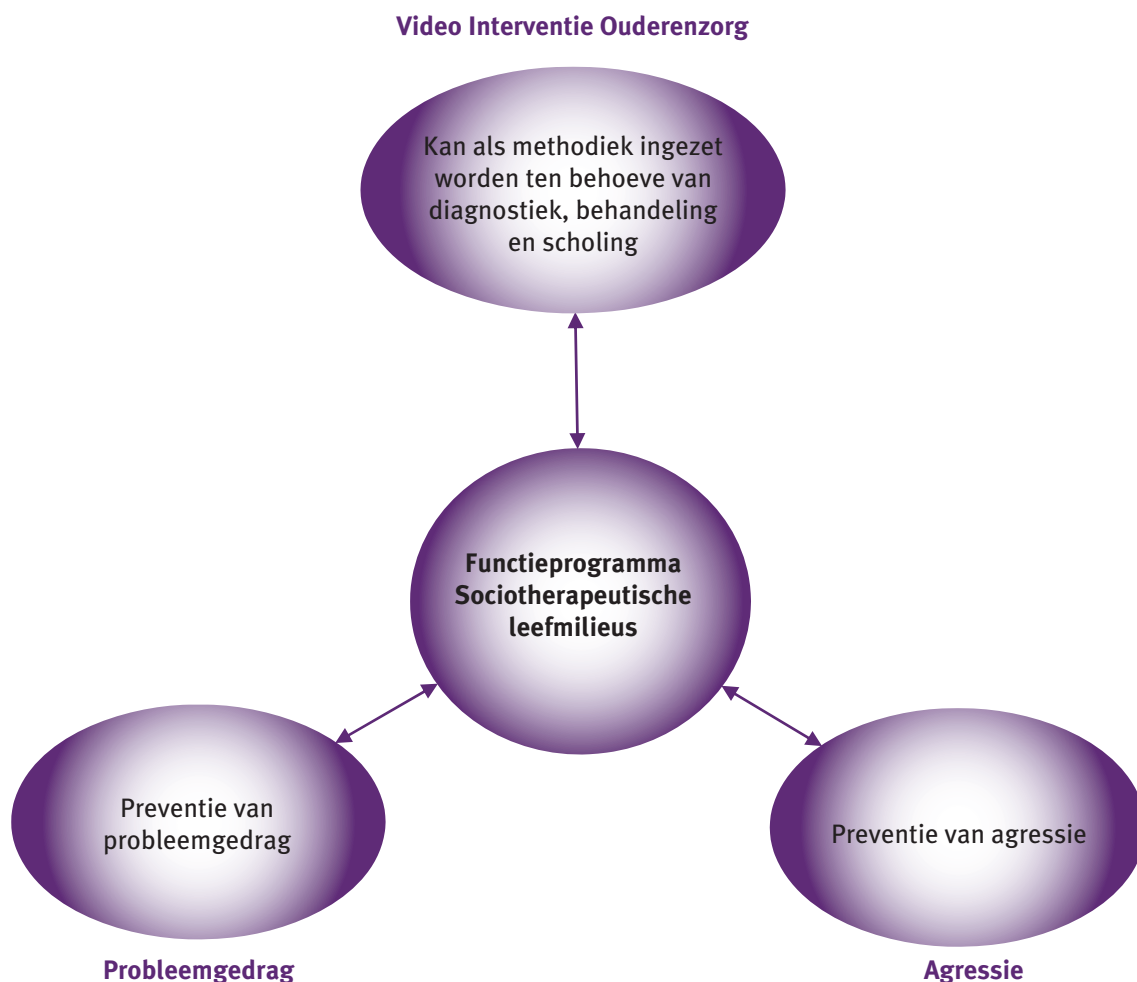
- het ontwikkelen van scholingsmateriaal (bijv. sfeerimpressies, leefmilieuoverleg);
- maken van pr-materiaal;
- deskundigheidsbevordering rondom benadering en leefmilieu overleggen (borging);
- mediatieve behandeling van cliënten;
- ondersteuning bij casusbesprekingen bijvoorbeeld ten aanzien van diagnostiek en

behandeling van problemen rondom interactie tussen cliënten of tussen cliënten en medewerkers.

Samenwerking met de functieprogramma's Probleemgedrag en Agressie is aanwezig omdat beide streven naar preventie van probleemgedrag, waaronder agressie. Er is samenwerking op het moment dat er diagnostiek en behandeling nodig is vanwege bijvoorbeeld agressie. Hierbij worden alle elementen vanuit het leefmilieu meegenomen en geanalyseerd in samenwerking met het team en de psycholoog. Interventies welke volgen uit de analyse zullen ook altijd afgestemd worden binnen het leefmilieu, of er wordt gekeken naar een leefmilieu

dat beter past bij de zorgbehoefte van de cliënt.

Het functieprogramma leefmilieu is op dit moment gekoppeld aan de zorgprogramma's Gerontopsychiatrie, Korsakov en Jong dementerenden. Deze doelgroepen hebben aangepaste behandelwijzen nodig om optimaal te kunnen functioneren binnen een verzorgings- of verpleeghuissetting. Het leefmilieuconcept is hierbij de leidraad voor het invullen van de zorg en behandeling. Daarnaast is de samenwerking met andere zorgprogramma's in ontwikkeling, bijvoorbeeld met Niet Aangeboren Hersenletsel en Geriatrische revalidatie.



3. Deel II - De aanpak en werkwijze

Rollen en taken van de betrokken disciplines

Onderstaand schema geeft inzicht in de disciplines die specifieke taken en verantwoordelijkheden hebben in de ontwikkeling, implementatie en borging van sociotherapeutische leefmilieus.

In de fase van ontwikkelen staan de medewerkers die betrokken zijn bij het inhoudelijk expliciteren en vastleggen van het leefmilieu-concept in het functieprogramma. In de fase van implementeren en

borgen staan de medewerkers die op een afdeling een rol hebben in het vormgeven van, en het werken met, de leefmilieus.

Ontwikkelen

- Expertteam met functieleider als kartrekker

Implementeren

Voortraject:

- Manager zorg*
- Teamleider*
- Psycholoog*

Implementatiefase:

- Verpleging en Verzorging
- Activiteitenbegeleiding
- * leden werkgroep implementatie

(expertteam in ondersteunende rol)

Borgen

- Manager zorg
- Teamleider
- Psycholoog
- Expertteam

Concreet hebben deze disciplines de volgende verantwoordelijkheden. In het volgende hoofdstuk zijn de taken beschreven die deze medewerkers hebben in het (voorbereiden van het) implementatie- en borgingstraject.



Expertteam

Zowel de functieleader als het expertteam zijn verantwoordelijk voor het actualiseren en uitdragen van het functieprogramma. Zij bieden ondersteuning bij de implementatie en borging door middel van het ontwikkelen en geven van scholing en training on the job.

Functieleader

De functieleader is voorzitter van het expertteam. Zij is verantwoordelijk voor de bundeling van de expertise rondom het onderwerp sociotherapeutische leefmilieus en het actueel houden van het functieprogramma. De functieleader is inhouddeskundige ten aanzien van het leefmilieuconcept en heeft een coachende rol naar medewerkers V&V en in het bijzonder naar de manager zorg en de teamleider. De functieleader is verantwoordelijk voor het signaleren van nieuwe ontwikkelingen rondom het leefmilieuconcept en kan deze vertalen naar de praktijk van het Kenniscentrum.

Manager zorg

De manager zorg is verantwoordelijk

voor het traject van de leefmilieus. De manager is verantwoordelijk voor het formeren van een werkgroep en het opstellen van een implementatieplan c.q. jaaractieplan. Tevens is hij of zij verantwoordelijk voor de communicatie en afstemming met de regiodirecteur, cliëntenraad, cliënten en andere betrokkenen. Tenslotte is het belangrijk dat de manager de ontwikkeling van het implementatietraject bewaakt en faciliteert daar waar nodig.

Teamleider

De teamleider is verantwoordelijk voor het traject op afdelingsniveau. Zo zal hij of zij een belangrijke bijdrage leveren aan het coachen en motiveren van medewerkers, V&V en activiteitenbegeleiders in het bijzonder. Tevens is de teamleider verantwoordelijk voor het organiseren van teambijeenkomsten, trainingsbijeenkomsten en leefmilieu overleggen. De teamleider is voorzitter van het leefmilieuoverleg en stuurt het team aan in de dagelijkse praktijk en bij het ontwikkelen van de leefmilieumappen.

Psycholoog

De psycholoog is lid van de werkgroep die samengesteld wordt vanaf het moment dat het initiatief ontstaat voor het werken met leefmilieus (=voortraject). Hij of zij is met name verantwoordelijk voor het inhoudelijk aansturen van het leefmilieuconcept, zowel in de implementatie- als de borgingsfase. Samen met de manager zorg en de teamleider zal de psycholoog het implementatietraject vormgeven en aansturen. Met name binnen de conceptontwikkeling, teambijeenkomsten en de scholing speelt de psycholoog een belangrijke rol. Binnen de leefmilieu overleggen zal de psycholoog als inhoudelijk deskundige aansluiten. Waar

nodig kan de psycholoog in de opstartfase een ondersteunende rol spelen in het voorzitterschap. Bovendien zal de psycholoog een signalerende rol hebben ten aanzien van veranderingen binnen het leefmilieu, competenties van medewerkers en wensen en behoeften van cliënten. Tenslotte is er een rol weggelegd ten aanzien van het adequaat differentiëren van cliënten in de juiste leefmilieus (multidisciplinair bepaald) en zal hij/zij daar waar vragen liggen aanvullende scholing geven.

Medewerkers Verpleging en Verzorging (V&V)

Alle medewerkers V&V hebben de kennis, competenties en vaardigheden van het leefmilieuconcept, in het bijzonder van het leefmilieu waar zij gaan werken. Samen met de teamleider en de psycholoog zullen ze de kaders van ieder leefmilieu uitwerken en omzetten in de praktijk. Van hen wordt verwacht dat ze een actieve rol hebben in de scholing, training on the job, teambijeenkomsten en de leefmilieu overleggen.

Ten aanzien van de eigen ontwikkeling en inzet moeten ze bereid zijn de eigen competenties in kaart te brengen en verder te ontwikkelen. POP-gesprekken zijn hierin leidend. In contact met cliënten zijn medewerkers V&V verantwoordelijk om vanuit de leefmilieukaders te denken en op een bewuste en doelgerichte manier de cliënt te begeleiden. Het in kaart brengen en evalueren van de wensen, behoeften en hulpvragen van de cliënt ligt grotendeels bij het team. Tenslotte is het belangrijk dat V&V het leefmilieuconcept onderling helder houden en adequaat uitdragen naar cliënt, familie, nieuwe medewerkers, tijdelijke medewerkers en stagiaires.

Medewerkers

Activiteitenbegeleiding

De medewerkers van de activiteitenbegeleiding hebben in hoofdzaak dezelfde verantwoordelijkheden als de medewerkers van de verpleging en verzorging. Speciaal aandachtsgebied is uiteraard het bieden van activiteiten afgestemd op de eisen vanuit het leefmilieu (waarin de individuele wensen van cliënten centraal staan), en de begeleiding van vrijwilligers.



4. Het implementatietraject van sociotherapeutische leefmilieu

Om het leefmilieuconcept te kunnen implementeren dient aan een aantal voorwaarden te zijn voldaan.

Voorwaarden voor het implementeren van leefmilieus

Organisatie

- Op management niveau staat men achter het concept en de implementatie.
- Scholing en bijeenkomsten worden gefaciliteerd.
- Er is inspraak mogelijk ten aanzien van bouwplannen, het gebruik van ruimtes en de inrichting en aankleding van de afdeling en huiskamers.

Fysieke ruimte

- Er zijn ruimtes aanwezig, of die kunnen gecreëerd worden, voor het samenstellen van relatief kleine groepen cliënten bijvoorbeeld van 6-10 cliënten.
- Het is mogelijk om de ruimtes flexibel en naar maatstaven van de leefmilieus in te richten.

Medewerkers

- Het team is gemotiveerd en vindt het prettig om overwegend in een vast team binnen één leefmilieu te werken.
- Teamleden zijn bereid scholing te volgen en training on the job te krijgen.
- Teamleden zijn flexibel.
- Het team is in staat om het leefmilieuconcept, met begeleiding van leidinggevend en de psycholoog, te vertalen naar de dagelijkse praktijk.

Cliënt en vertegenwoordigers

- Zijn goed geïnformeerd over het leefmilieuconcept, zowel de voordelen als ook de gevolgen van eventuele interne overplaatsing als het leefmilieu niet meer passend is.
- Zijn gemotiveerd om mee te denken over de gedragscode en leefmilieu gebonden afspraken.

De kern van het implementatietraject

Het implementatietraject onderscheidt vier opeenvolgende fasen:

1. Voortraject: Initiatiefase
2. Voortraject: Ontwikkelfase
3. Implementatiefase
4. Borgingsfase

In iedere fase zijn dezelfde thema's van belang:

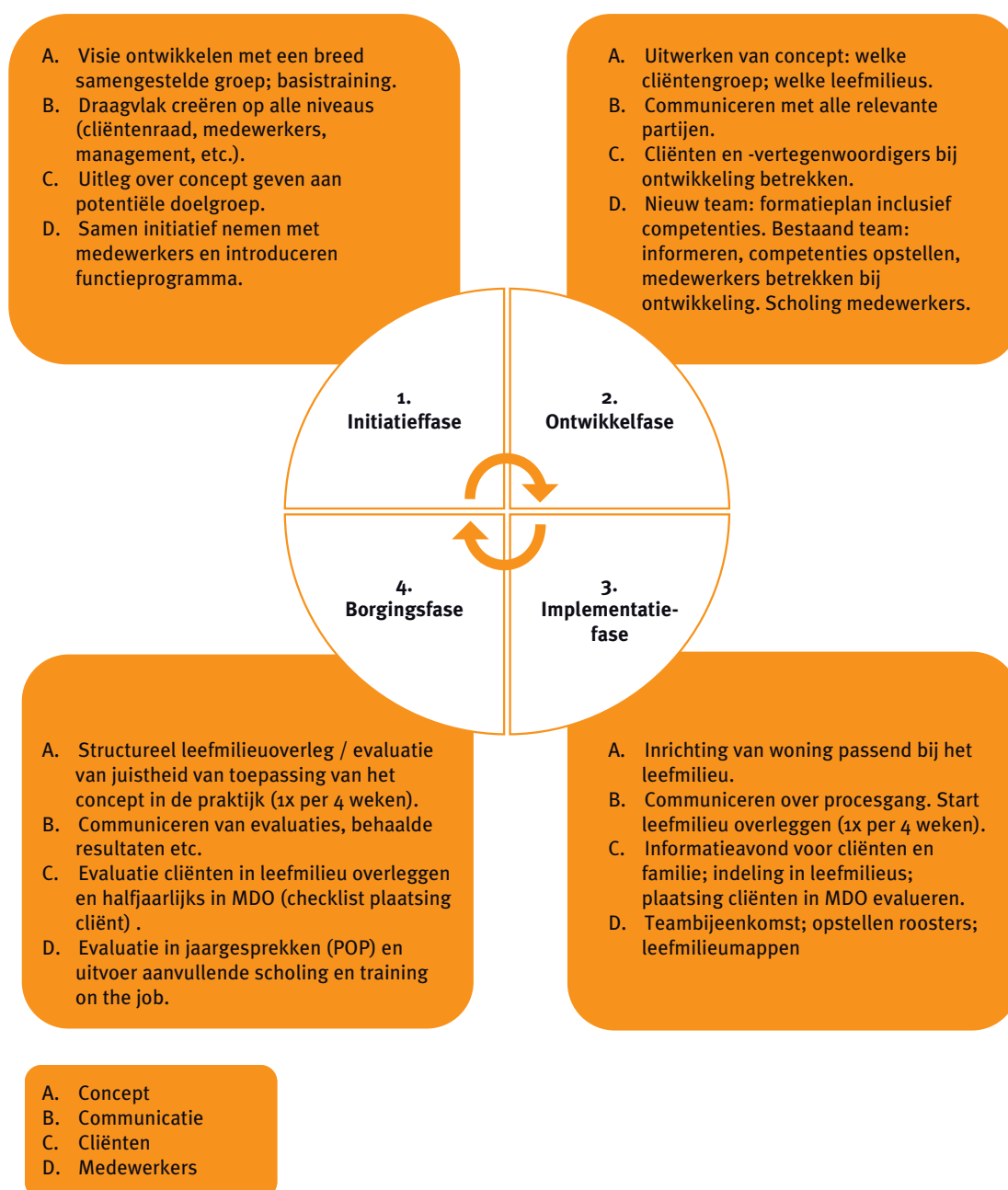
- A. Concept
- B. Communicatie
- C. Cliënten
- D. Medewerkers

Aandacht voor deze thema's zorgt ervoor dat alle lagen binnen een verpleeg- of verzorgingshuis nauwkeurig geïnformeerd en betrokken worden bij het traject. Uit de praktijk is gebleken dat dit erg

belangrijk is om voldoende draagvlak en deskundigheid te creëren binnen een afdeling. Wat vervolgens een voorwaarde is voor het slagen van de implementatie en borging.

Onderstaand schema geeft een samenvattend beeld van deze vier fasen en thema's in het implementatietraject van leefmilieus:

Samenvattend schema van het implementatietraject van leefmilieus



De acties per fase van het implementatietraject

Voortraject: Initiatieffase (± 8 weken)		
	Wat	Wie
A	- Breed samengestelde werkgroep formeren (tenminste teamleider, manager zorg en psycholoog). - Bestuderen functieprogramma leefmilieus in relatie tot doelgroep en afdeling. - Oriëntatie middels werkbezoek Archipel Kenniscentrum en oriënterende presentatie	- Manager Zorg - Werkgroep - Werkgroep en expertteam
B	- Informereren en creëren van draagvlak bij management. - Informereren en creëren van draagvlak bij cliënten, cliëntenraad en medewerkers.	- Manager Zorg - Werkgroep
C	Cliënten en vertegenwoordigers informeren; korte uitleg leefmilieu-concept.	Werkgroep
D	Uitleg over functieprogramma leefmilieus en stand van zaken.	Werkgroep

Voortraject: Ontwikkelfase (± 8 weken)		
	Wat	Wie
A	Uitwerken concept; welke leefmilieus en welke cliëntengroep	Werkgroep
B	- Informereren en creëren van draagvlak bij management. - Informereren en creëren van draagvlak bij cliënten, cliëntenraad en medewerkers.	- Manager zorg - Werkgroep
C	Cliënten betrekken bij ontwikkelingen bijvoorbeeld door gesprekken, nieuwsbrieven, artikel in informatiekraant, etc..	Werkgroep
D	- Scholing: basistraining en workshop(s). - Nieuw samengesteld team; competentieprofielen maken, formatieplan maken, uitleg bij sollicitatie. - Opdrachten aan het team: verdeling cliënten (checklist plaatsing cliënt) en verdeling medewerkers (eigen competenties in kaart brengen).	- Werkgroep en expertteamlid - Manager zorg en teamleider - Werkgroep

Implementatiefase (± 12 weken)		
	Wat	Wie
A	Inrichten van woning/ huiskamers passend bij de gekozen leefmilieus. Indien er sprake is van nieuwbouw: als werkgroep in samenwerking met het team advies uitbrengen over gebruik huiskamers, meubels en inrichting.	Medewerkers V&V en AB onder begeleiding van de werkgroep
B	- Communiceren over procesgang, verloop en vorderingen aan managementteam, cliëntenraad, cliënt en familie. - Start leefmilieu overleggen; frequentie circa 1 keer per 4 weken per leefmilieu. Evalueren van doelstellingen per leefmilieu, stand van zaken, verdeling cliënten, verdeling medewerkers, inventariseren scholingsvragen en maken van actieplan ten behoeve van verder vormgeven van het leefmilieu.	- Manager zorg - Teamleider, psycholoog en aanwezige medewerkers van specifiek leefmilieu
C	- Leefmilieukeuze bespreken met cliënt en plaatsing in juiste leefmilieu. - Informatiebijeenkomst voor cliënten en familie organiseren. - In het multidisciplinair overleg (i.o.m. cliënt) leefmilieukeuze halfjaarlijks evalueren aan de hand van “checklist voor plaatsing”.	- Teamleider en V&V - Teamleider en manager zorg - Manager zorg, teamleider, psycholoog, V&V
D	- Teambijeenkomst: ieder leefmilieuteam presenteert het eigen leefmilieuconcept en hoe dat er in de praktijk uitziet (bijvoorbeeld presentatie, foto's, rollenspel, etc.) én de verdeling van de teams worden geëvalueerd. - Roosters afstemmen op teamverdeling - Opdracht team: leefmilieumappen maken voor het team en voor de huiskamer (per huiskamer, volgens macro functieprogramma). - Waar nodig training on the job t.b.v. het samenstellen van leefmilieumappen.	- Manager zorg, teamleider, medewerkers V&V en AB en psycholoog - Teamleider - Teamleider, V&V en AB - Expertteam

Borgingsfase (continu)		
	Wat	Wie
A	Leefmilieu overleggen staan structureel ingepland met een frequentie van circa 1 keer per 4 weken. Nadruk ligt op juistheid van toepassing van het concept in de praktijk. Agenda hanteren zoals in leefmilieu map gepresenteerd wordt.	Teamleider psycholoog
B	- Communiceren van evaluaties en behaalde resultaten met betrokkenen. - Medewerkers communiceren leefmilieu afspraken onderling tijdens overdracht en middels notulen leefmilieu overleg in de leefmilieumappen.	- Manager zorg - Teamleider, V&V en AB
C	Evaluatie van cliënten staat structureel gepland in halfjaarlijkse MDO's. Tussentijds wordt plaatsing van cliënt ook besproken in leefmilieu overleggen. Bij twijfels over plaatsing wordt dit in het eerstvolgende MDO besproken.	Manager zorg, teamleider, psycholoog, V&V, AB
D	- Evaluatie plaatsing leefmilieu en competenties in jaargesprekken (POP). - Waar nodig training on the job ten behoeve van vormgeven leefmilieu overleggen. - Volgen van aanvullende scholing ten behoeve van verdere ontwikkeling van competenties, kennis en vaardigheden welke nodig zijn voor werken binnen het gekozen leefmilieu.	- Teamleider, manager zorg - Psycholoog en expertteam - Teamleider, V&V, AB

5. Richtlijnen en instrumenten

In de hierna volgende tabel zijn de actuele richtlijnen en instrumenten

die verbonden zijn aan het functieprogramma, samengevat.



Tabel 1: Richtlijnen en instrumenten verbonden aan het functieprogramma Sociotherapeutische leefmilieus.

Type instrument	Titel	Omschrijving	Uitvoerder	Samensteller
Handleiding	Richtlijn implementatietraject	Handreiking om het implementatietraject volgens vaste stappen in een jaaractieplan of plan van aanpak om te zetten.	Werkgroep: manager zorg, teamleider, psycholoog	Expertteam Sociotherapeutische leefmilieus (Anouk van Tiel)
Screening	Werkdocument 1: Leefmilieuconcept; wensen en behoeften	Schematische beschrijving van de vier leefmilieus op basis van wensen en behoeften van de cliënt.	MDO / contactverzorgende	Expertteam Sociotherapeutische leefmilieus (Anouk van Tiel)
Screening	Werkdocument 2: Leefmilieus in de praktijk; domeinen	Schematische beschrijving van de vier leefmilieus aan de hand van de vier domeinen van kwaliteit van leven.		Expertteam Sociotherapeutische leefmilieus (Anouk van Tiel)
Screening	Checklist voor plaatsing van cliënten in een leefmilieu	De checklist is een (vragen) lijst die gebruikt kan worden als middel om cliënten adequaat te differentiëren op basis van hun wensen en behoeften (zorgvragen en zorgbehoeften). De lijst kan gebruikt worden bij nieuwe cliënten, maar kan ook ondersteunend zijn bij de halfjaarlijkse evaluatie van het zorgleefplan	MDO / Contactverzorgende	Expertteam Sociotherapeutische leefmilieus (Anouk van Tiel)
Screening	Competentieprofielen medewerkers per leefmilieu	Per leefmilieu zijn de belangrijkste competentieprofielen beschreven. Deze beschrijving is een hulpmiddel om medewerkers te differentiëren naar de verschillende leefmilieus.	Teamleider / manager zorg / V&V / AB	Expertteam Sociotherapeutische leefmilieus (Ardi van Santvoort)
Handleiding	Leefmilieu map voor medewerkers	Handleiding om een informatie-map vorm te geven per leefmilieu, bedoeld voor het team (bijvoorbeeld wat betreft: scholing, informatie overdracht, bewaken leefmilieudoelstellingen, vastleggen leefmilieu specifieke afspraken	V&V / AB / Teamleider	Expertteam Sociotherapeutische leefmilieus (Liesbeth van Brug)
Handleiding	Leefmilieu map voor cliënten en verwanten	Handleiding om een informatiemap vorm te geven per leefmilieu, bedoeld voor cliënten en verwanten. (bijvoorbeeld wat betreft: leefmilieu specifieke informatie overdracht aan cliënt en familie, nadruk op concept, afspraken en mogelijke activiteiten).	V&V / AB / Teamleider	Expertteam Sociotherapeutische leefmilieus (Liesbeth van Brug)
Werkdocument	Agenda leefmilieu overleg	Beschrijving van de agendapunten welke doorgenomen dienen te worden tijdens een leefmilieu overleg. Tevens is het onderdeel van de leefmilieu map. Doel: implementeren en borgen van leefmilieudoelstellingen en juiste plaatsing van cliënten.	V&V / AB / Teamleider / psycholoog	Expertteam Sociotherapeutische leefmilieus (Liesbeth van Brug)

6. Scholingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de scholingen, klinische lessen en presentaties die verbonden zijn aan, en ontwikkeld worden door, het functieprogramma.

Tabel 2: Scholingen en klinische lessen die zijn verbonden aan het functieprogramma Sociotherapeutische leefmilieus

Naam scholing	Doelgroep	Inhoud	Frequentie
Presentatie sociotherapeutische leefmilieus (basistraining)	V&V / AB / disciplines / teamleiders / zorgmanagers	Uitleg functieprogramma. Theoretische basis van leefmilieus. Uitbreiding met onderstaande workshops en film materiaal zorgt voor een uitgebreide training!	1 x 1 á 2 uur
Werkbezoek Archipel Landrijt (oriëntatie)	V&V / AB / disciplines / teamleiders / zorgmanagers	Aan de hand van een powerpoint presentatie en een film, uitwisselen van kennis en ervaring.	1 x 2 uur
Workshop 'Huisje Boompje Beestje'	V&V / AB / disciplines / teamleiders / zorgmanagers	Aan de hand van casuïstiek oefenen met indelen in leefmilieus.	1 x 45 min
Workshop 'Inrichting'	V&V / AB / disciplines / teamleiders / zorgmanagers	Aan de hand van foto's van enkele huiskamers binnen Archipel oefenen met herkennen van verschillende leefmilieus.	1 x 15 min
Workshop 'Cliëntprofiel'	V&V / AB / disciplines / teamleiders / zorgmanagers	Aan de hand van uitspraken van cliënten rondom hun wensen, zorgbehoeften en zorgvragen oefenen met differentiëren van cliënten in de leefmilieus.	1 x 15 min
Instructie DVD Leefmilieuoverleg (in ontwikkeling)	V&V / AB / disciplines / teamleiders / zorgmanagers	Filmfragment met toelichting over het adequaat uitvoeren van een leefmilieu overleg.	1 x 30 min
VIO training leefmilieu overleggen (training on the job)	V&V / AB / teamleider / psycholoog	Een leefmilieu overleg wordt gefilmd door een VIO medewerker. Vervolgens zal er feedback gegeven worden.	1 of 2 x 1 á 2 uur

Naam scholing	Doelgroep	Inhoud	Frequentie
DVD impressie leefmilieus Archipel Landrijt, afdeling de Eik	V&V / AB / disciplines / teamleiders / zorgmanagers	Een impressie van afdeling de Eik, Archipel Landrijt waarbij fragmenten getoond worden voor het starten met leefmilieus en na het starten met leefmilieus. Tevens zullen enkele medewerkers en contactpersonen geïnterviewd worden.	1 x 30 min
Ondersteuning bij maken van leefmilieu map (training on the job)	V&V / AB	Een expertteamlid zal uitleg geven over de opbouw van de map, de werkwijze aan de hand van een voorbeeldmap . Na een afgesproken periode vindt er een evaluatie plaats.	2 x 1 uur
Ondersteuning bij overige bijeenkomsten	V&V / AB / gastvrouwen / teamleiders / zorgmanagers	Afhankelijk van het onderwerp kan een expertteamlid ondersteunen bij de voorbereiding en/of uitvoering van teambijeenkomsten in het kader van de ontwikkel- en uitvoeringsfase. Voorbeelden: • Differentiatie van medewerkers op basis van competenties. • Differentiatie van cliënten op basis van cliëntprofiel. • Plan maken ten behoeve van de inrichting van huiskamers. • Ieder leefmilieuteam presenteert eigen leefmilieu aan andere teamleden. • Evaluatie algemeen • Etc.	Afhankelijk van de vraag.

7. Ambities voor de toekomst

In dit functieprogramma heeft het expertteam beschreven wat Archipel te bieden heeft op het gebied van psychotherapeutische leefmilieus. Natuurlijk staan de ontwikkelingen niet stil en hebben we ambities voor de toekomst. In dit nawoord willen we hier kort op ingaan.

Het gehele expertteam heeft met veel enthousiasme gewerkt aan de ontwikkeling van dit functieprogramma. De positieve ervaringen die we zelf hebben op het gebied van leefmilieus is hierin leidend geweest. Het is boeiend en inspirerend om te zien hoe een team zich ontwikkelt en gaat denken en werken vanuit een duidelijke visie. De mate van gedragsproblematiek die we hierdoor gezamenlijk aankunnen, met behoud en zelfs verbetering van cliënttevredenheid, is onze drijfveer. Het is zichtbaar en voelbaar dat onze cliënten zich beter voelen in een voor hen passend leefmilieu. Het kijken naar mogelijkheden en wensen ten aanzien van sociaal contact, woonomgeving, activiteiten, begeleiding en behandeling geeft veel voldoening voor alle betrokkenen.

In de toekomst willen we ons graag richten op de volgende zaken:

Ten aanzien van implementatie willen we graag het leefmilieuconcept implementeren binnen de gehele organisatie van Archipel Kenniscentrum. Hierbij willen we ons naast de verpleegafdelingen

ook richten op de dagbehandelingscentra. Maar ook alle initiatieven op andere locaties van Archipel en bij externe organisaties zullen we graag ondersteuning bieden.

Ten aanzien van scholingsactiviteiten willen we graag ons huidige aanbod blijven evalueren en herzien. Streven is per leefmilieu een filmimpresie te maken en in samenwerking met het functieprogramma VIO een film te maken over het gehele implementatietraject op een van de afdelingen van Archipel Kenniscentrum, locatie Landrijt. Ook zijn we bezig met het maken van een instructieband voor een trainingsmodule ten behoeve van het adequaat uitvoeren van een leefmilieu overleg.

Tenslotte willen we ons intern en extern meer profileren door het functieprogramma te promoten, een artikel te publiceren en een bijdrage te leveren aan landelijke congressen.

Anouk van Tiel
gezondheidszorgpsycholoog en
functieleider

Januari 2012



Deel III - Bijlagen

1. Bijlage 1. De ontwikkeling van zorg- en functieprogramma's: kenmerken en aanpak

Archipel Kenniscentrum is een centrum in ontwikkeling. Het opbouwen, toepassen én uitwisselen van kennis is onze drijfveer. We laten ons voeden door wat onze cliënten beweegt. Tegelijkertijd zijn we nieuwsgierig naar de nieuwste professionele inzichten. Die combinatie van ervaringsdeskundigheid van cliënten en familie, én van professionele standaarden, leggen we vast in zorgprogramma's en functieprogramma's. En dat wat beschreven is, passen we toe in de praktijk.

Als metafoor van Archipel Kenniscentrum is gekozen voor het klavertje vier.



Het klavertje vier symboliseert geluk. Levensgeluk is in feite de kern van kwaliteit van leven. Met de cliënt en diens naasten gaan wij samen op zoek naar mogelijkheden om de kwaliteit van leven te bevorderen. Wat betekent de ziekte of aandoening voor de cliënt? Hoe kan hij of zij ondanks de beperking, het leven leiden zoals hij/zij dat wil?

De vier blaadjes van het klavertje symboliseren de vier levensdomeinen waarop de cliënt wensen en behoeften heeft: de woon-leefomstandigheden, de sociale kant van het leven (participatie), het mentale welbevinden (inclusief zingeving), en het lichamelijke gevoel van welbevinden en gezondheid. Het klavertje vier groeit op een gezonde voedingsbodem. 'Gezond' omdat er uitwisseling plaats vindt. Uitwisseling tussen cliënt en professional, maar ook tussen professionals onderling (binnen en buiten Archipel), én tussen theorie (wetenschappelijke inzichten, evidence based richtlijnen e.d) en praktijk. Deze voedingsbodem stimuleert het leren van elkaar. In deze voedingsbodem wordt nieuwe kennis gemakkelijk opgenomen. Dit motiveert en inspireert professionals, hetgeen weer ten goede komt aan de kwaliteit van leven van de cliënt.



Een **zorgprogramma** is een samenhangend hulpaanbod voor een welomschreven doelgroep.

‘Samenhang’ heeft betrekking op:

- De cliënt, namelijk gericht op het geheel van de vier levensdomeinen; én
- De professionals, namelijk gericht op de multidisciplinaire aanpak; én
- De ketenpartners, namelijk gericht op zorgverlening over organisatiegrenzen heen.

Een zorgprogramma heeft de volgende kenmerken:

- Heeft het cliëntenperspectief als leidraad;
- Maakt eenduidige en kwalitatief verantwoorde zorgverlening volgens landelijke ‘evidence based’ richtlijnen en standaarden mogelijk;
- Is gericht op samenhang tussen de onderdelen van het zorgproces;

- Levert handvatten voor zorgverleners;
- Schept intern en extern duidelijkheid in het aanbod;
- Vraagt om een procesgeoriënteerde / cliëntvolgende - in plaats van aanbodgerichte - organisatiestructuur;
- Is een leidraad bij onderhandelingen en samenwerkingsafspraken;
- Bevordert een samenhang tussen externe financiering en kostprijsbepaling;
- Maakt het mogelijk om in te spelen op landelijke ontwikkelingen, zoals de eerste- en tweedelijns Diagnose-Behandel-Combinaties (DBC's), metingen naar cliëntentevredenheid en behandel-effectiviteit, en certificering.

Een **functieprogramma** bundelt de kennis en expertise rondom een bepaald onderdeel van zorg en behandeling. Functieprogramma's hebben, met accentverschillen, een plek in meerdere zorgprogramma's.

Voor wie zijn de functieprogramma's geschreven?

De functieprogramma's zijn geschreven door en voor professionals. De tekst is bedoeld als richtinggevend kader voor alle professionals van Archipel die een relatie hebben met het functieprogramma, of die hierin een specifieke rol hebben. In het bijzonder zijn dit taakverantwoordelijken, teamleiders, alle behandel-disciplines, programmaleiders, functieleiders, expertteamleden, en managers Zorg. Daarnaast bieden de functieprogramma's inzicht in de werkwijze van het Kenniscentrum, en is daarmee ook interessant voor al degenen die hier meer over willen weten.

Wat is de meerwaarde van functieprogramma's?

Een functieprogramma bundelt de kennis en expertise rondom een bepaald onderdeel van zorg en behandeling. Functieprogramma's hebben, met accentverschillen, een plek in meerdere zorgprogramma's. De gekozen functieprogramma's (dertien in totaal) zijn schijnbaar algemene aspecten van zorg en behandeling. Sommige vertonen overlap, bijvoorbeeld Wondzorg en decubitus met Lig- en zithouding, en Eten en drinken met Slikken. Functieprogramma's zijn niet gekoppeld aan specifieke diagnostische doelgroepen, en zijn niet-leeftijdsgebonden. In principe zijn ze van toepassing op alle cliënten, zowel in de intramurale -, als deeltijd - en extramurale setting. Ze omvatten zowel preventieve – als curatieve activiteiten en/of instrumenten.

Het onderscheiden van deze onderdelen van zorg en behandeling heeft een duidelijke meerwaarde. De functieprogramma's:

- Leggen de expertise die in huis is op een inzichtelijke wijze vast;
- Expliciteren de multidisciplinaire – en belevingsgerichte werkwijze;
- Bundelen de evidence-based / state-of-the-art richtlijnen en protocollen;
- Bundelen de scholingsactiviteiten, die de expertteamleden (mede) ontwikkelen en uitvoeren;
- Nodigen uit tot het doen van wetenschappelijk onderzoek;
- Zorgen ervoor dat professionals expert worden op deelgebieden;
- Bevorderen de uitwisseling tussen de locaties van Archipel, tussen professionals die intramuraal en extramuraal werken;
- Bevorderen de uitwisseling in de regio en landelijk, omdat expertteamleden actief zijn in regionale en landelijke netwerken.

De acht zorgprogramma's van Archipel Kenniscentrum

(op alfabetische volgorde):

- Zorgprogramma Geriatrische Revalidatie. Dit zorgprogramma bestaat uit twee delen:
 - Geriatrische revalidatie na een beroerte
 - Geriatrische revalidatie algemeen
- Zorgprogramma Gerontopsychiatrie
- Zorgprogramma Huntington
- Zorgprogramma Jong Dementerenden
- Zorgprogramma Korsakov
- Zorgprogramma Multipole Sclerose
- Zorgprogramma Niet Aangeboren Hersenletsel
- Zorgprogramma Parkinson

De dertien functieprogramma's van Archipel Kenniscentrum

(op alfabetische volgorde):

- Functieprogramma Agressie
- Functieprogramma Cognitieve revalidatie
- Functieprogramma Eten en drinken
- Functieprogramma Mondzorg
- Functieprogramma Palliatief terminale zorg
- Functieprogramma Probleemgedrag
- Functieprogramma Seksualiteit
- Functieprogramma Slikken
- Functieprogramma Sociotherapeutische leefmilieus
- Functieprogramma Valpreventie
- Functieprogramma Video Interventie Ouderenzorg
- Functieprogramma Wondzorg en decubitus
- Functieprogramma Zit- en lighouding

Voor de ontwikkeling van zorg- en functieprogramma's zijn respectievelijk programmaleiders en functieleiders benoemd.

Deze personen zijn inhoudelijk deskundig en verantwoordelijk voor het inhoudelijk vormgeven van het betreffende programma. Zij doen dit in samenspraak met een expertteam. Hierin hebben medewerkers zitting die affiniteit hebben met het onderwerp en die de ambitie hebben hierin uit te blinken. Waar mogelijk participeren ook cliëntvertegenwoordigers en ketenpartners in het expertteam. Ieder expertteam is ook actief in het ontwikkelen en aanbieden van consultatie- en scholingsactiviteiten. Deze activiteiten worden zowel binnen Archipel als aan onze externe relaties aangeboden.

Archipel Kenniscentrum maakt onderdeel uit van het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON). In dit netwerk werken instellingen voor verpleeghuis-, verzorgingshuis- en thuiszorg en het UMC St. Radboud samen aan verbetering van de zorg en behandeling.

2. Bijlage 2. Leefmilieus in een historisch perspectief

Sociotherapie vindt zijn basis in de psychiatrie (Janzing, 2009). De toepassing van leefmilieus als therapeutisch instrument binnen de verpleeghuissetting is een relatief nieuwe ontwikkeling. Mede op basis van de publicatie ‘Sociotherapeutische leefmilieus voor Jong Dementerenden’ (Stuurgroep jong dementerenden, 2007) zijn er enkele initiatieven ontstaan om voor de doelgroep jong dementerenden, maar inmiddels ook andere doelgroepen, te werken volgens het leefmilieuconcept. Tot nu toe zijn de reacties vanuit de professionals, cliënten en hun familie zeer positief.

Ervaring met leefmilieus binnen Archipel

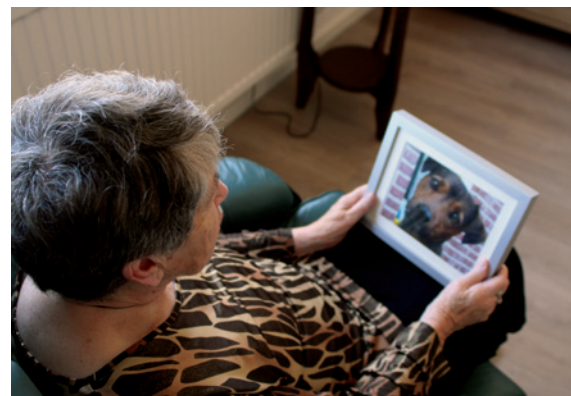
In 2005 heeft Toos Smulders, gezondheidszorgpsycholoog Archipel Kenniscentrum, het eerste initiatief genomen om het psychiatrische leefmilieuconcept te vertalen naar een model wat bruikbaar is binnen het verpleeghuis. Aanleiding was de toegenomen vraag naar begeleiding en behandeling van speciale doelgroepen binnen Archipel Kenniscentrum, locatie Landrijt. Dit eerste document is ontleend aan het rapport ‘Leefmilieus ZOP 2000’ (Helmond, 2000). GGZ E heeft in 1999 een zorgvisie vertaald naar milieus. Als uitgangspunt voor deze milieus is gebruik gemaakt van de nota ‘Werken met therapeutische milieus op de Wieken’ APZ Drenthe, locatie Assen (Smulders, 2005).

Archipel Kenniscentrum, locatie Landrijt, levert gespecialiseerde verpleeghuiszorg aan de doelgroepen Jong Dementerenden,

Gerontopsychiatrie, NAH, Korsakov en PG-plus. Inmiddels heeft de locatie al zes jaar ervaring met werken aan de hand van leefmilieus en is het concept op alle afdelingen geïmplementeerd. Ook binnen het project genormaliseerd wonen in de wijk wordt het leefmilieuconcept met succes toegepast. Binnen Archipel Kenniscentrum, locatie Dommelhof, zijn sinds dit jaar initiatieven ontstaan om het concept te implementeren binnen de gespecialiseerde somatische verpleeghuiszorg. Tenslotte wordt het leefmilieuconcept ook toegepast op twee reguliere pg-verpleegafdelingen en een gerontopsychiatrische verzorgingshuisafdeling binnen Archipel, locatie Eerdbrand. Op alle locaties zijn zowel de medewerkers, cliënten en hun verwanten tevreden over het leefmilieuconcept. Ervaring leert wel dat het een langdurig proces is te komen tot adequate boring. Bovendien is het zichtbaar en voelbaar dat de verschillende doelgroepen de leefmilieus kleuren. Dat wil zeggen dat iedere groep cliënten een eigen stempel drukt op het leefmilieu, omdat ieder een eigen accent legt op de gekozen kenmerken binnen een leefmilieu. Zo vraagt de doelgroep Korsakov, ongeacht de leeftijd, veel meer aandacht voor de toepassing van dagstructuur. Bovendien staat de vaardigheid tot empathisch directief benaderen bijna in alle verschillende milieus duidelijk op de voorgrond. Binnen de reguliere pg valt op dat cliënten door het wisselende functioneren niet altijd te stimuleren zijn tot zelfstandigheid, zoals

beschreven binnen het stimulerend leefmilieu. Dan is het van belang dat de geformuleerde doelstellingen enigszins worden bijgesteld zodat deze wel haalbaar zijn.

Inmiddels is het theoretische concept op basis van praktijkervaring iets bijgesteld. Het is gebleken dat de kenmerken ‘Ernst van cognitieve stoornissen’ en ‘Mate van ADL afhankelijkheid’ (zie Smulders, 2005) weinig toevoegen aan het differentiatieprincipe. Met deze kenmerken werd soms zelfs teruggevalen naar het differentiëren volgens het eerder genoemde ‘Toutenburg’ principe. Om ervoor te zorgen dat de cliënt als persoon met wensen, behoeften en hulpvragen centraal blijft staan, is er binnen het huidige theoretische concept voor gekozen deze twee kenmerken los te laten.



3. Bijlage 3.

Werkdocument 1: Leefmilieu- concept; wensen en behoeften

	Leefmilieus			
	Stimulerend	Structurerend	Beschermend	Begrenzend
Cliënt typering	- Ondanks mijn ziekte ben ik graag actief bezig. Ik doe graag dingen zelf of samen met jou of andere bewoners. - Ik ben gericht op contact met anderen in mijn omgeving. - Ik kan nog veel zelf, maar heb soms wel stimulans nodig. - In de huiskamer ben ik graag actief bezig en wil ik mij nuttig maken. - We maken samen basis afspraken en regels voor de afdeling. - Ik doe graag mee aan activiteiten, het liefst sociaal of werkgerelateerd. - Ik voel me nog betrokken bij de maatschappij en kom graag buiten de afdeling. <i>Ik mag...</i> <i>mijn eigen dag invullen</i> <i>Ik moet ...</i> <i>naar vermogen meehelpen in het huishouden.</i> <i>Ik moet me houden aan de regels en afsprake</i>	- Ik wil mijn eigen gang kunnen gaan en op mij zelf kunnen zijn, maar kan ook genieten van deelnemen in een kleine groep. - Door de chaos in mijn hoofd kan ik niet meer zo doelgericht handelen of vertellen wat ik bedoel. - Ik vind het fijn als jij zorgt voor duidelijkheid en structuur. - Veel dingen kan ik nog zelf, maar ik heb ook veel ondersteuning en soms tegenwicht nodig. Confronteer mij zo min mogelijk. Dat maakt me onzeker, angstig, boos of verdrietig. - Je mag me helpen een basis structuur te vinden door de dag heen. Zelf kan ik dit niet. - Ik heb een ander nodig om een balans te vinden tussen prikkels en rust. Actieve variant: Gericht op 'kleine'groep en 'kleine bijdrage aan huishouden' Passieve variant: Meer nadruk op individuele activiteiten en prikkel-dosering. <i>Ik mag...</i> <i>me terugtrekken</i> <i>Ik moet...</i> <i>mij houden aan de afgesproken structuur</i>	- Ik wil vooral rust. - Ik vind drukke om mij heen niet prettig want dat maakt me angstig of boos. - Soms zit ik met mijn ogen gesloten in mijn eigen wereld. - Ik geniet van contact als anderen mij dat aanreiken en de sfeer rustig is. - Activiteiten die mijn zintuigen prikkelen vind ik prettig. Rust en veiligheid zijn voor mij belangrijk. - Ik word onzeker bij confrontatie met mijn onvermogen. - Als je rekening houdt met mijn wereld en de dingen overneemt die ik niet meer kan of weet voel ik me prettig. - Het liefst blijf ik veilig op de afdeling. <i>Ik mag...</i> <i>gewoon op de afdeling blijven als ik me daar het beste voel</i> <i>Ik moet...</i> <i>niet zo heel veel</i>	- Ik kan mijn eigen gedrag moeilijk sturen of onder controle houden. - Ik heb structuur en begrenzing nodig om het niet uit de hand te laten lopen. - Ik gedraag me door mijn ziekte wisselend. - Door mijn gedrag raak ik snel in conflict met mijn omgeving. Hierin heb ik begrenzing nodig. - Ik ben gericht op mezelf. - Ik kan niet of nauwelijks rekening houden met een ander. Daardoor ga ik geregeld andermans grenzen over. - Door mijn gedrag ben ik een individualist en geen groepsmens. - Door mijn gedrag kan ik moeilijk deelnemen aan activiteiten in groepsverband. - Ik geniet van individueel contact en activiteiten, maar wel als je rekening houdt met mijn gedrag. <i>Ik mag...</i> <i>dingen voor mezelf doen</i> <i>Ik moet...</i> <i>me laten begrenzen als het uit de hand loopt</i>

	Stimulerend	Structurerend	Beschermend	Begrenzend
Houding verzorgenden	- Ik stimuleer de cliënt om te doen wat ze zelf kunnen. - Ik maak samen met de cliënt en de groep afspraken over activiteiten en regels op de afdeling. - Ik ondersteun de cliënt in het contact met familie en binnen de groep. - Daar waar gevraagd of nodig Ik help de cliënt activiteiten en contacten buiten de afdeling te onderhouden.	- Ik stimuleer de cliënt waar mogelijk, maar neem over waar nodig. - Ik sluit aan bij de belevingswereld van de cliënt. - Ik zorg voor duidelijkheid en structuur als de cliënt chaotisch is in denken en doen. - Ik vermijd confrontatie met onvermogen. - Ik zorg voor balans tussen rust en prikkels / activiteiten	- Ik neem over en stimuleer alleen als de cliënt daar geen hinder van heeft. - Ik bescherm de cliënt tegen teveel drukte. - Ik bescherm de cliënt tegen negatieve contacten. - Ik ondersteun in contact maken met anderen. - Ik creëer een rustige sfeer voor de cliënten in de huiskamer.	- Ik begrens probleemgedrag om escalaties te voorkomen. - Ik structureer voortdurend gedrag en activiteiten. - Ik bied 1 op 1 contact en activiteiten. - Ik accepteer de cliënt en zijn gedrag zoals die is, zolang dit geen schade oplevert voor hemzelf of anderen.
Doelstelling	Behoud van identiteit en eigenwaarde door: - In stand houden of verbeteren sociale vaardigheden en zelfredzaamheid - Voorkomen passiviteit - Deel uit maken van een groep	Behoud van identiteit en eigenwaarde door: - Voorkomen sociaal isolement - Bieden van een eenduidige structuur in de omgeving - Tolerantie	Behoud van identiteit en eigenwaarde door: - Overnemen van zorg - Creëren van veiligheid en warmte - Creëren van contact	Behoud van identiteit en eigenwaarde door: - voorkomen sociaal isolement - voorkomen escalaties - begrenzen probleemgedrag
Kern-begrippen algemeen	Zelf doen Samen Groep Maatschappij / normaal Doen Prikkels uitdagen	Balans tussen rust en prikkels, mogen en moeten, actief-passief, zelf-overnemen, groep-individueel Prikkels doseren Zorgen voor structuur: bieden in gedrag, handelen, denken, omgeving en tijd	Beschermen / tegen: te veel prikkels, confrontatie Zorgen voor: warmte, veiligheid, communicatie, contact Toedekken / mogen Kwetsbaar Individueel / klein Sfeer / primair activeren	Begrenzen probleemgedrag Voorkomen toename probleemgedrag Tolerantie voor probleemgedrag Individueel Moeten
Kern-begrippen benadering	Realiteitsoriëntatie, stimuleren, regels in overleg met cliënten, verdeling taken en verantwoordelijkheden, aanspreken op taken / verantwoordelijkheden, herkenbare dag- en weekstructuur, onderscheid actieve tijd en vrije tijd en tijd samen en alleen.	Balans rust en activiteit, prikkels reduceren, structureren, overzichtelijk herkenbaar, bijsturen. Balans tussen actieve en passieve activiteiten, herkenbaar dagritme. Empathisch directief benaderen.	Validerend, passiviteiten van het dagelijks leven zijn uitgangspunt in de zorg, interactie zit in zorgtaken Verzorgend, beschermend, tolerant en acceptierend, meegaan in beleving, volgend.	Empathisch directief benaderen, begrenzen. Positieve bekrachtiging en bevestiging. Regels handhaven en consequent toezien op naleving hiervan. Medewerkers hebben nadrukkelijk de leiding. Cliënt krijgt feedback over gedrag en krijgt informatie over gedrag en emoties van anderen.
Kern activiteiten-aanbod	Huishoudelijke activiteiten Maatschappelijke activiteiten Groepsactiviteiten (naar keuze cliënten)	Activiteiten aanbieden, aansluitend bij beleving dat moment. Veelal individuele activiteiten of kleine huiskameractiviteiten.	Primair activeren, sfeeractiviteiten, passieve deelname, activiteiten in de huiskamer, consumptieve activiteiten.	Activiteiten veelal individueel of kleinschalig afgestemd op persoonlijke wensen en gewoonten. Expressieve activiteiten.

4. Bijlage 4.

Werkdocument 2: Leefmilieus in de praktijk; domeinen

	Leefmilieu			
Zorg-Domeinen ZorgLeef-plan	Stimulerend	Structurerend	Beschermend	Begrenzend
Lichamelijk wel-bevinden	- Stimuleren tot zelfredzaamheid - Zoveel als mogelijk eigen regie ten aanzien van lichamelijke verzorging. - Samen bijdrage leveren aan het maken van maaltijden en tussendoortjes. - Gezond gedrag stimuleren bijvoorbeeld door aanbieden en stimuleren van sport , buiten zijn en buiten activiteiten. <i>Bijvoorbeeld roken: Eigen regie, waar nodig advies</i>	Balans tussen overnemen en zelf doen Stimuleren gezonde gewoontes (bijvoorbeeld wandelen), beperken ongezonde gewoontes door structureren. - Maaltijden vinden plaats in de huiskamer of op eigen kamer. <i>Bijvoorbeeld roken: Roken is gestructureerd bijvoorbeeld aantal keer per uur of een pakje per dag</i>	Ondersteunen bij maaltijden - Maaltijden vinden waar mogelijk in de kleine groep plaats - Zorgen voor veiligheid <i>Bijvoorbeeld roken: Roken mag, waar nodig wordt ondersteund om het veilig te houden.</i>	- Balans tussen overnemen en zelf doen Eten en drinken begrenzen en beperkte hoeveelheden aanbieden waar nodig. - Maaltijden aan eigen tafel in huiskamer of op eigen kamer. <i>Bijvoorbeeld roken: Roken wordt begrensd en gestructureerd door vaste afspraken.</i>
Mentaal wel-bevinden	- Stimuleren gezonde leefgewoonten voort te zetten - Stimuleren zich nuttig te maken, zinvol bezig te zijn (haalbare taken en activiteiten) - Stimuleren sociale contacten aan te gaan en te onderhouden	Balans vinden tussen ongezond gedrag en gezond gedrag. - Helpen zinvol bezig te zijn (naar vermogen) - Ondersteunen bij het aangaan van sociaal contact (basis).	- Zorgen voor veiligheid en geborgenheid in de huiskamer of op eigen kamer - Beschermen tegen negatieve interacties en storende omgevingsprikkels Individueel contact aanbieden	- Bieden van structuur en begrenzing met behoud van eigen regie - Voorkomen sociaal isolement Individueel contact aanbieden

	Stimulerend	Structurerend	Beschermend	Begrenzend
Woon- en leef-omgeving	• Verbinding met maatschappij • Prikkel • Uitdagend • Inrichting omgeving is duidelijk; hulp bij oriëntatie, stimulerend, planbord Aandachtspunten voor inrichting; • Planbord: taakverdeling, dagstructuur en activiteitenprogramma • Oriëntatie (klok, kalender) • Kleuren mogen prikkelend en stimulerend zijn • Gebruik van patronen geen probleem • Meubels met een actieve zit. • 1 of twee grote tafels	• Prikkel doseren • Zorgen voor balans • Planbord voor basis dagstructuur Aandachtspunten voor inrichting; • Planbord: taakverdeling, (basis)dagstructuur of activiteiten. • Individueel structuurplan. • Oriëntatie punten (klok, pictogrammen en labels) • Gebruik van rustige kleuren. • Meubels met een actieve zit. • 1 of 2 persoonstafels	• Rustige omgeving • Huiselijkheid, sfeer, warmte en gezelligheid. Aandachtspunten voor inrichting; • Kleine ruimte\ sfeerverlichting • Huiskamer die rustig gelegen is • Kleine groepsgrootte (< 10 cliënten) • Muziek / Tv (bv rustige muziek, muziek dvd) • Gebruik rustgevende kleuren • Zo min mogelijk patronen in bekleding en behang • Meubels met een zachte uitstraling en een relaxte zit • 2 of 4 persoonstafels	• Veel persoonlijke ruimte • Eigen kamer • Prikkel doseren Aandachtspunten voor inrichting; • Relatief grote huiskamer • Huiskamer die rustig gelegen is • Kleine groepsgrootte (<10 cliënten) • Gebruik van kasten in de ruimte om verschillende hoeken te creëren • Gebruik rustgevende kleuren • Hoeveelheid meubels beperken • Strakke rustige inrichting • 1 persoonstafels
Participatie / zelfredzaamheid	• Huiskameroverleg met bewoners • Groepsactiviteiten • Individueel activiteitenprogramma met doel tot resocialisatie / recreatie • Gezamenlijk verantwoordelijk voor 'huishouden' (naar vermogen) • Familie is nadrukkelijk welkom en wordt zoveel al mogelijk betrokken bij gang van zaken in de groep • Maatschappelijk gerichte activiteiten Voorbeelden van activiteiten en taken: • Vaste dagstructuur • Activiteiten worden door cliënt zelf ingepland, met begeleiding waar nodig. • Vaste huishoudelijke taken zijn verplicht (naar vermogen). • Huiskamerregels (bijvoorbeeld altijd in de huiskamer eten)	• Individuele afspraken • Groepsactiviteiten • Individueel activiteitenprogramma met als doel daginvulling • (Kleine) bijdrage leveren aan huishouden, bepaald naar individuele mogelijkheden • Activiteiten kunnen zowel binnen als buitenshuis plaatsvinden • Evenwicht tussen onder en over stimulatie Voorbeelden van activiteiten en taken: • Vaste dagstructuur • Daginvulling aan de hand van activiteiten. • Basis bijdrage aan huishoudelijke activiteiten (bijvoorbeeld eigen bord opruimen na het eten)	• Activiteiten gericht op sfeer en primair activeren • Individueel of kleine groepen • Zelfredzaamheid alleen daar waar dit geen angst of energieverlies oplevert • Activiteiten zijn gericht op de huiskamer c.q. afdeling. Voorbeelden van activiteiten en taken: • Taken alleen individueel bepaald en naar mogelijkheden • Daginvulling aan de hand van activiteiten veelal in de huiskamer. • Aandacht voor rustmomenten	• Activiteiten worden individueel of in kleine groepen aangeboden. • Activiteiten kunnen zowel binnen als buitenshuis plaatsvinden (mits er geen gevaar is voor cliënt of anderen) • Activiteiten moeten aansluiten bij restcapaciteiten, zodat er successen behaal kunnen worden • Evenwicht tussen onder en over stimulatie Voorbeelden van activiteiten en taken: • Bewegingsactiviteiten • Individuele activiteiten zoals tuinieren of gebonden aan maaltijden
Competenties medewerkers	• Creativiteit • Onderhandelen • Stressbestendig • Overtuigingskracht	• Creativiteit • Sensitief • Directief	• Sensitief • Creatief • Inleving • Betrokkenheid	• Stressbestendig • Durf • Creativiteit • Directief
Algemene kenmerken medewerker	• Begeleiding met handen op de rug • Groepsgericht • Gestructureerd • Durf	• Observeren • Aanpassingsvermogen (rust prikkel) • Gericht op kleine groepen • Gestructureerd	• Zorgend/ toedekkend • Rustig • Huiskamer gericht	• Empathisch directief • Observeren • Gericht op individu • Consequent

5.

Bijlage 5.

Checklist voor plaatsing van cliënten in een sociotherapeutisch leefmilieu

Doel van de checklist

Dit schema is bedoeld als middel om te bepalen in welk leefmilieu een cliënt het best past.

Indicatie

- Vóór de opname van de cliënt (consulent).
- Als voorbereiding op ieder MDO (halfjaarlijks) om te bepalen of de cliënt nog steeds past binnen het gekozen leefmilieu (contactverzorgende).
- Indien er sprake is van aanhoudende verandering in de behoefte en hulpvraag van de cliënt waarbij er tussentijds opnieuw geëvalueerd moet worden of het leefmilieu nog passend is.
- Als onderdeel van de implementatie of (her)evaluatie van leefmilieus waarbij er geïnventariseerd moet worden welke leefmilieus wenselijk zijn op een afdeling en het indelen van de cliënten in het juiste leefmilieu.

Instructie

- Bekijk de beschreven kenmerken binnen de leefmilieus (bovenste twee rijen)
- Kruis in de rij 'Profiel behoeften cliënt' per kenmerk aan welk van de 2 of 3 keuzes het meest dominant aanwezig is bij de cliënt op dat moment.
- Vergelijk het 'Profiel van de cliënt' met de onderstaande 'Profielen per leefmilieu'. Het leefmilieu met de meeste overeenkomst (tel de kruisjes) is het meest passend bij de behoeften van de cliënt.

Checklist voor plaatsing van cliënten in een sociotherapeutisch leefmilieu

Naam cliënt : _____ Datum : _____ Ingevuld door : _____
 Huidig leefmilieu : _____
 Leefmilieu keuze volgens checklist : _____

KENMERKEN BINNEN DE LEEFMILIEUS	Sociaal		Prikkelers			Houding cliënt		Gericht op		Benadering medewerkers (1)		Benadering medewerkers (2)		
	Groep	Individueel	Veel	Wisselend	Weinig	Actief / nuttig willen zijn	Passief	Maatschappij	Afdeling	Zelfstandigheid prikkelers	Ondersteunen/ Overnemen	Uitdagen	Beschermen	Structuur bieden/ Begrenzen
PROFIEL BEHOEFTE CLIËNT (aankruisen)														
PROFIEL PER LEEFMILIEU (onder)														
Stimulerend	x		x			x		x		x		x		
Structurend Actief	x	x		x		x		x		x		x		x
Structurend Passief		x		x			x	x	x		x		x	
Beschermend	x	x			x		x		x		x		x	
Begrenzend		x			x		x		x		x			x

6. Bijlage 5. Afkortingenlijst

A

AB = Activiteitenbegeleiding
ADL = Algemene Dagelijkse
Levensverrichtingen
AWBZ = Algemene Wet Bijzonder
Ziektekosten

B

BDL = Bijzondere Dagelijkse
Levensverrichtingen
BOPZ = Bijzondere Opnemingen in
Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet)

C

CIZ = Centrum Indicatiestelling Zorg
CV = Contactverzorgende
CZD = Consulent Zorg- en
Dienstverlening

G

GGZ = Geestelijke Gezondheidszorg

M

M&M = Middelen en Maatregelen
MDO = Multidisciplinair Overleg
MIC = Melding Incidenten Cliënten
MS = Multiple Sclerose

N

NAH = Niet Aangeboren Hersenletsel

P

PG = Psychogeriatric

S

S.o.g. = Specialist ouderengeneeskunde

V

V&V = Verpleging en Verzorging
VVT = Verpleeg- en Verzorgingshuizen en
Thuiszorg

Z

ZZP = Zorgzwaartepakket

7. Bijlage 6. Literatuurlijst

Actiz (2005). *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg*. Utrecht.

Bloemendal (1990). *Thuis in het Verpleeghuis*.

Geelen, R. (2005). *Is het traditionele verpleeghuis Passé?*. Denkbeeld.

Helmond, M. (2000). *Leefmilieus binnen de zorgaanbieder organische psychiatrie (ZOP)*. GGZ Eindhoven

Janzing, C en Kerstens, J (2009). *Werken in een therapeutisch milieu*. Bohn Stafleu van Loghum.

Luijten, J. (1981). *Sociotherapie in een pg-verpleeghuis: ijdele hoop of hopeloze ijdelheid*. Tijdschrift voor psychiatrie 23, 1981/5.

Smulders, T. (2005). *Leefmilieus binnen de Landrijt*. LE 06.07, KRS, Archipel locatie Landrijt, Eindhoven.

Stuurgroep Jong Dementerenden (2007). *Sociotherapeutische leefmilieus voor Jong dementerenden*. Uitgaven Buro Salari, Gouda.

Dommelhoef

Parklaan 97
5613 BC Eindhoven
t 040 261 01 11

Landrijt – locatie Orangerie

Castiliëlaan 15
5629 CH Eindhoven
t 040 244 85 00

kenniscentrum@archipelzorggroep.nl
www.archipelzorggroep.nl

het gevoel van samen

