

DE LIVE-STUDIE: EEN ACTIE-ONDERZOEK NAAR SOCIOTHERAPEUTISCHE LEEFMILIEUS IN VERPLEEGHUIZEN



Hanneke Noordam en Debby Gerritsen

Nijmegen, maart 2019

Projectgroep: prof. dr. D.L. Gerritsen¹, drs. M.J. Kokshoorn², prof. dr. R.T.C.M. Koopmans¹, dr. R. Leontjevas³, drs. J.M.H. Nijsten⁴, drs. H. Noordam¹

Werkgroep: A. van der Dussen, prof. dr. D.L. Gerritsen, drs. A. Matser⁴, drs. H. Noordam

- 1) Radboud universitair medisch centrum, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, UKON
- 2) Zorggroep Almere
- 3) Open Universiteit Nederland
- 4) Archipel Zorggroep

Financier: ZonMw, Memorabel ronde kennisvragen uit de praktijk

Contact:

Radboud universitair medisch centrum

Afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, UKON

Postadres: Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen (117 ELG/UKON)

Bezoekadres: Geert Grooteplein Noord 21 (route 106)

T 024 366 82 44

E [Debby Gerritsen](mailto:Debby.Gerritsen@ukon.nl)

W www.ukonnetwerk.nl/zorg

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave	I
1 Samenvatting	1
2 Inleiding	2
2.1 Achtergrond	2
2.2 Functieprogramma Sociotherapie	3
2.3 Actie-onderzoek	3
2.3.1 Introductie	4
2.3.2 Opzet actie-onderzoek LIVE	4
2.4 Setting en deelnemers	5
2.4.1 Setting onderzoek	5
2.4.2 Deelname van STLs	6
2.4.3 Werving en deelname van bewoners/mantelzorgers en medewerkers	7
2.5 Projectorganisatie	7
3 Literatuuronderzoek	8
3.1 Opzet	8
3.2 Resultaten	8
3.2.1 Resultaten inventarisatie praktijkdocumentatie	8
3.2.2 Resultaten literatuurstudie wetenschappelijke theorie en evidentie	10
3.3 Reflectie op conceptueel model en uitwisseling praktijkervaringen	11
4 Procesevaluatie actieonderzoek	12
4.1 Procesevaluatie 1	12
4.1.1 Methoden procesevaluatie 1	12
4.1.2 Resultaten procesevaluatie 1	14
4.1.3 Reflectie over resultaten procesevaluatie 1	18
4.2 Procesevaluatie 2	19
4.2.1 Methoden procesevaluatie 2	19
4.2.2 Resultaten procesevaluatie 2	19
4.2.3 Afsluitende reflectie over onderzoeksproject	21
5 Haalbaarheidsstudie	22
5.1 Opzet	22
5.1.1 Procedure dataverzameling en analyse	22

5.2 Resultaten	23
5.2.1 Inclusie van deelnemende STLs en deelnemers	23
5.2.2 Kenmerken van STLs, bewoners en medewerkers	23
5.2.3 Uitkomstmaten en vragenlijsten	24
5.2.4 Reflectie over uitkomstmaten	24
6 Ervaringen met actie-onderzoek	25
7 Conclusies en aanbevelingen	26
7.1 Conclusies	26
7.2 Aanbevelingen	27
8 Literatuur	29
Bijlage 1. Overzicht vier STLs in functieprogramma Archipel	31
Bijlage 2. Conceptueel model STLs	32
Bijlage 3. Themalijst procesevaluatie 1	33

1 SAMENVATTING

SocioTherapeutische Leefmilieus (STLs) zijn leefomgevingen die speciaal zijn afgestemd op behoeften en zorgvragen van groepen bewoners¹ in een verpleeghuis. Uitgangspunt is dat door de eigen accenten van elk leefmilieu (fysieke inrichting, uitvoering van activiteiten aanbod, wijze van persoonlijke benadering) het beste kan worden aangesloten bij de behoeften van bewoners en dat de kwaliteit van leven positief kan worden beïnvloed. Omdat STLs practice based zijn, is er een actie-onderzoek uitgevoerd naar de theoretische onderbouwing en verbetermogelijkheden van deze werkwijze. Er waren drie sub-studies: een literatuuronderzoek, een procesevaluatie en een haalbaarheidsstudie voor een eventuele effectstudie. Bewoners/mantelzorgers en medewerkers van twee verpleeghuizen die deelnamen aan het onderzoek zijn actief betrokken geweest bij de opzet en uitvoering van het onderzoek.

Uit het literatuuronderzoek bleek dat de *behoeften en zorgvragen* van de bewoner het uitgangspunt vormen in het werken met STLs. In de literatuur over STLs voor bewoners met dementie komen de volgende behoeften naar voren: structuur (waaronder het structureren van prikkels), veiligheid, autonomie, sociaal contact, zinvol bezig zijn en betrokkenheid van familie. Deze behoeften kunnen vervolgens vertaald worden naar *therapeutische doelen* voor de *sociale* en *fysieke* omgeving. Door het gericht inzetten van STL-elementen (inrichting, sfeer, comfort, huiselijkheid, activiteiten, dagritme, dynamiek in de groep, communicatie, persoonlijke benadering door zorgverlener) kan aan deze behoeften en doelen worden voldaan. De *organisatorische* omgeving faciliteert een geslaagde implementatie en borging van de STLs. De inzichten uit de literatuurstudie zijn verwerkt tot een conceptueel model van STLs voor mensen met dementie. De geïdentificeerde behoeften en gevonden methoden om deze eenduidig te inventariseren, kunnen, evenals de geïdentificeerde therapeutische doelen, worden geïntegreerd in het huidige functieprogramma van Archipel.

Uit de eerste fase van de procesevaluatie bleek dat mantelzorgers en medewerkers tevreden waren over de mate waarin het leefmilieu voldeed aan de behoeften van de bewoner over inrichting en comfort, geboden ritme en structuur, mogelijkheid voor de familie om te participeren en het in de benadering aansluiten op deze behoeften. Verbetermogelijkheden waren gelegen in het nader specificeren, per type STL, van het activiteiten aanbod, de sfeer en huiselijkheid, het naar STL-type plaatsen van bewoners en informatievoorziening en scholing voor allerlei betrokkenen. Een aantal van deze verbeterpunten werd opgepakt binnen het actieonderzoek. In de tweede fase van de procesevaluatie bleek dat dit leidde tot bewustwording bij medewerkers over STLs en dat er al verschillende veranderprocessen in gang waren gezet. Na afloop van het onderzoek is de implementatie van de verbeterpunten gecontinueerd.

STL blijkt een veelbelovende werkwijze voor de langdurige zorg. Belangrijke volgende stappen in de onderbouwing en implementatie van STLs zijn: 1) nadere concretisering van de behoeften van bewoners per STL en hoe deze eenduidig in kaart gebracht kunnen worden; en 2) nadere concretisering van het vertalen van deze behoeften naar therapeutische doelen en de operationalisatie daarvan in de fysieke, sociale en organisatorische omgeving. Daarbij dienen STLs flexibiliteit te bieden voor de veranderende behoeften van de bewoner. Tot slot is empirisch onderzoek wenselijk naar effecten van STLs op het welbevinden van bewoners en medewerkers. De haalbaarheidsstudie gaf specifieke suggesties voor de opzet, inclusie, te verzamelen procesinformatie en uitkomstmaten van een toekomstige effectstudie.

¹ Er zijn verschillende andere benamingen voor mensen die in een zorginstelling wonen, zoals bewoners en patiënten. Wij hebben gekozen voor de vooralsnog meest voorkomende: bewoners.

2 INLEIDING

2.1 Achtergrond

Dementie is een aandoening die een grote impact heeft op het leven van de persoon met dementie en die kan leiden tot een sterk ervaren verlies van kwaliteit van leven (1). Persoonsgericht bijdragen aan kwaliteit van leven is tegenwoordig een centraal doel in de dementiezorg, zoals ook blijkt uit de Zorgstandaard dementie en het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg (1, 2). In verschillende verpleeghuizen in Nederland wordt dit beoogd door het werken met Sociotherapeutische Leefmilieus.

Sociotherapie is een benadering waarin de omgeving wordt ingezet om bij te dragen aan de behandeldoelen van de bewoner. Het beroepsprofiel van sociotherapeuten hanteert de volgende definitie uit 1995: 'Sociotherapie is het methodisch hanteren van het leefmilieu van een groep bewoners, gericht op de behandeldoelen van deze groep - opgevat als middel om de behandeldoelen van de individuele bewoner te bereiken - binnen een functionele eenheid van doorgaans intramurale behandelsituaties' (www.sociotherapie.nl). Methodische hantering is het op een doelbewuste en planmatige wijze gebruik maken van het leefmilieu. Het leefmilieu, de dagelijkse leefomgeving van de bewoner binnen het klinisch systeem, wordt opgevat als behandelinstrument. De sociotherapie vindt zijn oorsprong in de psychiatrie en is als milieutherapeutische stroming in Nederland vormgegeven door Carp en diens leerling Jongerius (3, 4). Begin jaren tachtig was er voor het eerst aandacht voor toepassingsmogelijkheden van sociotherapie in de zorg voor mensen met dementie (5).

Een concrete toepassing van sociotherapeutische leefmilieus (STLs) binnen de dementiezorg werd in 2007 gepubliceerd door de stuurgroep voor jonge mensen met dementie (6-8). Naast deze focus op jonge mensen met dementie werd ook mogelijke toepassing bij andere doelgroepen beschreven, bijvoorbeeld jongere en oudere bewoners met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), Korsakov, en op dagbehandeling (6). Archipel publiceerde in 2012 het functieprogramma Sociotherapeutische Leefmilieus (zie paragraaf 2.2) dat voor verschillende doelgroepen is ontwikkeld en geïmplementeerd (9). Deze twee toepassingen zijn inmiddels door een aantal andere verpleeghuizen in Nederland geïmplementeerd.

Omdat momenteel meerdere verpleeghuizen in Nederland werken met STLs en dit doen vanuit een practice based perspectief, is op initiatief van Archipel een wetenschappelijke evaluatie van STLs opgezet met aandacht voor een nadere theoretische onderbouwing van het concept. In de periode maart 2017-december 2018 heeft het UKON daarom samen met Archipel, Zorggroep Almere en de Open Universiteit een onderzoek uitgevoerd naar STLs voor bewoners met dementie met financiering vanuit het ZonMw programma Memorabel. In dit LIVE-onderzoek (Leefmilieus In Verpleeghuizen-onderzoek) stonden de volgende hoofdvragen centraal:

- 1) ***Welke uitgangspunten, elementen en implementatiestrategieën van STLs zijn te onderscheiden en wat is de theoretische onderbouwing hiervoor?***
- 2) ***Wat kan geoptimaliseerd worden aan de uitgangspunten, elementen en implementatiestrategieën van STLs?***
- 3) ***Hoe kan empirisch onderzoek naar de effecten van STLs opgezet worden?***

2.2 Het functieprogramma Sociotherapeutische Leefmilieus van Archipel

Zorgorganisatie Archipel heeft een functieprogramma ontwikkeld dat is geschreven voor medewerkers in de langdurige verpleeghuiszorg. Het geeft uitleg over het sociotherapeutisch leefmilieuconcept zoals dit toegepast kan worden binnen de verpleeg- en verzorgingshuissetting. Ook biedt het programma ondersteuning bij het implementeren en borgen van het leefmilieuconcept. De ondersteuning bestaat uit een implementatieplan, diverse werkdocumenten, een checklist voor plaatsing én verschillende trainingsmodules. Het doel van het functieprogramma is dat bewoners in een omgeving verblijven die hun kwaliteit van leven positief beïnvloedt. In verschillende STLs zijn de zorg, behandeling, begeleiding, dagbesteding én huisvesting op elkaar afgestemd naar wensen en behoeften van een groep bewoners.

Volgens het functieprogramma van Archipel wordt een groep bewoners samengesteld op basis van overeenkomstige behoeften en zorgvragen binnen vier kwaliteit-van-leven-domeinen: woon- en leefomgeving, sociale zelfredzaamheid, mentaal welbevinden en lichamelijk welbevinden (10). Door het inzetten van verschillende STLs kan zo goed mogelijk tegemoet worden gekomen aan de meest voorkomende variaties in deze behoeften. In het functieprogramma van Archipel zijn vier typen STLs gedefinieerd: 1. Sociogroep; 2. Balansgroep (met de varianten 'actief' en 'passief'); 3. Sfeergroep; 4. Bakengroep (zie **bijlage 1** voor de belangrijkste uitgangspunten per STL).

Deze vier leefmilieus zijn volgens het functieprogramma geen statische modellen maar geven een handvat voor het indelen van bewoners en het toepassen van de leefmilieus in de praktijk. Op het moment dat de behoeften en het STL niet meer op elkaar aansluiten, kan er worden besloten tot verhuizing, maar ook tot het opzetten van een nieuw STL, of tot aanpassing van een bestaand milieu aan de zich wijzigende behoeften en zorgvragen van aanwezige bewoners.

Binnen het functieprogramma worden de behoeften van de bewoner met een checklist in kaart gebracht. Mede op basis daarvan wordt bepaald bij welk leefmilieu de bewoner het best zou passen. Archipel hanteert onderstaande criteria:

- Sociale behoefte (veel/weinig);
- Prikkelbehoefte (veel/wisselend/weinig);
- Houding bewoner (actief & nuttig willen zijn/passief);
- Gericht op (maatschappij/afdeling);
- Gewenste persoonlijke benadering (zelfstandigheid prikkelen, ondersteunen/overnemen, uitdagen/beschermen, structuur bieden/begrenzen)

Medewerkers worden geselecteerd op basis van bestaande competenties of competenties die ze willen ontwikkelen. Zij zullen dus veelal werken binnen een leefmilieu waar zij de meeste aansluiting vinden in het contact met bewoners en in staat zijn de gevraagde benadering en begeleiding adequaat in te zetten.

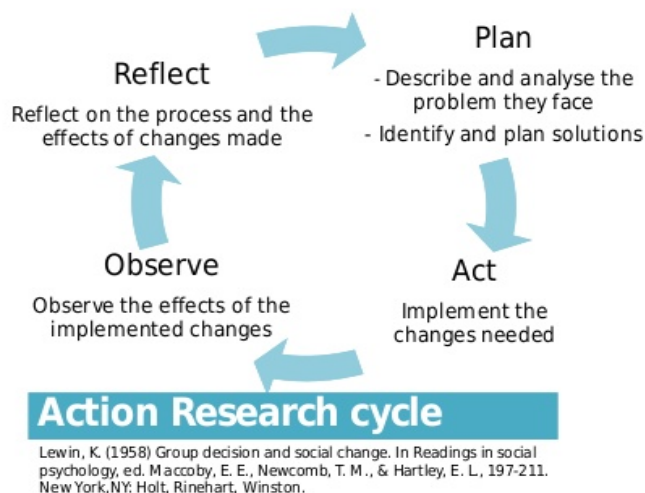
2.3 Actie-onderzoek, achtergrond en opzet

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen van LIVE is een actieonderzoek opgezet volgens de actie-onderzoekcyclus PLANNING-ACTIE-OBSERVATIE-REFLECTIE. Bewoners/mantelzorgers en medewerkers waren actief betrokken bij de opzet van het onderzoek en in elke fase van de uitvoering.

2.3.1 INTRODUCTIE ACTIEONDERZOEK

Actie-onderzoek is een benadering van onderzoek die zowel gericht is op verbetering van de dagelijkse praktijk als op het ontwikkelen van kennis omtrent die verbetering (11). De sociaal-psycholoog Lewin wordt gezien als grondlegger (12). Hij beschreef een cyclische aanpak van onderzoek waarbij betrokkenen participeren en die leidt tot verandering en ontwikkeling van kennis (13). Actieonderzoek is geen onderzoeksmethode, maar volgens Reason and Bradbury (14) 'A particular orientation and purpose of enquiry ... to inform and influence practice ... to involve, empower & improve aspects of participants' social world'. Als centrale kenmerken van actieonderzoek zijn te beschouwen (12, 15, 16):

- **Participatie:** Bij actieonderzoek werken onderzoekers en betrokkenen actief samen
- **Verbetering:** Onderzoekers en betrokkenen starten samen een veranderings- of verbeteringsproces
- **Empowerment** van betrokkenen uit de praktijk, door hoge participatiegraad en wederkerigheid in relatie betrokkenen en onderzoekers
- **Reflectie:** Reflecteren op de handeling en ervaring, binnen de context waarin deze plaatsvinden
- **Multi-methodisch:** Naast sociaal-wetenschappelijke onderzoeksmethoden en technieken worden methoden en technieken van communicatie, counsellen en groepswork gebruikt
- **Kennis** is vaak praktijkgericht, maar leidt ook tot kennisontwikkeling in de beroepscontext
- **Cyclisch:** Resultaten worden geëvalueerd en er vindt reflectie met betrokkenen plaats, om van daaruit een nieuwe cyclus te starten (zie figuur 1)



Figuur 1. Cyclus van actie-onderzoek gebaseerd op model van Kurt Lewin

2.3.2 OPZET ACTIE-ONDERZOEK LIVE

Omdat het werken met STLs een bestaande en reeds geïmplementeerde werkwijze is in de verpleeghuizen die aan LIVE deelnamen, bevond de zorgpraktijk zich bij het begin van de studie in de ACTIE-fase. Daarom is het onderzoek in cyclus 1 gestart in de OBSERVATIE-fase. Na de eerste uitgebreide OBSERVATIE- en REFLECTIE-fasen, is de cyclus vervolgens één keer volledig doorlopen.

Voor de beantwoording van **onderzoeksvraag 1** zijn de elementen van STLs en implementatie strategieën zoals nu aanwezig in de praktijk geïnventariseerd. Hiervoor zijn twee sub-studies uitgevoerd: een literatuuronderzoek en een procesevaluatie. Voor de beantwoording van **onderzoeksvraag 2** is, op basis van de uit de 2 sub-studies samengebrachte resultaten, bepaald of optimalisatie van de elementen en/of implementatiestrategieën kon plaatsvinden. Voor **onderzoeksvraag 3** is een haalbaarheidsstudie uitgevoerd met een eenmalige meting.

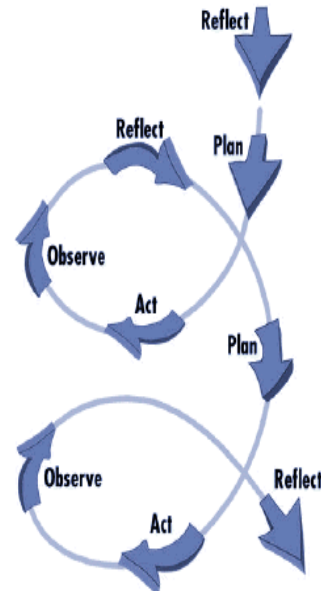
Hieronder staat een overzicht van de doorlopen stappen per cyclus en fase van het actie-onderzoek:

Cyclus 1:

- OBSERVATIE-fase
 - Literatuuronderzoek
 - Dataverzameling procesevaluatie deel 1: observaties, interviews, focusgroepen
- REFLECTIE-fase
 - Reflecteren op resultaten in bijeenkomsten
- PLAN-fase
 - Ontwikkelen van verbeterplan
- ACTIE-fase
 - Implementatie verbeterplan

Cyclus 2:

- OBSERVATIE-fase 2
 - Dataverzameling procesevaluatie deel 2: interviews
- REFLECTIE-fase 2
 - Reflecteren op resultaten in bijeenkomsten
- Opleveren factsheet en eindrapportage



2.4 Setting en deelnemers

2.4.1 SETTING ONDERZOEK

Twee verpleeghuizen van twee verschillende zorgorganisaties (Archipel en Zorggroep Almere) namen deel aan het onderzoek. In het verpleeghuis van Archipel (locatie 1) wordt sinds 2006 met STLs gewerkt. Het verpleeghuis van Zorggroep Almere (locatie 2) heeft in 2015 STLs geïmplementeerd aan de hand van het functieprogramma van Archipel.

Locatie 1 is een regionaal specialistisch behandel- en kenniscentrum voor gespecialiseerde verpleeghuiszorg en biedt zorg voor bewoners met complexe somatische en/of cognitieve problematiek (geïndiceerd vanaf ZZP 5). In het centrum kunnen cliënten terecht voor opname of dagbehandeling. De locatie is een in 2014 gerealiseerde nieuwbouw, waar mensen wonen met psychogeriatrische aandoeningen in combinatie met gerontopsychiatrische of neuropsychiatrische problematiek en mensen met ernstige lichamelijke gezondheidsproblemen. Bewoners wonen in groepen van maximaal negen personen. Het centrum werkt vanuit de visie 'cliënt in regie', waarbij de wensen en mogelijkheden van de bewoner bepalend zijn voor de geboden ondersteuning. STLs bestaan sinds 2006, naar aanleiding van de toegenomen vraag naar begeleiding en behandeling van speciale doelgroepen binnen het kenniscentrum. Er wordt gewerkt met zelfsturende teams.

Locatie 2 is een centrum voor verpleeghuiszorg voor bewoners met complexe somatische en/of cognitieve problematiek (geïndiceerd vanaf ZZP 5). Ook is er een geriatrisch expertisecentrum bestaande uit diverse behandelaren die onderdeel zijn van het multidisciplinair team. Het woonzorgcentrum bestaat uit tien woningen, met ieder 7-11 bewoners. Tevens is er dagbehandeling voor mensen met somatische en/of cognitieve problemen en is er een afdeling voor kortdurende crisisopname. Aanleiding voor implementatie van STLs was de behoefte aan een meer persoonsgerichte visie, het uitgangspunt dat

speciale doelgroepen een speciale benadering en behandeling vragen én een verbouwing in 2015. Naast de STLs zijn er twee kleurrijke leefmilieus (niet gebaseerd op functieprogramma Archipel) voor bewoners met een Surinaams-Antiliaanse achtergrond en voor bewoners afkomstig uit o.a. Marokko, Turkije en het Midden- Oosten. Er zijn geen zelfsturende teams.

N.B. Bij Zorggroep Almere hebben de leefmilieus een andere benaming, namelijk Uitnodigend (vgl. Sociogroep), Koesterend (vgl. Sfeergroep), Structurerend (vgl. Balansgroep) en Bekrachtigend (vgl. Bakengroep). Voor de leesbaarheid worden in dit rapport de oorspronkelijke benamingen gebruikt.

Tabel 1: Kenmerken deelnemende organisaties en aantal respondenten

	Locatie 1	Locatie 2
Type setting	Specialistisch behandel- en kenniscentrum	Specialistisch verpleeghuis
Doelgroepen	Psychogeriatric met ernstige gedragsproblemen, Gerontopsychiatrie, Niet Aangeboren Hersenletsel, ziekte van Huntington, Korsakov, complexe somatiek	Psychogeriatric, Gerontopsychiatrie, Niet Aangeboren Hersenletsel, Korsakov, complexe somatiek
STLs sinds	2006	2015
Type en benaming STLs	Sociogroep Sfeergroep Balansgroep (actief en passief type) Bakengroep	Uitnodigend (sociogroep) Koesterend (sfeergroep) Structurerend (balansgroep) Bekrachtigend (bakengroep)

2.4.2 WERVING EN DEELNAME VAN STLs

Locatie 1: In afstemming met het management en de betrokken psychologen is een aantal zelfsturende teams, die gezamenlijk de 4 typen STLs vertegenwoordigen, geselecteerd en uitgenodigd voor een informatiebijeenkomst over het onderzoek (zie **bijlage 1** voor een beschrijving van de STLs). Criterium voor deze eerste selectie was dat het merendeel van de bewoners gediagnosticeerd was met dementie. Na de bijeenkomst gaven 4 zelfsturende teams behorende bij 8 verschillende STLs (1 team bedient twee verschillende STLs), aan deel te willen nemen (zie tabel 2):

- sociogroep doelgroep JD (1 groep)
- sfeergroep doelgroep JD (1 groep)
- sfeergroep doelgroep PG+ (1 groep)
- bakengroep doelgroep PG+ (1 groep)
- balansgroep doelgroep PG (4 groepen, 1 groep balans actief en 3 groepen balans passief)

Locatie 2: Er zijn 3 STLs voor de doelgroep PG en hier is één team om heen gevormd. De locatiemanager heeft het team gevraagd om aan het onderzoek deel te nemen. In locatie 2 is er geen sociogroep specifiek voor mensen met dementie en ook wordt daar geen onderscheid gemaakt tussen balansgroep passief en actief. Dit heeft geleid tot deelname van 3 typen STLs aan het onderzoek (zie tabel 2):

- 1 sfeergroep ('koesterend' leefmilieu)
- 1 bakengroep ('bekrachtigend leefmilieu')
- 1 balansgroep ('structurerend' leefmilieu)

Voor deze teams is een kennismakings- en informatiebijeenkomst gehouden over het onderzoek.

2.4.3 WERVING EN DEELNAME VAN BEWONERS/MANTELZORGERS EN MEDEWERKERS

Bewoners/mantelzorgers: De wettelijk vertegenwoordigers van bewoners met een gediagnosticeerde vorm van dementie op de deelnemende STLs hebben een informatiebrief met informed consentformulier ontvangen en konden deze retourneren aan hun eigen contactpersoon van het leefmilieu.

In *locatie 1* zijn 36 wettelijk vertegenwoordigers benaderd, 21 gaven toestemming voor deelname. In *locatie 2* zijn 21 wettelijk vertegenwoordigers benaderd en gaven 13 toestemming (zie tabel 2).

Deelname medewerkers: Voor het werven van Contactverzorgenden (CV-ers, locatie 1) of Eerst Verantwoordelijk Verzorgenden (EVV-ers², locatie 2) en behandelaars van de deelnemende STLs aan de interviews en focusgroepen, is door de onderzoeker contact met hen gezocht. Deelname van behandelaars en CV-ers aan interviews en focusgroepen was op vrijwillige basis (zie tabel 2).

Tabel 2: Deelnemers LIVE-studie		
	Locatie 1	Locatie 2
Sociotherapeutische Leefmilieus (STLs)	8 STLs - Sfeer (2) - Baken (1) - Balans (actief (1), passief (3)) - Socio (1)	3 STLs - Koesterend (sfeer) - Bekrachtigend (baken) - Structuur (balans)
Teams	4 teams (1 per 2 STLs)	1 team (1 voor 3 STLs)
Aantal bewoners en mantelzorgers	21	13
Aantal medewerkers	22	12

2.5 Projectorganisatie

Bij actieonderzoek zijn alle partners betrokken bij zoveel mogelijk taken en medeverantwoordelijk voor de voortgang ervan. Bij LIVE waren het Radboudumc en de Open Universiteit eindverantwoordelijk voor dataverzameling, analyse en rapportage, Archipel en Zorggroep Almere voor de praktische uitvoering in de organisatie. De partners waren gezamenlijk verantwoordelijk voor kennisdisseminatie.

De projectorganisatie was als volgt ingericht:

- 1) De projectgroep bewaakte de inhoudelijke en procesmatige voortgang en bestond uit zes leden: een psycholoog van beide verpleeghuizen (lokale coördinator); drie onderzoekers van het Radboudumc waaronder de uitvoerend onderzoeker en projectleider, en een onderzoeker van de Open Universiteit;
- 2) De werkgroep voerde de dagelijkse werkzaamheden uit en bestond uit een ervaringsdeskundige mantelzorger, inhoudelijk expert vanuit Archipel en de uitvoerend onderzoeker en projectleider;
- 3) De lokale coördinatoren van beide verpleeghuizen participeerden in alle fasen van LIVE. Zij fungeerden als a) informatiebron over LIVE voor lokale betrokkenen bij STLs (lokaal vertegenwoordigd in een expertgroep of leefmilieu-overleg); b) mede-ontwikkelaars van het uitvoeringsplan; en c) coördinator en monitor van de lokale uitvoering.

² Voor de leesbaarheid gebruiken we in dit rapport de term CV-ers om ContactVerzorgenden en Eerst Verantwoordelijk Verzorgenden aan te duiden.

3 LITERATUURONDERZOEK

Het literatuuronderzoek bestond uit een inventarisatie van praktijkdocumentatie over STLs en een literatuurstudie naar wetenschappelijke theorie over en evidentie voor STLs.

3.1 Opzet

Praktijkdocumentatie:

- Er is online en met verschillende zoektermen gezocht naar praktijkinformatie (presentaties, rapporten, artikelen in vakbladen of andere media) over sociotherapie in het algemeen, op het gebied van dementiezorg en andere settingen. Ook is gezocht naar zorginstellingen buiten Nederland die werken met deze aanpak voor de doelgroep dementie.
- Tevens is er in april 2017 via email gevraagd om praktijkdocumenten over STLs aan deelnemers van het al bestaande besloten forum 'Sociotherapeutische leefmilieus' op de website van Archipel. Dit zijn medewerkers in zorgorganisaties die geïnteresseerd zijn in of werken met STLs. Vier zorgorganisaties hebben praktijkdocumenten gedeeld, waaronder ontwikkelde handboeken en zorgprogramma's.
- Het Europese onderzoekersnetwerk INTERDEM is in april 2017 geïnformeerd over de studie en verzocht om eventuele informatie of namen van experts rondom dit onderwerp te delen.

Wetenschappelijke literatuur:

Voor theoretische onderbouwing van de practice-based werkwijze STLs zijn uitgangspunten en elementen van sociotherapie in de zorg voor mensen met dementie geïdentificeerd in literatuur daarover en zijn deze vervolgens in relatie gebracht met uitgangspunten van de huidige leidende principes in de zorg: *persoonsgerichte zorg* als middel om *kwaliteit van leven* te ondersteunen.

In Pubmed, CINAHL en Psychinfo is een systematische literatuursearch uitgevoerd naar zowel theoretische als empirische publicaties over STLs voor mensen met dementie. Op basis van de referentielijst van de geselecteerde artikelen is met de sneeuwbalmethode verder gezocht. Tevens zijn relevante publicaties over zorgbehoeften van mensen met dementie, kwaliteit van leven en persoonsgerichte zorg bestudeerd. Voor uitgebreide informatie over de opzet en uitvoering van het literatuuronderzoek wordt verwezen naar een binnenkort te verschijnen Nederlandstalig artikel.

3.2 Resultaten

3.2.1 RESULTATEN INVENTARISATIE PRAKTIJKDOCUMENTATIE

De online search naar praktijkinformatie leverde op:

- Informatie over sociotherapie in het algemeen: informatie over sociotherapie als methodiek (bijvoorbeeld handboeken, gebruikt voor wetenschappelijke literatuurstudie) en over het beroepsprofiel van sociotherapeuten en verschillende settingen waarin zij werkzaam zijn.
- Informatie over sociotherapie in verpleeghuizen en specifiek voor mensen met dementie: Er is een publicatie gevonden van Mandy van Helden van Argos Zorggroep, over het werken met sociotherapie binnen de psychogeriatric (17). Van Helden heeft samen met geriater Ton Bakker ook een hoofdstuk over sociotherapie geschreven in een handboek voor medewerkers in de ouderenzorg (18). Dit hoofdstuk is meegenomen als onderdeel van de resultaten van de wetenschappelijke literatuurstudie, net als een aantal gevonden artikelen over sociotherapie in de zorg voor mensen met dementie.
- Informatie over sociotherapie in andere settingen: een rapportage over werkzame elementen van sociotherapie in de forensische zorg en sociotherapeutische projecten in ontwikkelingswerk.

Inventarisatie verpleeghuizen in Nederland:

Bestudering van de aangeleverde praktijkdocumentatie (inclusief de informatie van de twee aan het onderzoek deelnemende verpleeghuizen) leverde de volgende inzichten op:

- *Inhoudelijke uitgangspunten:* er is veel overlap tussen de uitgangspunten van de zes huizen, aangezien deze allen gebaseerd zijn op het document van de stuurgroep JD uit 2007 of het functieprogramma van Archipel. Qua zorgvisie noemen alle organisaties vraaggestuurde en/of belevingsgerichte zorg: de wensen en behoeften van mensen met dementie staan centraal. Ook onderscheiden de huizen in grote lijnen dezelfde typen STLs als benoemd in het functieprogramma van Archipel; sociogroep, sfeergroep, bakengroep en balansgroep.
- *Vier typen STLs:* in het functieprogramma van Archipel wordt een groep bewoners samengesteld op basis van overeenkomstige behoeften en zorgvragen binnen vier levensdomeinen: leefomgeving, participatie; mentaal en lichamelijk welbevinden en wordt met vier typen STLs gewerkt. De andere verpleeghuizen hanteren soortgelijke typen. Afhankelijk van de doelgroepen zijn er soms aanvullende STLs, zijn sommige accenten van STLs net anders, of kan de benaming van de STLs afwijken.
- *Differentiëren van bewoners:* het merendeel van de verpleeghuizen differentieert eerst naar diagnose en dan naar zorgbehoeften. Drie verpleeghuizen (waaronder de deelnemers aan het LIVE-onderzoek) hanteren een plaatsingslijst met criteria, waarbij gekeken wordt naar behoefte aan sociale interactie, regievoering, prikkels en structuur. Anderen maken een keuze op basis van uitgevraagde informatie bij aanmelding en/of kennismaking met bewoner en mantelzorger. Niet alle verpleeghuizen plannen een huisbezoek op basis waarvan een plaatsingsadvies volgt.
- *Selectie van medewerkers:* alle verpleeghuizen selecteren medewerkers naar competenties voor de verschillende STLs. Bij één van de verpleeghuizen zijn bij de implementatie van het concept de verschillende typen STLs nagebootst, zodat medewerkers konden ervaren bij welk leefmilieu ze zich het best op hun plek zouden voelen.
- *Open of meer gesloten STL:* vier van de zes verpleeghuizen hebben een meer 'open' model geïmplementeerd, waarbij bewoners zich gedurende de dag naar behoeven kunnen verplaatsen tussen STLs. Bij één verpleeghuis is de slaapkamer van bewoner bewust niet gekoppeld aan een specifiek leefmilieu, om een zo flexibel mogelijk concept te realiseren en er direct een nieuwe bewoner geplaatst kan worden als er een plek beschikbaar komt. Bij de andere drie verpleeghuizen is de slaapkamer wel gekoppeld aan het STL.
- *Informatievoorziening:* vier van de zes verpleeghuizen hebben informatiemateriaal ontwikkeld, zoals een folder of een leefmilieuwaaier, die bewoners en familie ontvangen bij aanmelding of bij huisbezoek. Eén verpleeghuis heeft infographics ontwikkeld.
- *Borging van STLs:* vijf van de zes verpleeghuizen hebben borgingstrategieën gedefinieerd, waaronder een STL-expertteam, een aandachtsfunctionaris per team, een leefmilieuoverleg, betrokkenheid van een kwaliteitsfunctionaris, coaching on the job, regelmatige evaluatie of audit over borging van het werken met STLs en het instellen van werkgroep(en) voor het uitvoeren van verbeterpunten.

Inventarisatie INTERDEM- netwerk/ binnen Europa:

De vraag om praktijkdocumentatie over het werken met sociotherapie in verpleeghuizen aan het INTERDEM-netwerk heeft geen relevante informatie opgeleverd. De ontvangen reacties betroffen voorbeelden van instellingen die werken met een sterk vraaggestuurde benadering (Denemarken en België) of informatie over onderzoek en richtlijnen voor het ontwerp en de inrichting van de fysieke leefomgeving (Zweden en Ierland).

3.2.2 RESULTATEN LITERATUURSTUDIE WETENSCHAPPELIJKE THEORIE EN EVIDENTIE

De literatuur over sociotherapie blijkt vooral te bestaan uit beschrijvende rapporten over specifieke programma's of algemene artikelen over de principes en voordelen ervan. Empirische studies zijn zeer schaars en van beperkte kwaliteit.

Uitgangspunten en elementen van sociotherapie in de zorg voor mensen met dementie in de literatuur

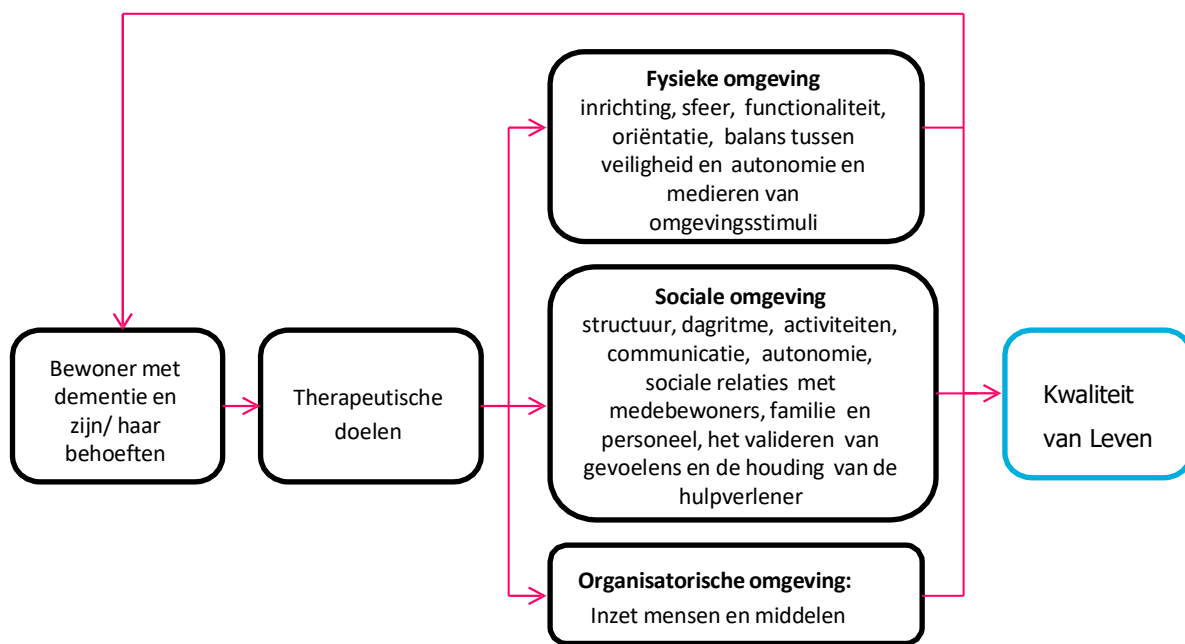
- Uit de literatuur over STLs voor bewoners met dementie komen de volgende behoeften naar voren: behoefte aan structuur (waaronder structureren van prikkels), veiligheid, autonomie, sociaal contact, zinvol bezig zijn en betrokkenheid van familie (5, 6, 18-20). Door verschillende typen STLs te realiseren kan tegemoet worden gekomen aan de meest voorkomende variaties in behoeften (4, 6)
- De behoeften van de bewoner kunnen vervolgens vertaald worden naar vereisten of '*therapeutische doelen*' voor de sociale en fysieke verblijfsomgeving (19, 21).
- Door het gericht inzetten van elementen uit de sociale en fysieke leefomgeving van het STL en van de organisatorische omgeving, wordt aan deze behoeften en doelen voldaan.
 - Elementen fysieke omgeving: inrichting, sfeer, functionaliteit, oriëntatie, balans tussen veiligheid en autonomie en het structureren/mediëren van omgevingsstimuli (18, 19, 22)
 - Elementen sociale omgeving: structuur, dagritme, activiteiten, communicatie, autonomie, sociale relaties met medebewoners, familie en personeel, het valideren van gevoelens en de houding van de hulpverlener (18, 23)
 - Organisatorische omgeving: bepalen van de visie voor wat betreft mensen (aantal stafleden en welke disciplines) en middelen (bijvoorbeeld vorm van huisvesting, therapieruimtes) (4, 24)
- De wisselwerking tussen de bewoner en deze elementen van het STL wordt hierbij bewust en therapeutisch ingezet. Voorwaarden hierbij zijn een eenduidige benadering vanuit het team en een goede communicatie tussen teamleden, familie en bewoners. Uiteindelijk doel is het optimaliseren van kwaliteit van leven van de bewoners (19, 21-23).

Deze resultaten hebben we, mede gebaseerd op de conceptuele modellen van Cohen en Weisman (21) en Morgan en Stewart (23), vertaald naar een conceptueel model van STLs in de zorg voor mensen met dementie (zie figuur 2; zie **bijlage 2** voor het model inclusief legenda).

Verhouding uitgangspunten en elementen STLs tot die van persoonsgerichte zorg en kwaliteit van leven

Conceptueel gezien heeft sociotherapie belangrijke raakvlakken met de person-centered care benadering van Kitwood (25). Vergelijking met de literatuur over persoonsgerichte zorg en KVL laat zien dat STLs lijken in te springen op relevante behoeften als het gaat om welbevinden en kwaliteit van leven. De vraag is wel in welke mate er ruimte is voor de psychologische behoefte 'gehechtheid' (25) bij de samenstelling van de leefgroepen, aangezien de focus bij differentiatie op problemen en aan zorg gerelateerde behoeften ligt. Een belangrijke bron van gehechtheid zijn medebewoners, maar in de huidige opzet van STLs kan een kleinere kans op deze gehechtheid bestaan, omdat niet zozeer op persoonlijke match en onderlinge dynamiek wordt gedifferentieerd.

Als de STL-literatuur wordt afgezet tegen de person-in-environment literatuur en daar beschreven modellen zoals die van Bronfenbrenner en Lawton (26) zijn er diverse overeenkomsten te vinden. In die modellen worden het individu en diens omgeving ook als een dynamisch, interactief systeem gezien. Ook hanteren beide de behoeften van de bewoner als vertrekpunt voor het afleiden van wensen voor de omgeving. Tevens wordt in een recente review gepleit voor het ontwerpen van verschillende ruimtes die variëren in niveaus van activiteit en types van stimulatie (19).



Figuur 2. Conceptueel model STLs voor mensen met dementie op basis van literatuuronderzoek

3.3 Beschouwing conceptueel model en uitwisseling praktijkervaringen

In april 2018 is een expertmeeting georganiseerd met 5 psychologen van de verschillende verpleeghuizen in Nederland die werken met STLs. Hier is gesproken over het bovengenoemde conceptuele model en zijn ervaringen uitgewisseld over de gehanteerde methodiek in de dagelijkse praktijk.

Beschouwing conceptueel model:

- Aanwezigen konden zich vinden in de uitgangspunten van het conceptuele model en de elementen van de fysieke en sociale omgeving zoals in de literatuur geschetst.
- Belangrijkste uitgangspunt STLs volgens deelnemers: behoeften bewoner zijn leidend, leefmilieus zijn faciliterend. Elementen van sociale en fysieke omgeving zijn middelen om aan behoeften te voldoen.
- Deelnemers benadrukten: iedereen heeft in meer of mindere mate behoefte aan deze elementen. Dit kun je per bewoner in kaart brengen en dan bepalen hoe het STL deze kan faciliteren.
- Deelnemers benadrukten: werken met STLs is een organisch proces. Je moet blijvend op behoeften bewoner in kunnen spelen. De kaders van de STLs staan vast, maar daarbinnen heb je als team de vrijheid om zelf het STL in te vullen op basis van behoeften van bewoner op dat moment.

Praktijkervaringen en tips:

- Hoewel de behoeften van de bewoner centraal staan bij STLs, kan informatie over *levensloop* van bewoners onderdeel zijn van inventarisatie huidige behoeften en zorgvragen.
- Het is wenselijk om de geïnventariseerde behoeften ook te *registeren* in het individueel zorgplan en hierin ook op te nemen hoe hier in het STL aan tegemoetgekomen kan worden.
- Er was discussie over vrijheid versus veiligheid, ook gerelateerd aan diagnose bewoners: kan een *meer open systeem* bij alle populaties en verstoort je met name de rust van sfeergroep niet te sterk? Vooral bewoners die begrenzing nodig hebben, kunnen deze verstoren.
- Er wordt een functionaris gemist tussen psycholoog en uitvoering op het leefmilieu (bijv. verpleegkundige, kwaliteitsfunctionaris, teamcoach), die doelen zoals gesteld in benaderingsplannen kan helpen vertalen in omgaan met onbegrepen gedrag en toepassing in STL.

4 PROCES-EVALUATIE ACTIEONDERZOEK

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van de procesevaluatie, opgezet volgens het model van Leontjevas en Gerritsen (27).

In de eerste procesevaluatie (OBSERVATIE fase 1) werden beoordeeld:

- A. De kwaliteit van het functieprogramma STLs: de onderdelen van een interventie; hoe deze vorm krijgen in het dagelijks leven; ervaren relevantie en toepasbaarheid daarvan; de tevredenheid van de verschillende gebruikers.
- B. Implementatie en randvoorwaardelijke factoren: geleverde en ontvangen componenten van het implementatieplan uit het bestaande functieprogramma STLs zoals ervaren door verschillende gebruikers; ervaren belemmerende en bevorderende factoren.

In de tweede procesevaluatie (OBSERVATIE fase 2) stond de evaluatie centraal van de aangepaste aanpak, nadat de actie-onderzoek fasen OBSERVATIE, REFLECTIE, PLAN en ACTIE waren doorlopen.

4.1 Procesevaluatie 1

4.1.1 METHODEN PROCES-EVALUATIE 1

Opzet Procesevaluatie 1

De kwaliteit van de interventie en de implementatiekennis, zoals genoemd in het model voor procesevaluatie, zijn geëxploreerd vanuit de verschillende perspectieven van de betrokkenen: bewoners, mantelzorgers, verzorgenden en behandelaars. De operationalisatie is gebaseerd op het bestaande STL-functieprogramma van Archipel (paragraaf 2.2) en aangevuld met relevante resultaten van de praktijkdocumentenstudie (paragraaf 3.2). De inhoudelijke thema's zijn vervolgens naar een interview format uitgewerkt voor resp. mantelzorgers, verzorgenden en behandelaars (zie themalijst in **bijlage 3**).

Procedure dataverzameling Procesevaluatie 1

Voor de procesevaluatie werden in de eerste OBSERVATIE-fase gegevens verzameld met a) observaties; b) semi-gestructureerde interviews; en c) focusgroepen. De dataverzameling is gestart met observaties door een onderzoeker op alle deelnemende STLs. Vervolgens zijn de semi-gestructureerde interviews afgenomen en hebben er vier focusgroepen plaatsgevonden.

a. Observatie:

- Meetinstrumenten: Er is gebruik gemaakt van drie verschillende observatielijsten: twee bestaande (de OAZIS-dementie (28) en de woonobservatielijst van van Beek (29)) en een zelf ontwikkelde semi-gestructureerde observatielijst op basis van de vier levensdomeinen aan de hand waarvan elk STL-type in het functieprogramma wordt beschreven (woon- en leefomgeving, sociale zelfredzaamheid/participatie, mentaal en lichamelijk welbevinden(10)).
- Procedure: de observatie door onderzoeker is door CV-ers gecommuniceerd in de teams. Ook is hen gevraagd een brief op te hangen om bewoners en mantelzorgers te informeren over de observatie.
- Onderzoeker heeft eenmalig bij de acht deelnemende STLs geobserveerd. De observatie vond steeds plaats op hetzelfde tijdstip (gedurende lunchtijd) en duurde 1,5 uur.

b. Semi-gestructureerde interviews:

Mantelzorgers:

- *Procedure Locatie 1:* er zijn 12 mantelzorgers benaderd voor deelname aan het interview, allen waren bereid tot deelname en met 5 mantelzorgers (één van elk (sub-)type STL) is een interview gepland. De betreffende bewoner was hier niet bij aanwezig, omdat dit volgens mantelzorgers te belastend zou zijn en/of omdat het volgens hen lastig was om met bewoner in gesprek te gaan, of omdat bewoner op dat moment met een activiteit bezig was.
- *Procedure locatie 2:* er zijn 8 mantelzorgers benaderd waarvan allen bereid waren tot deelname en met 3 mantelzorgers (één van elk type STL) is een interview gevoerd. Bij twee interviews was de bewoner ook aanwezig, waarvan één bewoner ook een aantal vragen zelf kon beantwoorden.

Behandelaars:

Op beide locaties zijn 2 behandelaars benaderd, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde, die alle 4 bereid waren tot deelname aan het interview. Ook zijn interviews gehouden met de doelgroep-coördinator, clientadviseur en teamcoach³.

Zorgmedewerkers:

- Op locatie 1 zijn 10 CV-ers van de vier teams benaderd met verzoek om deelname. Allen waren bereid tot deelname. Er is uiteindelijk met 5 CV-ers gesproken (van elk type STL één).
- In locatie 2 zijn de 3 CV-ers van de betreffende STLs benaderd, allen waren bereid tot deelname.

c. Focusgroepen:

Mantelzorgers:

- *Procedure locatie 1:* Er zijn 14 naasten (verdeeld over de 8 verschillende STLs) uitgenodigd voor deelname. Uiteindelijk is er een datum en tijdstip gevonden waarbij 6 naasten van 5 STLs gelijktijdig aanwezig konden zijn. Vlak van tevoren meldde 1 deelnemer zich af, en op de dag zelf waren er helaas 2 personen verhinderd door respectievelijk ziekte en een werkafpraak.
- *Procedure locatie 2:* Er zijn 10 naasten van 3 deelnemende STLs benaderd voor deelname. 8 waren bereid tot deelname, waarvan 3 niet op de geplande datum aanwezig konden zijn.

Verzorgenden:

- *Procedure locatie 1:* in totaal zijn er 10 CV-ers uitgenodigd (2 per (sub-)type STL). Vijf CV-ers en verzorgenden van de 5 typen STLs hebben aan de focusgroep deelgenomen.
- *Procedure locatie 2:* aan de 3 CV-ers van de 3 STLs is gevraagd of er 6-9 medewerkers aan het groepsgesprek konden deelnemen. De planner van de locatie heeft de focusgroep georganiseerd, waaraan 1 CV-er, 1 verpleegkundige, 1 verzorgende en 1 gastvrouw hebben deelgenomen.

Data-analyse Procesevaluatie 1

Als eerste zijn de observaties en interviews geanalyseerd. Er is een deductieve thematische analyse uitgevoerd op basis van de themalijst procesevaluatie die de onderbouwing vormde voor de vragen in de interviews en focusgroepen (**bijlage 3**), aangevuld met open codering (nieuwe thema's die naar voren kwamen). Omdat de twee bestaande observatielijsten tijdens de observatie niet voldoende specifiek bleken om de elementen van de sociale en fysieke omgeving gericht in kaart te brengen, is besloten om alleen de zelf ontwikkelde semi-gestructureerde observatielijst te analyseren. De resultaten van beide analyses zijn vervolgens voorgelegd aan de werkgroep en projectgroep. Daar is door consensus bepaald welke aspecten van de vraagstelling nog verdere uitdieping behoeften in de focusgroepen. Daarna is het

³ Doelgroep-coördinator coördineert doelgroepenbeleid; cliëntadviseur adviseert cliënten en mantelzorger over het persoonlijke en best passende zorg-woon pakket; teamcoach faciliteert en ondersteunt teams bij het proces naar zelfsturend werken en het realiseren en verbeteren van gewenste teamresultaten

gespreksprotocol van de focusgroepen voor verzorgenden en mantelzorgers opgesteld. Vervolgens zijn ook de resultaten van de focusgroepen geanalyseerd volgens de principes van de thematische analyse. Tot slot zijn de resultaten van de analyse beschreven aan de hand van het model voor procesevaluatie. De resultaten van de drie methoden werden als input gebruikt voor REFLECTIE fase 1.

4.1.2 RESULTATEN PROCES-EVALUATIE 1

A. Kwaliteit van de interventie

Uitgangspunten en elementen van STLs volgens respondenten

Respondenten maakten een onderscheid tussen aspecten van de fysieke omgeving, de sociale omgeving en organisatorische zaken die nodig zijn om STLs te realiseren en borgen. Zij noemden onderstaande algemene uitgangspunten van STLs. Tabel 3 bevat door hen genoemde specifieke elementen van STLs.

Algemene uitgangspunten

- De individuele behoeften van de bewoner staan centraal
- Door het realiseren van verschillende typen STLs, afgestemd naar zorgvragen en behoeften, wordt zo goed mogelijk voldaan aan de verschillende behoeften van verschillende bewoners
- De uitgangspunten van het STL komen terug in het individuele zorgplan van de bewoner
- Door bewust inzetten van de fysieke en sociale omgeving wordt kwaliteit van leven geoptimaliseerd

Tabel 3. Elementen van een STL volgens respondenten

Fysieke omgeving	Sociale omgeving	Organisatorische omgeving
Inrichting met aandacht voor functionaliteit, oriëntatie en comfort	Structuur en dagritme	STLs worden gerealiseerd naar overeenkomstige zorgvragen en behoeften
Loopruimte (binnen en buiten)	Activiteiten (individueel versus groeps-georiënteerd)	Op basis van behoeften-inventarisatie bewoner wordt een match gemaakt tussen zorgvraag en STL. Deze match wordt regelmatig in MDO geëvalueerd
Plaatsing van meubilair (individueel versus groeps-georiënteerd)	Dynamiek tussen bewoners	Goede communicatie tussen alle betrokkenen in het STL (bewoners, verzorgenden, behandelaars)
Sfeer (warm, levendig of rustig, afwisselend)	Betrokkenheid familie	Competenties van medewerkers passen bij type STL
Huiselijk, gezellig, aankleding, planten en bloemen	Therapeutische benadering door personeel	Implementatieplan met duidelijke aanpak, fasering en taakverdeling
Veiligheid en toezicht	Veiligheid (bewaken groeps-proces), herkenbaarheid, vertrouwen	Borgingsplan met diverse componenten: scholing, leefmilieu-overleg, expertteam

Zichtbaarheid van uitgangspunten en elementen STLs in de dagelijkse praktijk

Zichtbare elementen van STLs, zoals geobserveerd door de onderzoeker, betroffen inrichting van de omgeving/accenten per STL, activiteiten ten tijde van de observatie zoals participatie van bewoners in het huishouden, interactie tussen bewoners, benadering door personeel, en activiteiten op het leefmilieu. Ook is gekeken naar observeerbare zorgvragen vanuit bewoners. Elementen die minder goed zichtbaar bleken, en daardoor minder geschikt om aan de hand van observatie in kaart te brengen, waren structuur en aard van activiteiten buiten het leefmilieu en op de eigen kamer en hoe voldaan wordt aan behoeften voor het lichamelijk en mentaal welbevinden.

Tevredenheid van respondenten over de STL elementen

Over het algemeen waren **mantelzorgers** tevreden over de mate waarin de verschillende onderdelen van het STL voldeden aan de behoeften en zorgvragen van hun naaste:

Fysieke omgeving:

Mantelzorgers waren tevreden over de mate waarin de fysieke omgeving aansloot bij bestaande behoeften van hun naasten. Bijna alle mantelzorgers, met uitzondering van die van de sfeergroep, rapporteerden dat hun naaste behoefte had aan afwisseling van levendigheid en rust. Verder gaven alle mantelzorgers aan behoefte te hebben aan een rustige en warme sfeer voor hun naaste. Geen van de mantelzorgers (ook niet van de sociogroep) had behoefte aan prikkelende kleuren. Een mantelzorger van een bewoner in een bakengroep noemde het belang van het bewust creëren van hoeken in de huiskamer, waar bewoners een vaste plek hebben en elkaar minder snel in de weg zitten. Ook noemden mantelzorgers het belang van toezicht door personeel voor een gevoel van veiligheid bij bewoners:

'Hier zoek je iemand die fysiek aanwezig is, wat een rustpunt is, ook voor de bewoners. Waar je naar toe kan gaan, die het in de gaten houdt en triggers van mensen kent'

Sociale leefomgeving:

Mantelzorgers waren over het algemeen tevreden over de geboden structuur en dagritme; in de avond en weekenden waren deze echter soms minder. Men wilde graag meer activiteiten aanbod op het STL en/of mogelijkheden tot halen en brengen naar activiteiten elders in huis. Ze waren tevreden over de mate waarin familie kon participeren en grotendeels tevreden over het aansluiten van de benadering van het personeel op de behoeften van naaste.

"Qua omgeving is het rustiger geworden. Er zijn minder bewoners op het huisje, de rust die ik ook aantref. Minder drukte qua inrichting, maar ook zeker tussen de mensen. Verschil van type mensen bij elkaar ten opzichte van periode voordat er leefmilieus waren. Er zaten toen rond de 10, met verschillende karakters, en als dat bij elkaar komt, dat gaat botsen'. De situatie zoals deze nu is, daar ben ik blij mee".

Organisatorische omgeving:

Mantelzorgers gaven aan tevreden te zijn over de communicatie met CV-ers en behandelaars. Ze waren nog niet geheel tevreden over de informatievoorziening over STLs in de verschillende fasen van aanmelding tot plaatsing van bewoner. Men benoemde het belang van goed navragen door medewerker bij een mantelzorger of de informatie goed is opgenomen.

Volgens **medewerkers** hielp het werken met STLs hen om de zorg beter af te stemmen op de behoeften van de bewoners. Als een groep bewoners goed bij elkaar past en samenleeft, is er duidelijkheid en continuïteit voor zowel bewoners als medewerkers en is er daardoor meer rust op het STL. Ook gaven medewerkers aan het prettig te vinden om te werken op een STL waarin het type

bewoner en de gevraagde benadering aansluit bij hun voorkeuren en competenties. Medewerkers van beide locaties gaven aan het werken met STLs aan te bevelen aan andere verpleeghuizen, maar wel in combinatie met goede handvatten voor implementatie en borging, zoals het leefmilieu-overleg en regelmatige afstemming met betrokken behandelaars.

Contactverzorgende:

"Ik denk dat het zorg op maat bieden echt op een hoog niveau is hier, en dat we echt gegroeid zijn. Juist door STL wordt heel goed naar de bewoner gekeken. Wat zijn wensen, behoeften en wat kunnen we bieden. Hierdoor ook meer eigen regie".

Behandelaar:

"Bij onbegrepen gedrag heb ik de indruk dat verzorgenden daar sneller en adequater op kunnen inspelen".

B. Implementatiekennis

Verbeterpunten bij huidige uitvoering van STLs

Door **mantelzorgers** genoemde verbeterpunten waren:

- Fysieke omgeving: het creëren van meer sfeer, gezelligheid en levendigheid op het leefmilieu. Meer mogelijkheden voor bewegingsruimte binnen en buiten, bijvoorbeeld door inzet vrijwilligers (locatie 1). Meer sfeer, hoekjes en gezelligheid op de sfeergroep/het koesterend leefmilieu (locatie 2).
- Sociale omgeving: (een uitbreiding op) het activiteitenaanbod van het leefmilieu (beide locaties). Betere communicatie over halen en brengen naar activiteiten in het huis (beide locaties). Meer persoonlijke aandacht voor bewoners. Voldoende zichtbaarheid/ toezicht op leefmilieu, zodat tijdig kan worden ingespeeld op mogelijke irritaties tussen bewoners.
- Organisatorische omgeving: optimaliseren van de informatievoorziening over STLs in het proces van aanmelden en plaatsing, het nader verdiepen in de wensen, behoeften en achtergrond van naaste, het beter betrekken van mantelzorger in de keuze van het STL én de evaluatie hiervan. Een ander aandachtspunt is de continuïteit in personele bezetting, aan deze voorwaarde kan niet altijd worden voldaan door (tijdelijke) tekorten als gevolg van vacatures of ziekte.

Verbeterpunten die **medewerkers** noemden waren:

- Fysieke omgeving: het verbeteren van de sfeer en gezelligheid in de STLs en het nader uitwerken van doelen van de STL-types naar handvatten voor inrichting.
- Sociale omgeving:
 - Een nadere uitwerking van het activiteitenaanbod naar het type STL. Ook is meer familieparticipatie gewenst; dit kan door leefmilieustrainingen, bewonersbijeenkomsten, het inzetten van webapplicatie voor communicatie met familie (familienet) en gebruik van de 'leefmilieumap' in de woonkamer; een map met relevante informatie over het leefmilieu.
 - Bij het plaatsen van een nieuwe bewoner rekening houden met de groepsdynamiek: sommige bewoners kunnen wel matchen qua zorgbehoefte, maar kunnen niet goed met elkaar opschieten.
 - Bij de sfeergroep is een aandachtspunt dat bewoners een prikkelarme omgeving nodig hebben, maar onderling veel prikkels kunnen creëren.
- Organisatorische omgeving:
 - Optimaliseren van het proces van plaatsing: wachtlijst up to date, betrekken CV-er, groepsdynamiek als criterium voor plaatsing, sneller herplaatsing als bewoner niet goed past
 - Scholen en goed informeren van flex-krachten, zodat doelen en continuïteit van het STL zo optimaal mogelijk geborgd worden, ook in perioden van vakantie of tijdelijke tekorten.

- Optimaliseren van proces van plaatsing medewerker en blijvende evaluatie. Betrekken van Human Resources en begeleiden van zelfsturende teams bij evaluaties (locatie 1).
- Blijvend inzetten van borgingsinstrumenten (leefmilieu-overleg wordt bijgewoond door psycholoog, scholing en herscholing over STLs voor alle betrokkenen, ook vrijwilligers, familie).

Ervaren belemmerende en bevorderende factoren bij het werken met STLs

In de interviews en focusgroepen werden door medewerkers de volgende belemmerende en bevorderende factoren in het werken met leefmilieus gerapporteerd:

Belemmerende factoren:

- Wachtlijst niet up to date: belangrijk om regelmatig te kunnen checken of behoefte van bewoner nog klopt
- Lastig om STLs goed in stand te houden omdat lege bedden vanuit financieel oogpunt voorkomen moesten worden en omdat crisisgevallen plaatsing volgens de STL-werkwijze 'overrulen'.
- Bewoners kunnen matchen qua zorgvraag en behoeften, maar niet qua persoonlijkheid
- Sommige bewoners passen in geen enkel STL goed
- Verhuizing naar een ander STL is belastend voor bewoner en familie
- Als er twee verschillende STLs aan één team gekoppeld zijn (locatie 1)
- Niet voldoende scholing en informatievoorziening
- Tekorten, ziekte, personele wisselingen, waardoor verminderde continuïteit in benadering en gemaakte afspraken; vervaging van het STL.

Bevorderende factoren:

- Van begin af aan goed informeren van bewoner en familie over leefmilieus, proces van plaatsing en gang van zaken op het STL
- Goed proces van plaatsing, waaronder:
 - Goed wachtlijstbeheer
 - Aandacht voor persoonlijke klik tussen bewoners door nauwe betrokkenheid van CV-er bij plaatsing nieuwe bewoner en kennismaking met bewoners beoogd STL
 - CV-er gaat standaard mee op huisbezoek (locatie 1) of maakt kennis met nieuwe bewoner op afdeling voor kortdurend verblijf voorafgaand aan verhuizing naar STL (locatie 2)
- Alle medewerkers zijn goed op de hoogte van benaderingsplan van bewoner: meer continuïteit in benadering door personeel en daardoor van doelstellingen STL
- Continue aandacht voor match competenties medewerker en STL en borging daarvan in zelfsturende teams, betrokkenheid Human Resources voor ondersteuning of begeleiding
- Betrokkenheid alle disciplines bij het proces van implementatie en borging
- Visie STLs sluit goed aan op de visie van het verpleeghuis
- Gebruik van borgingsinstrumenten:
 - Scholing en herscholing
 - Levend houden uitgangspunten STL in team (aandachtsvelder)
 - Leefmilieumap door medewerkers en familie
 - Leefmilieu-overleg en casusbesprekingen
 - Interne audit
 - Inzet van het STL-expertteam (locatie 1)
 - Creëren draagvlak op alle niveaus (bewoners, bewonersraad, medewerkers, management)

4.1.3 BESCHOUWING RESULTATEN PROCES-EVALUATIE 1

De resultaten van Procesevaluatie 1 zijn met betrokken CV-ers, VIG-ers, behandelaars, mantelzorger(s), leden van de STL-expertgroep (locatie 1) of een kwaliteitsmedewerker (locatie 2) besproken in twee reflectiebijeenkomsten in beide verpleeghuizen (REFLECTIE fase 1). Er is gevraagd of aanwezigen zich herkenden in de gepresenteerde resultaten en deze zijn nader besproken vanuit het perspectief van de verschillende betrokkenen. Dit leidde tot verdere specificatie van, of meer context bij, enige resultaten.

Box: Korte weergave PLAN-fase 1 en ACTIE-fase 1

In de reflectiebijeenkomst is eveneens op basis van consensus een prioritering aangebracht in de verbeterpunten die uit de procesevaluatie naar voren waren gekomen: met welke verbeterpunten wilden de beide verpleeghuizen in 2018 aan de slag en welke werden voor 2019 geagendeerd?

In tabel 4 staan de geprioriteerde verbeterpunten, 'de top 5'.

Tabel 4: Prioritering verbeterpunten uit reflectiebijeenkomsten in beide locaties voor 2018

Locatie 1	Locatie 2
1. Optimaliseren informatie over STLs door herziening folder, tekst over STLs op website inclusief links naar overige info. Ontwikkeling van e-learning.	1. Aandacht voor match nieuwe bewoner met groep als onderdeel van proces plaatsing door kennismaking CV-er met bewoner op opname-afdeling en kennismaking bewoner op STL
2. Optimaliseren scholing STLs voor familie medewerkers, vrijwilligers door ontwikkeling e-learning voor verschillende gebruikers.	2. Optimaliseren toezicht personeel door de dag heen, voor borgen continuïteit doelen leefmilieu, door goede afstemming met inzet dagbesteding, gastvrouw, stagiaires, vrijwilligers
3. Vergroten familieparticipatie in STL door delen goede ervaringen tussen teams, organiseren familie/bewonersbijeenkomsten, optimaliseren inzet 'familienet'	3. Optimaliseren activiteiten aanbod op STL Zorg én dagbesteding creëren samen zinvolle dagbesteding. Dagbestedingscoach neemt deel aan training STL en sluit aan bij STL-overleg
4. Optimaliseren proces van plaatsing bewoner door verbeteren informatievoorziening familie, aanpassen plaatsingsformulier, overleg medewerkers over optimaliseren.	4. Zoveel mogelijk vaste krachten op STL voor borgen continuïteit doelen, CV-er staat al vast op STL. Ook zoveel mogelijk vaste inzet verzorgenden en helpenden
5. Leefmilieu-overleg borgen in zelfsturende teams. Alle teams nemen deel aan leefmilieu-overleg. Psychologen sluiten ook aan	5. Meer sfeer creëren in koesterend STL. Handvat voor vertalen doelen STL naar inrichting. Werken aan sfeer met behoud van veiligheid en hygiëne.

Bovenstaande top 5 is vervolgens in elk verpleeghuis uitgewerkt tot een verbeterplan. Hiertoe hebben in beide verpleeghuizen twee verbeterbijeenkomsten plaatsgevonden, waar onderzoeker samen met betrokkenen (medewerkers en mantelzorgers) per verbeterpunt tot een nadere uitwerking van acties, producten en tijdspad is gekomen. Tevens is gesproken over benodigde voorwaarden voor implementatie. In de periode van april 2018 tot einde project (december 2018) is gewerkt aan deze verbeterpunten. Onderzoeker en lokale contactpersonen onderhielden gedurende de actiefase regelmatig contact over het verloop van de implementatie en op welke onderdelen extra overleg, tijd of aandacht nodig was.

4.2 Procesevaluatie 2

4.2.1 METHODEN PROCESSEVALUATIE 2

Opzet Procesevaluatie 2

Drie maanden na de start van de verbeterplanfase zijn medewerkers geïnterviewd over het verloop van het LIVE-onderzoek en de ingezette implementatie van de geprioriteerde verbeterpunten. Waar in de eerste cyclus van het onderzoek een uitgebreide procesevaluatie heeft plaatsgevonden op basis van observatie, interviews en focusgroepen, lag in de procesevaluatie van de tweede cyclus het zwaartepunt bij gestructureerde interviews met verzorgenden en bijeenkomsten met mantelzorgers.

De thema's voor de interviews en bijeenkomsten zijn door de LIVE-werkgroep ontwikkeld op basis van de resultaten van de procesevaluatie cyclus 1 en bevatten vragen over de volgende 4 onderwerpen:

1. Persoonlijke factoren (attitude en acties van medewerkers);
2. Omgevingsfactoren (sociale en fysieke omgeving waarin bewoner en de medewerker zich bevinden);
3. Organisatiefactoren (implementatiestrategieën bv. scholing);
4. Eerste evaluatie van binnen LIVE al geïmplementeerde verbeterpunten

De werkgroep heeft de thema's vervolgens per respondentgroep uitgewerkt naar een gestructureerd interview-format voor medewerkers en een topic lijst voor de bijeenkomst met mantelzorgers. In het interview met de CV-ers zijn de vier bovengenoemde onderwerpen aan de orde gekomen. In de bijeenkomsten met mantelzorgers lag de focus op het vierde onderwerp.

Procedure dataverzameling Procesevaluatie 2

- Medewerkers: *Locatie 1*: van elk deelnemend team is bij 1 CV-er een gestructureerd interview afgenomen, dus 4 in totaal. *Locatie 2*: over elk deelnemend STL is een CV-er gesproken, 3 in totaal.
- Mantelzorgers: De nieuw ontwikkelde e-learning is geëvalueerd tijdens een maandelijkse bijeenkomst van de bewonersraad (locatie 1). Op locatie 2 is tijdens een leefmilieustraining voor familie, medewerkers en vrijwilligers gevraagd naar ervaren relevantie van de verbeterpunten uit het onderzoek en de ingezette acties.

Data-analyse Procesevaluatie 2

Er is een deductieve thematische analyse uitgevoerd van de gestructureerde interviews en de informatie uit de bijeenkomsten, aangevuld met open codering. Vervolgens zijn de resultaten in één document samengevoegd en beschreven. Deze beschrijving is bediscussieerd in de werkgroep en projectgroep.

4.2.2 RESULTATEN PROCESSEVALUATIE 2

1. Persoonlijke factoren (attitudes en acties):

Het merendeel van de medewerkers rapporteerde bewuster bezig te zijn met het vormgeven van de doelen van de STLs (in mindere mate bij twee STLs waar veel wisselingen in bewoners waren geweest). Het bewuster werken met STLs uitte zich bijvoorbeeld in:

- Nog beter aansluiten op behoeften bewoner, bewust werken met STL om hieraan tegemoet te komen, meenemen van collega's hierin
- Verhelderen van doelen STL voor team waar nodig, zodat deze beter bewaakt kunnen worden
- Bewuster bezig zijn met inrichting van leefmilieu naar STL-doelen
- Bewuster bezig zijn met faciliteren van groepsproces en passende benadering

2. Omgeving STLs:

Fysieke omgeving:

- Verschillende medewerkers gaven aan veranderingen aangebracht te hebben in de omgeving in lijn met de STL-doelen, onder andere in afstemming met de psycholoog, bijvoorbeeld een andere opzet van de eethoek waardoor meer bewoners aan tafel gingen eten. In een ander STL is samen met familie gewerkt aan het creëren van meer sfeer in de woonkamer en het betrekken van de buitenruimte hierbij.
- Medewerkers gaven aan graag met ontwerpers aan de slag te gaan om verdere vertaling van doelen van het STL naar de omgeving te realiseren.

Sociale omgeving:

- Meerdere medewerkers noemden een verandering als gevolg van de komst van nieuwe bewoners, waardoor weer naar nieuwe balans gezocht moest worden.
- Een aantal medewerkers gaf aan meer bewust bezig te zijn met activiteitenbegeleiding en hoe hier per STL gericht invulling aan te geven. Activiteitenbegeleiding was nu ook in het weekend beschikbaar.
- Er was meer aandacht voor benadering door team conform omgangsplan. Hier gaf men elkaar feedback over. Match van competenties van medewerkers met STL diende nog meer bespreekbaar te worden.

3. Organisatiefactoren: implementatie- en borgingsstrategieën

Medewerkers rapporteerden een aantal verbeterpunten waar op dat moment aan werd gewerkt:

- Breed overleg over optimaliseren van het proces van plaatsing en ontwikkelen nieuw plaatsingsformulier (locatie 1).
- Pilot over extra aandacht voor de match van een nieuwe bewoner met de groep (locatie 2).
- Meer aandacht voor continuïteit in personele bezetting.
- Verbeterde communicatie met andere disciplines (behandelaars, management) als gevolg van zelfsturing, hetgeen hielp bij het goed realiseren van het STL.
- Actief kennis ophalen bij andere STLs om daarvan te leren.

4. Evaluatie van al ingezette veranderingen

Ten tijde van de interviews was het merendeel van de geprioriteerde verbeterpunten nog in ontwikkeling, waardoor er door de medewerkers nog niet gereflecteerd kon worden op ervaringen en opbrengsten.

Wat betreft mantelzorgers is tijdens een overleg van de bewonersraad in locatie 1 gesproken over de geprioriteerde verbeterpunten uit het onderzoek en hebben de leden aangegeven graag mee te denken over de nieuwe flyer over STLs, de informatie over STLs op de website en de ontwikkeling van de elearning. In locatie 2 is tijdens een leefmilieustraining voor mantelzorgers gesproken over geprioriteerde verbeterpunten en stand van zaken van implementatie. Aanwezigen benadrukten de relevantie van de betreffende verbeterpunten en gaven onder andere feedback op de vernieuwde versie van de plaatsingslijst en de opzet van de leefmilieustraining.

4.2.3 AFSLUITENDE BESCHOUWING VAN HET LIVE ONDERZOEK DOOR BETROKKENEN

Procesevaluatie 2 eindigde met een reflectiebijeenkomst in beide verpleeghuizen, waar gesproken werd over de belangrijkste opbrengsten van het onderzoeksproject. Hieronder staan de belangrijkste resultaten en aanbevelingen volgens deelnemers uit beide reflectiebijeenkomsten:

Bewoner

- De behoeften van de bewoners waren nog meer centraal komen te staan
- Er was bij betrokkenen meer focus gekomen op het bewust inzetten van de doelen van het STL, om zo goed mogelijk aan te blijven sluiten op de behoeften van de bewoner en de groep
- Er was grotere betrokkenheid van mantelzorgers, hetgeen zeer relevant werd geacht voor de doelgroep dementie om het bewonersperspectief optimaal te vertegenwoordigen

Fysieke en sociale omgeving STL

- De inrichting van STLs werd bewuster gehanteerd. Samenwerking met ontwerpers zou handvatten kunnen bieden voor een verdere vertaling van het STL-concept naar de fysieke omgeving.
- Het is duidelijk geworden dat continuïteit in personele bezetting van extra groot belang is in STLs, en nodig voor het borgen van de continuïteit van doelen in het STL.
- Er was meer aandacht gekomen voor optimale afstemming van zinvolle dagbesteding op type STL
- Gezamenlijk optrekken door alle betrokkenen rond een bewoner is van groot belang gebleken.

Organisatie (implementatie en borging)

- Er zijn concrete hulpmiddelen ontwikkeld en geoptimaliseerd (zoals de checklist plaatsing, folder, e-learning) en deze waren al praktisch uitgerold of uitrol was gestart.
- Verbetering van proces van plaatsing bleek nodig, waaronder eventuele snellere doorplaatsing van bewoners. Hiertoe waren stappen ondernomen (proces van plaatsing in een schema of flowchart uitwerken, checklist plaatsing bijstellen en evalueren).
- Er zijn ideeën ontwikkeld over optimalisatie van werving en selectie van nieuwe medewerkers op basis van competenties: in samenwerking met HR zouden competenties en passendheid bij typen STLs in kaart kunnen worden gebracht en gematcht aan (team van) een STL. Deze match dient regelmatig geëvalueerd te worden. Het is wenselijk om zelfsturende teams hierin te begeleiden.
- Samen leren en samen afstemmen: in locatie 1 ontstond het idee om een jaarlijkse STL inspiratiebijeenkomst te organiseren met diverse betrokkenen, waar best practices, ideeën en ervaringen uitgewisseld kunnen worden.
- Het LIVE-onderzoek heeft volgens betrokkenen een nieuwe boost gegeven aan het werken met STLs.

5 HAALBAARHEIDSSTUDIE

5.1 Opzet

Het doel van de haalbaarheidsstudie was om te onderzoeken hoe een eventuele studie naar effecten van STLs opgezet zou kunnen worden. Op basis van Arain et al.(30) heeft de projectgroep drie groepen van te onderzoeken parameters gedefinieerd:

1. **Inclusie** van deelnemende STLs, bewoners/mantelzorgers en medewerkers, te operationaliseren door middel van aantal informed consents en verloop hiervan gedurende de studie.
2. **Kenmerken** van STLs: bepalen samenstelling van het STL (aantal bewoners, diagnose en ZZP-indicatie), verloop van bewoners in het STL gedurende de studie, samenstelling van het team (type medewerkers, aantal fte) en verloop binnen het team sinds start studie. Tevens bepalen of CV-er als informatiebron voor deze data kan fungeren.
3. **Relevante uitkomstmaten**: bepalen van a) relevante uitkomstvariabelen (ahv literatuuronderzoek, procesevaluatie cyclus 1); b) praktische toepasbaarheid vragenlijsten (inclusief interviewbaarheid bewoners), standaarddeviaties, gemiddelden, of vragenlijsten differentiëren tussen typen leefmilieus; c) relevante uitkomstmaten volgens medewerkers.

5.1.1 PROCEDURE DATAVERZAMELING EN ANALYSE

Ad 1. De gegevens van de procesevaluatie van cyclus 1 zijn gebruikt voor bepalen inclusie.

Ad 2. Vragen over kenmerken van deelnemende STLs zijn gesteld aan de CV-ers die ook als respondent aan procesevaluatie deel 1 en 2 hebben deelgenomen:

- Locatie 1: 1/2 CV-ers per team (elk gekoppeld aan 2 STLs), 6 in totaal.
- Locatie 2: 3 CV-ers (1 voor elk type STL).

Ad 3. Relevante uitkomstmaten:

- a) De relevantie van de in de aanvraag geselecteerde vragenlijsten is door onderzoekers beoordeeld op basis van de resultaten van de procesevaluatie. De volgende uitkomstmaten zijn geselecteerd:

Uitkomstmaten Bewoners:

- Psychisch welbevinden, sociaal functioneren en Kwaliteit van Leven: **TOPICS-MDS 2017 (zelfrapportage, waar nodig proxy)** (31)
- Informatie multimorbiditeit en functioneren (ADL): **TOPICS-MDS 2017 (proxy)** (31)
- Demografische gegevens: **TOPICS-MDS 2017 (proxy)** (31)
- Zorgbehoefte van persoon met dementie in een verpleeghuis: **CANE (proxy)** (32)
- Ernst van dementie: de **GDS-FAST(proxy)** (33)
- Aanwezigheid van psychiatrische symptomen: **NPI-Q (proxy)** (34)

Uitkomstmaten Zorgmedewerkers:

- Gevoel van competentie onder zorgmedewerkers in de dementiezorg (**SCID**) (35)
- b) De praktische toepasbaarheid van de bij a) geselecteerde vragenlijsten is beoordeeld door het uitvoeren van een eenmalige meting in mei 2018 in de aan het onderzoek deelnemende STLs bij de bij Ad 2. beschreven deelnemende medewerkers en bewoners met Informed Consent. Bepaald zijn: afneembaarheid bij bewoner met dementie, invultijd, begrijpelijkheid en leesbaarheid.
- Uitkomstmaten bewoners: Bij de deelnemende bewoners is geprobeerd de welbevinden-vragen uit de TOPICS-MDS af te nemen. De overige vragenlijsten zijn in interviewvorm afgenomen bij de deelnemende medewerkers.

- Uitkomstmaten medewerkers: de deelnemende medewerkers hebben de SCID-vragenlijst ingevuld. Ook hebben zij collega CV-ers en verzorgenden IG (VIG-ers) in hun team gevraagd de vragenlijst anoniem in te vullen (locatie 1). In locatie 2 heeft de coördinerend verpleegkundige VIG-ers en verpleegkundigen gevraagd de vragenlijsten anoniem in te vullen.

De data van deze eenmalige meting zijn ingevoerd en geanalyseerd in SPSS.

- In de reflectiebijeenkomst van cyclus 2 is aan betrokkenen gevraagd wat zij zagen als relevante uitkomstmaten van STLs, mogelijk in aanvulling op de uitkomstmaten in de haalbaarheidsstudie.

5.2 Resultaten

5.2.1 INCLUSIE VAN DEELNEMENDE STLs EN DEELNEMERS

In paragraaf 2.4.2 en 2.4.3 staan de werving en de aantallen deelnemers beschreven. Hieronder volgt een korte weergave van de procedure.

Tabel 5. Procedure inclusie van deelnemers en verloop tijdens studie

Werving en inclusie STLs	Inclusie van STLs was in afstemming met de lokale coördinator. Na aanvang LIVE bleek dat op elk STL van locatie 1 ook mensen zonder dementie woonden. Om voldoende deelnemers te kunnen includeren zijn daar 2 STLs per type geïncludeerd.
Bewoners/ mantelzorgers	Werving van mantelzorgers verliep via CV-ers, nadat eerst een brief vanuit het MT was verstuurd. Het eerste contact tussen onderzoeker en mantelzorger werd gelegd via CV-er. Daarna benaderde onderzoeker de mantelzorgers telefonisch of via e-mail. Het aantal I.C.'s door wettelijk vertegenwoordigers voor bewoners (+/- 60%) was lager dan waarop was gerekend gezien de participatieve opzet van de studie.
Verloop I.C.'s tijdens studie	Locatie 1: Bij IC-procedure in juli 2017 waren 21 bewoners geworven, bij haalbaarheidsstudie in april 2018 waren daarvan 8 bewoners uitgevallen wegens overlijden en overplaatsingen intern en extern. Locatie 2: Bij IC-procedure in juli 2017 waren 13 bewoners geworven, 8 bewoners zijn uitgevallen wegens overlijden.

5.2.2 KENMERKEN VAN STLs, BEWONERS EN MEDEWERKERS

Tabel 6. Kenmerken van STLs, bewoners en medewerkers

Samenstelling groep bewoners in STLs	<u>Aantal bewoners per leefmilieu</u>: 9 (locatie 1); 7-10 (locatie 2). <u>Samenstelling</u>: locatie 1: In 6 van de 8 leefmilieus had het merendeel van de bewoners een dementiediagnose. Locatie 2: op Balans- (structurerend) en Sfeergroep (koesterend) voornamelijk dementie. Op Baken (bekrachtigend) meer Korsakov. <u>ZZP-indicatie</u>: locatie 1: overwegend ZZP-7. Locatie 2: Balans en Sfeer vooral ZZP-5 (maar ZZP-7 aangevraagd). Bakengroep alle bewoners ZZP-7. <u>Verloop bewoners afgelopen jaar</u>: Locatie 1: Bij 4/8 STLs zijn bewoners intern verhuisd want: zorgvraag niet meer passend bij doelen STL-type of gespecialiseerd verpleeghuis, conflict met medebewoner. Locatie 2: volgens CV-er was dit hoger in Balans (structurerend) en Sfeergroep (koesterend) dan in Bakengroep (bekrachtigend), door hogere kwetsbaarheid bewoners.
Personele inzet en continuïteit	<u>Personele inzet en samenstelling team</u>: in beide locaties afhankelijk van: ZZP-indicaties bewoners, grootte groep, intensiteit van zorg en middelen, formatie voor activiteitenbegeleiding. Per STL en doelgroep werd gezocht naar een optimale mix van teamleden met passende kwaliteiten. Continu proces. In locatie 1 maakten zelfsturende teams hier ook zelf keuzes in. <u>Continuïteit</u>: Locatie 1: in 3 van de 4 teams minimaal 2 vacatures. Bij elk team zijn

	het afgelopen jaar medewerkers weg gegaan, o.a. wegens interne verschuiving, werkdruk of geen match met doelgroep. Locatie 2: op moment van meting geen vacatures, afgelopen jaar wel medewerkers weg gegaan en paar interne wisselingen.
Haalbaarheid CV-er als informatiebron data	<u>Diagnose en ZZP-indicatie</u> van bewoners bekend bij CV-er. <u>Verloop bewoners</u>: CV-ers kunnen globaal het verloop weergeven. Voor precieze weergave van verloop verwezen ze naar bewonersadministratie. <u>Samenstelling team</u>: CV-ers goed op hoogte van samenstelling team, vacatures en verloop over afgelopen periode. Voor een exacte berekening van bezettingsgraad per leefmilieu is informatie vanuit het management nodig.

5.2.3 BRUIKBAARHEID VRAGENLIJSTEN

Tabel 7. Bruikbaarheid vragenlijsten	
Aantallen ingevulde vragenlijsten	<u>Bewoners</u>: Locatie 1: 13 bewoners, vragenlijsten ingevuld door CV-ers. Locatie 2: 5 bewoners, vragenlijsten ingevuld door CV-ers. <u>Medewerkers</u>: Locatie 1: 24 CV-ers en VIG-ers hebben de vragenlijst ingevuld. Locatie 2: 11 CV-ers, VIG-ers en verpleegkundigen hebben de vragenlijst ingevuld.
interviewbaarheid	De meeste bewoners konden de TOPICS-MDS vragen over sociaal functioneren, psychisch welbevinden en kwaliteit van leven redelijk tot goed beantwoorden.
Praktische uitvoerbaarheid	Het merendeel van de vragenlijsten bleek geschikt voor afname. Drie opmerkingen: -CANE: erg uitgebreid en arbeidsintensief. Bij sommige zorgbehoeften was vertaling naar de specifieke situatie van bewoner niet meteen duidelijk. -TOPICS-MDS multimorbiditeit en functioneren: meeste informatie was beschikbaar voor CV-er, uit zorgdossier en evt. gemaakte 'levensloop'. Echter: Opleidingsniveau niet altijd te beantwoorden bij bewoners met weinig familiecontact. Ook is volgens CV-ers moeilijk om aantal contacturen tussen bewoner en 1^e contactpersoon te rapporteren, omdat dit sterk kan wisselen per bezoek of in een periode. -CV-er als informatiebron voor de gebruikte vragenlijsten: CV-ers waren goed in staat om de proxy-versies van de gebruikte vragenlijsten in te vullen. Twee respondenten gaven echter aan de kwaliteit van leven vraag van de TOPICS-MDS niet voor de bewoner te kunnen beantwoorden.
Vragenlijsten onderscheidend naar leefmilieu?	Alle vragenlijsten werden door de respondenten als relevant beschouwd voor het evalueren van het wonen in en werken met STLs. Alle vragenlijsten lieten een zodanige spreiding van de scores zien, dat ze allemaal onderscheidend zouden kunnen zijn in een effectstudie, al waren de behoeften gemeten met de CANE niet specifiek voor STL-specifieke behoeften (specifieke resultaten opvraagbaar bij onderzoekers).

5.2.4 BESCHOUWING UITKOMSTMATEN

Tijdens de afsluitende reflectiebijeenkomsten in beide locaties is met aanwezigen gesproken over relevante uitkomstmaten voor het wonen en werken in STLs. Aanwezigen adviseerden om bij het opzetten van een mogelijk toekomstige effectstudie over STLs ook de volgende aspecten te betrekken:

- Bewoners en familie: participatie; zingeving; tevredenheid; benodigde interventies zoals Vrijheid Beperkende Maatregelen, Meldingen Incidenten Bewonerszorg/Medewerkers, inzet interventieteam; acute en 'zo nodig' psychofarmaca. Reguliere medicatie als uitkomstmaat is volgens aanwezigen niet representatief, want sterk afhankelijk van de populatie in het verpleeghuis.
- Medewerkers: belasting en tevredenheid.

6 ERVARINGEN MET ACTIE-ONDERZOEK

Tijdens de laatste reflectiebijeenkomsten in beide verpleeghuizen hebben de aanwezigen onderstaande voordelen en aandachtspunten genoemd:

Genoemde voordelen:

- Veel samendoen en participatieve opzet van het onderzoek
- Er is actief gevraagd en geluisterd naar medewerkers en mantelzorgers; ècht bottom up
- Gestructureerde en duidelijke aanpak
- Het verbeterplan is goed uitvoerbaar, uitwerking naar wie doet wat wanneer
- Uitvoerend onderzoeker verzamelt informatie en maakt inzichtelijk, is prettig voor de praktijk
- Verbeterpunten worden meteen in de praktijk gerealiseerd, maakt het tastbaar
- Praktijk is het uitgangspunt van het onderzoek

Genoemde aandachtspunten:

- Door de participatieve opzet is het een tijdsintensieve vorm van onderzoek. Organisatie dient voldoende uren te faciliteren. Bij voorkeur deelname als medewerker uitgeroosterd is, en wenselijk is om zoveel mogelijk activiteiten/metingen bundelen.
- Let op participatie van hele team en niet alleen geïnteresseerde 'koplopers'
- Regelmatige terugkoppeling is van belang om medewerkers betrokken te houden
- Let op deelname aan andere projecten, dit kan teveel worden voor de medewerkers

Tabel 8 bevat de ervaringen van de onderzoekers per fase van het actie-onderzoek.

Tabel 8. Ervaringen onderzoekers met actie-onderzoek		
	Succesfactoren	Uitdagingen/ belemmeringen
OBSERVATIE-fase 1	Investeren in goede samenwerkingsrelatie: draagvlak voor opzet en inhoud onderzoek, korte lijnen voor het maken van afspraken en overleg Betrokkenen betrekken bij opzet: participatieve opzet onderzoek direct duidelijk, betrokkenen merken invloed	Tijdsbesteding: medewerkers hebben beperkt tijd voor het onderzoek terwijl participatieve opzet extra tijd vraagt.
REFLECTIE-fase 1	Directe terugkoppeling resultaten: betrokkenen zien eigen inbreng terug en voelen zich gehoord Gezamenlijke reflectie op resultaten en prioritering verbeterpunten: goed voor draagvlak en haalbaarheid	Rapportage: veelheid aan gegevens binnen kort tijdsbestek verwerken Organiseren reflectiebijeenkomst: uitdaging gezien volle agenda's
PLAN-fase 1	Gezamenlijk komen tot a) actieplan voor verbeterpunten; b) overzicht randvoorwaarden en evt. belemmeringen implementatie: goed voor betrokkenheid en draagvlak.	a) kost veel tijd, twee bijeenkomsten per locatie nodig; b) organisatie moet ruimte en middelen hebben om met verbeterpunten aan de slag te gaan.
ACTIE-fase 1	Gezamenlijke implementatie verbeterplan: betrokkenen kunnen participeren en zien direct resultaat. Monitoren implementatie verbeterplan; direct zicht op proces en signaleren en reageren op mogelijke belemmeringen	Implementatie: organisaties veel tijd nodig voor daadwerkelijke start; evaluatie van vernieuwing ruim plannen.
OBSERVATIE-fase 2	Eerste tussenevaluatie van het verbeterplan: bijsturing mogelijk. Betrokkenen hebben en bemerken invloed	Continuïteit raakt in geding door uitval personeel en bewoners
REFLECTIE-fase 2	Gezamenlijk reflecteren op opbrengsten onderzoek en formuleren aandachtspunten voor vervolg: goed voor agendering en borging verbeterplan na afloop onderzoek en draagvlak vervolg	Vasthouden participatie betrokkenen: niet alleen de koplopers, maar ook anderen uit de teams

7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord aan de hand van de resultaten van de literatuurstudie, procesevaluatie en haalbaarheidsstudie en worden tot slot aanbevelingen geformuleerd.

7.1 Conclusies

1) *Welke uitgangspunten, elementen en implementatiestrategieën van STLs zijn te onderscheiden en wat is de theoretische onderbouwing hiervoor?*

De behoeften en zorgvragen van de bewoner vormen het uitgangspunt in het werken met STLs. In de literatuur over STLs voor bewoners met dementie hebben de volgende behoeften een belangrijke rol: structuur (waaronder het structureren van prikkels), veiligheid, autonomie, sociaal contact, zinvol bezig zijn en het betrekken van familie. Uit de procesevaluatie kwamen geen aanvullende behoeften naar voren, wel bleek het belang van het in kaart brengen van levensloop, voorkeuren en gebruiken van de bewoner in aanvulling op het in kaart brengen van de behoeften en zorgvragen.

Deze behoeften en zorgvragen kunnen vertaald worden naar therapeutische doelen voor de sociale en fysieke omgeving. Door elementen van de sociale en fysieke leefomgeving gericht in te zetten, kan gewerkt worden aan deze therapeutische doelen met als uiteindelijk doel het optimaliseren van kwaliteit van leven. De elementen van de organisatorische omgeving faciliteren implementatie en borging van de STLs. De in de STL-literatuur geïnventariseerde elementen van de sociale, fysieke en organisatorische omgeving komen in grote lijnen overeen met de door deelnemers genoemde elementen in de procesevaluatie. STLs bleken verder aan te sluiten bij de person-centered care benadering van Kitwood (25), en bestaande person-in-environment modellen (26). Mede op basis van deze modellen is een conceptueel model van STLs voor mensen met dementie ontwikkeld. De literatuur over deze benaderingen bracht enige aandachtspunten naar voren. Door differentiatie op zorgbehoeften dreigt minder ruimte voor een match op 'persoonlijke klik' (de behoefte gehechtheid). Verder kwam het belang naar voren om bewoners keuzemogelijkheden te bieden in wat voor type omgeving (variërend in niveau van activiteit en van stimulatie) zij willen verblijven. Dit verdient nader onderzoek. Keuzemogelijkheden bij de bewoner kunnen namelijk op gespannen voet staan met wat betrokkenen beschouwen als bijdragend aan de kwaliteit van leven van de bewoner en/of diens medebewoners.

2) *Wat kan geoptimaliseerd worden aan de uitgangspunten, elementen en implementatiestrategieën van STLs?*

Uit de eerste procesevaluatie blijkt dat zowel mantelzorgers als medewerkers overwegend tevreden zijn over de huidige situatie van het wonen in en werken met STLs en dit prefereert boven het niet in STLs werken. Men noemde echter ook het belang van een verdere STL-specifieke concretisering van de fysieke en sociale omgeving, zoals de inrichting, het activiteitenaanbod en het betrekken van familie. Wat betreft de organisatorische omgeving vraagt het optimaliseren van het proces van plaatsing om aandacht, evenals het waarborgen van continuïteit, bijvoorbeeld van personele bezetting en benadering door medewerkers. Uit de tweede procesevaluatie, uitgevoerd na prioritering van de verbeterpunten, blijkt dat sprake is van verhoogde bewustwording bij medewerkers in het werken met STLs en dat er al verschillende veranderprocessen in gang werden gezet (oprichting werkgroep inrichting, verkenning samenwerking met ontwerpers, optimalisering van activiteiten aanbod, optimalisering continuïteit personeel, optimalisering proces van plaatsing bewoners) en tevens concrete tools ontwikkeld (geoptimaliseerd plaatsingsformulier en informatiemateriaal voor familie, ontwikkelen van e-learning).

Zowel uit de literatuur als procesevaluatie blijkt dat het werken met STLs een organisch proces is: de behoeften van de bewoner kunnen veranderen en het is van belang dat het STL-concept hier voldoende

flexibiliteit voor biedt, in zowel de fysieke omgeving (aanbieden van keuze in type omgevingen), de sociale omgeving (meebewegen in benadering, type activiteiten, dynamiek) als de organisatorische (inzet van personeel).

3) *Hoe kan empirische onderbouwing van STLs onderzocht worden?*

Het doel van de haalbaarheidsstudie was om te onderzoeken hoe een effectstudie opgezet zou kunnen worden. Aan LIVE hebben enkel bewoners met dementie deelgenomen. Vanwege de STL-specifieke differentiatie op zorgvragen bestaan STL's echter regelmatig uit bewoners met verschillende diagnoses, bijv. bewoners met het syndroom van Korsakov naast bewoners met dementie. Verbreden van de doelgroep maakt het mogelijk alle bewoners van een STL te includeren (grotere representativiteit) en verschillende doelgroepen te vergelijken. Het doet tevens recht aan de uitgangspunten van STLs dat niet ziektebeeld maar zorgbehoeften bepalen in welk STL een bewoner verblijft.

Om uitspraken te kunnen doen over de mogelijke effecten van STLs op kwaliteit van leven van bewoners en medewerker uitkomsten zoals werktevredenheid, gevoel van competentie en werkdruk, is het van belang om ook procesinformatie over de samenstelling van de STLs en het verloop van bewoners en personeel in kaart te brengen. Uit de haalbaarheidsstudie blijkt dat contactverzorgenden een goede bron voor deze procesinformatie vormen. Tevens bleek dat bewoners tot op bepaalde hoogte zelf informatie kunnen geven over welbevinden en kwaliteit van leven. Op basis van de eenmalige meting lijken de gebruikte uitkomstmaten en vragenlijsten relevant en tevens onderscheidend naar de verschillende type STLs. Vanwege het beperkt aantal deelnemers was het niet mogelijk een benodigde sample size te berekenen.

7.2 Aanbevelingen

STLs lijken een veelbelovende methodiek voor de langdurige zorg voor mensen met dementie. Een aanbeveling is om onderzoek te doen naar de effecten van het werken met STLs op medewerkers. Een mogelijke reden voor de gevonden tevredenheid onder medewerkers bleek te zijn dat zij, als onderdeel van de STL-werkwijze, op basis van hun competenties en wensen bij een type STL worden ingedeeld. Het hebben van tevreden medewerkers is voor een zorgorganisatie uiterst relevant, zeker in de huidige krappe arbeidsmarkt met veel verloop en vacatures. Het werken in STLs zou hieraan bij kunnen dragen.

Een volgende aanbeveling van dit onderzoek is om bij plaatsing van bewoners meer rekening te houden met een persoonlijke match tussen bewoners. Dit plaatsingsproces bij STLs is echter al complex en kan op gespannen voet staan met de bedrijfsvoering van zorgorganisaties; door de ver doorgevoerde differentiatie is de kans op lege bedden groter. Onze aanbeveling maakt dit nog ingewikkelder. In dit onderzoek zijn echter wel bestaande variaties van STLs gevonden die de gevolgen voor de bedrijfsvoering zouden kunnen verminderen, zoals meer open STL's waarbij de slaapkamer van bewoners niet gekoppeld is aan het STL en het instellen van een opnameafdeling waar men zonder grote tijdsdruk een nieuwe bewoner kan leren kennen alvorens een type STL te selecteren.

Nadere concretisering van de behoeften van bewoners per STL en een eenduidige wijze om deze te registreren wordt tevens aanbevolen. Het systematisch en regelmatig in kaart brengen van de behoeften van verpleeghuisbewoners maakt expliciet waar de zorg zich op moet richten en kan een belangrijke bijdrage leveren aan hun kwaliteit van leven. Hiervoor is een instrument nodig dat specifieker is dan de CANE. Voor een dergelijk instrument kan een door Lawton geïntroduceerde indeling naar universele behoeften van mensen in een intramurale setting als basis dienen (36), aangevuld met informatie over recente inzichten uit literatuur en praktijk over de therapeutische invloed van omgeving (19). De vertaling die Lawton (36) heeft gemaakt van behoeften naar wensen voor de verblijfsomgeving zou als handvat kunnen dienen voor het omzetten van deze behoeften naar therapeutische doelen en de

operationalisatie daarvan in de fysieke, sociale en organisatorische omgeving. Uit ons onderzoek volgt ook dat meer betrokkenheid van de psycholoog daarbij belangrijk is om deze concretisering en vertaalslagen goed te kunnen maken.

Wat betreft de fysieke omgeving bleek nadere invulling nodig. Het verdient aanbeveling om daarbij gespecialiseerde ontwerpers te betrekken (bijv. binnenhuisarchitect, geluidsontwerper, tuin- en landschapsarchitect) en samen mogelijkheden voor de fysieke omgeving van de verschillende typen STLs uit te werken en toe te passen.

Nader empirisch onderzoek kan inzicht geven in de effecten van STLs op de kwaliteit van de geboden zorg en de kwaliteit van leven van bewoners. Interessant is om niet alleen te bepalen of dit meerwaarde heeft boven reguliere afdelingen voor bewoners en/of medewerkers maar om STLs ook te vergelijken met andere specifieke vormen van differentiatie, zoals leefstijlgroepen. Iemand die gaat wonen in een verpleeghuis komt hoe dan ook terecht in een groep mensen die hij/zij niet zelf heeft uitgekozen. Meer duidelijkheid over de gevolgen van differentiatie op diagnose, zorgvraag en/of identiteit voor het (sociale) welbevinden van verpleeghuisbewoners is dan ook van grote waarde.

8 LITERATUUR

1. Vilans AN. Zorgstandaard Dementie. Amersfoort 2013.
2. Nederland Z. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. 2017.
3. Jongerius PJ. De psychiater als milieukundig ingenieur. Tijdschrift voor psychiatrie. 1981;23(5).
4. Janzing C, Kerstens, J. Werken in een therapeutisch milieu. Naar samenhangend behandelen in de GGz. Houten: Bohn-Stafleu van Loghum; 2012.
5. Luijten JJ. Sociotherapie in een psychogeriatrisch verpleeghuis: ijdele hoop of hopeloze ijdelheid? Tijdschrift voor psychiatrie 1981;23(5).
6. dementie Sjm. Sociotherapeutische leefmilieus voor Jong dementerenden. Gouda: Uitgaven Buro Salari; 2007.
7. dementie Sjm. Landelijk Zorgprogramma Jong Dementerenden. Utrecht; 2004.
8. Helmond M. Leefmilieus binnen de zorgeenheid organische psychiatrie (ZOP). GGzE Eindhoven; 2000.
9. Kenniscentrum Archipel. Functieprogramma Sociotherapeutische Leefmilieus. Eindhoven; 2012.
10. Actiz. Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg. Utrecht: Actiz; 2005.
11. Cardiff S; Jacobs GvLF. Actieonderzoek: principes voor verandering in zorg en welzijn. 1 ed: Koninklijke Van Gorkum, Assen; 2017.
12. Bruïne EdE, H.; Harinck, F.; Riezebos-de Groot A.; van de Ven, A. Bronnenboek Onderzoekstrategieën: Landelijk Expertise Centrum Onderwijs en Zorg (LEOZ). 2011.
13. Lewin K. Action Research and Minority Problems. Journal of Social Issues. 1946;2(4):34-46.
14. Reason P, Bradbury H. The SAGE Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice: SAGE Publications; 2007.
15. Boog B. Handelingsonderzoek of Action Research. Kwalon. 2007;34(1):13 - 20.
16. Famke van Lieshout GJ, Shaun Cardiff. Actieonderzoek: Principes voor verandering in zorg en welzijn. 1 ed. Assen: Koninklijke van Gorkum; 2017.
17. van Helden M. Sociotherapie binnen de psychogeriatrie in zakformaat. Schiedam: Argos Zorggroep; 2011.
18. Helden Mv, Bakker, T. Woon- en leefomgeving vanuit sociotherapeutisch perspectief. Klinisch redeneren bij ouderen: functiebehoud in levensloopperspectief, 2017.
19. Calkins MP. From Research to Application: Supportive and Therapeutic Environments for People Living With Dementia. Gerontologist. 2018;58:S114-S28.
20. Taft LB, Delaney K, Seman D, Stansell J. Dementia care creating a therapeutic milieu. J Gerontol Nurs. 1993;19(10):30-9.
21. Cohen U WG. Holding on to home. Designing environments for people with dementia. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1991.
22. Morgan DG, Stewart NJ. The physical Environment of special care units: Needs of residents with dementia from the perspective of staff and family caregivers. Qualitative Health Research. 1999;9(1):105-18.
23. Morgan DG, Stewart NJ. The importance of the social environment in dementia care. Western Journal of Nursing Research. 1997;19(6):740-61.
24. Claassen AeJC. Het effect van samenhangend behandelen: introductie van een model voor multidisciplinair werken in de GGz Groepen. 2014;9(4).
25. Kitwood TM. Dementia reconsidered : the person comes first. Buckingham England ; Philadelphia: Open University Press; 1997. viii, 160 p. p.
26. Probst B. Person-Centered Sociotherapy. In: Mezzich JE, Botbol M, Christodoulou GN, Cloninger CR, Salloum IM, editors. Person Centered Psychiatry. Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 263-75.

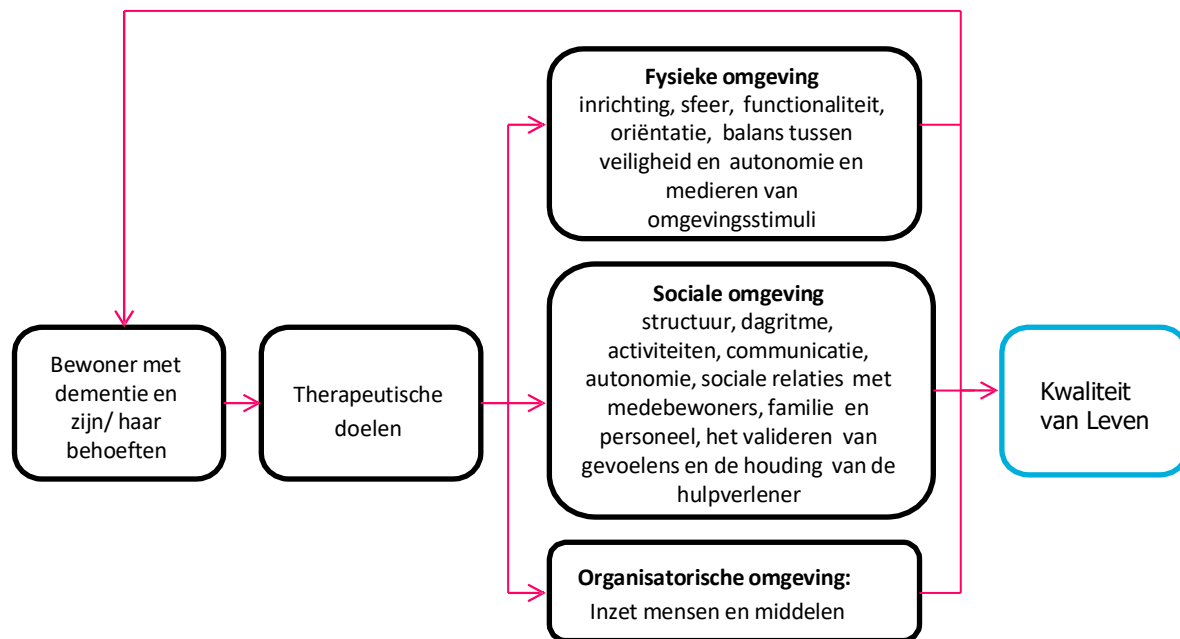
27. Leontjevas R, Gerritsen DL, Koopmans RT, Smalbrugge M, Vernooij-Dassen MJ. Process evaluation to explore internal and external validity of the "Act in Case of Depression" care program in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2012;13(5):488.e1-8.
28. de Boer B, Beerens HC, Katterbach MA, Viduka M, Willemse BM, Verbeek H. The Physical Environment of Nursing Homes for People with Dementia: Traditional Nursing Homes, Small-Scale Living Facilities, and Green Care Farms. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2018;6(4).
29. Beek APAv, Wagner C, Frijters DHM, Spreeuwenberg PMM, Groenewegen PP, Ribbe MW. *Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen*. Utrecht: Nivel; 2004.
30. Arain M, Campbell MJ, Cooper CL, Lancaster GA. What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10:67.
31. Lutomski JE, van Exel NJ, Kempen GI, Moll van Charante EP, den Elzen WP, Jansen AP, et al. Validation of the Care-Related Quality of Life Instrument in different study settings: findings from The Older Persons and Informal Caregivers Survey Minimum DataSet (TOPICS-MDS). *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2015;24(5):1281-93.
32. Reynolds T. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Development, validity and reliability. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(5):444.
33. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American journal of psychiatry*. 1982;139(9):1136-9.
34. Daniel I. Kaufer, Jeffrey L. Cummings, Patrick Ketchel, Vanessa Smith, Audrey MacMillan, Timothy Shelley, et al. Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2000;12(2):233-9.
35. Schepers AK, Orrell M, Shanahan N, Spector A. Sense of competence in dementia care staff (SCIDS) scale: development, reliability, and validity. *International psychogeriatrics*. 2012;24(7):1153-62.
36. Lawton MP. The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*. 2001;5:S56-S64.

BIJLAGE 1. OVERZICHT VIER STLs IN FUNCTIEPROGRAMMA ARCHIPEL

	Kernbegrippen	Bewoner	Medewerker
Sociogroep	• Zelf doen • Prikkel • Uitdaging • Maatschappij • Samen / groep	• Actief • Zinvol bezig zijn • Contacten	• Begeleiding met handen op de rug • Stimuleren • Samen met bewoner
Balansgroep	• Balans rust en activiteit • Balans contacten en op zichzelf zijn • Structuur • Individueel of kleine groep	• Basis structuur • Eigen gang gaan • Duidelijkheid	• Helpen met structureren • Consequent • Bijsturen
Sfeergroep	• Veiligheid • Rust • Sfeer • Mogen • Kleine groep	• Kwetsbaar • Angstig • Rust	• Zorgend • Toedekkend • Overnemen waar nodig
Bakengroep	• Individueel • Houvast • Weinig prikkels • Eigenheid	• 1 op 1 contact • Op zichzelf • Snel in conflict	• Sturen en houvast bieden • 1 op 1 contact • Veiligheid waarborgen • Begrenzen

Schematisch overzicht van de vier STLs. Bron: Archipel Zorggroep, 2018

BIJLAGE 2. CONCEPTUEEL MODEL STLs



Figuur. Conceptueel model Sociotherapeutische Leefmilieus (STLs)

Legenda:

- Bewoner met dementie en zijn haar behoeften: In de literatuur over STLs voor mensen met dementie heeft de behoefte aan structuur (waaronder het structureren van prikkels), veiligheid, autonomie, sociaal contact, zinvol bezig zijn en het betrekken van familie een belangrijke rol (Cohen en Weisman, 1991; Taft et al. 1993; van Helden; 2017)
- Therapeutische doelen : komen voort uit de behoeften van bewoner. Bijvoorbeeld ondersteunen van privacy en veiligheid, herkenbaarheid, faciliteren van sociaal contact, mobiliteit, reguleren van stimulatie (Cohen en Weisman, 1991)
- Elementen van de fysieke én sociale omgeving: De behoeften van de bewoner kunnen vertaald worden naar behoeften voor de sociale en fysieke verblijfsomgeving (Taft et al. 1993; Morgan and Stewart, 1999; van Helden, 2017).
- Organisatorische omgeving: Bepalen van visie voor mensen (stafleden en welke disciplines) en middelen (bijv. vorm van huisvesting, therapieruimtes) (Claassen 2014)
- Kwaliteit van Leven: Door het gericht inzetten van de elementen in de omgeving, wordt zo mogelijk worden voldaan aan behoeften van de bewoner. De wisselwerking tussen bewoner/bewoner en omgeving, wordt bewust en therapeutisch ingezet. Uiteindelijk doel is optimaliseren Kwaliteit van Leven (Cohen en Weisman, 1991; Taft et al. 1993; Morgan and Stewart, 1999)

BIJLAGE 3. THEMALIJS T PROCES-EVALUATIE 1

De themalijs t vormt de inhoudelijke basis voor de gestelde vragen in de interviews, focusgroepen en de onderwerpen voor de observaties in de STLs, is gebaseerd op de volgende bronnen:

1. Het functieprogramma Sociotherapeutische Leefmilieus van Archipel;
2. Inzichten uit literatuur en praktijkdocumentatie over het werken met STLs;
3. Het model van proces-evaluatie (Leontjevas en Gerritsen, 2012), dat inventariseert:
 - a. De kwaliteit van de interventie
 - b. Wat de onderdelen van een interventie zijn
 - c. Hoe die vorm krijgen in het dagelijks leven
 - d. Wat daarvan de relevantie en toepasbaarheid zijn
 - e. Wat de tevredenheid ermee is
 - f. Implementatiekennis:
 - g. Componenten van het implementatieplan die geleverd en ontvangen zijn
 - h. Belemmerende en stimulerende factoren (niveau individu, organisatie, sociaal-politiek) die van invloed kunnen zijn geweest op succesvolle implementatie

De combinatie van deze bronnen heeft geleid tot onderstaande themalijs t:

A. Kwaliteit van de interventie

- Welke onderdelen van het STL-functieprogramma worden onderscheiden
- Bekendheid met het functieprogramma STLs
- Ervaren relevantie en haalbaarheid van het werken met STLs
- Ervaren voor- en nadelen van het werken met STLs
- Tevredenheid over het werken met STLs
- Aanbevelingen van gebruikers om STL-functieprogramma en de elementen te optimaliseren
- Hoe krijgt het programma vorm in het dagelijks leven, onderverdeeld naar:
 - o Proces van plaatsing van bewoner in een passend leefmilieu en evaluatie over voortgang
 - o Proces van plaatsing medewerker op passend leefmilieu en evaluatie over voortgang
 - o De communicatie tussen verschillende betrokkenen in en over de leefmilieus
 - o Het wonen én werken in de leefmilieus, die zich differentiëren op basis van:
 - De fysieke omgeving
 - Het dagelijks leven (waaronder dagbesteding)
 - De lichamelijke zorg
 - De psychische zorg
 - Bejegening van bewoners door medewerkers

B. Toegepaste implementatie(-strategieën)

- Geleverde en ontvangen componenten van het implementatieplan door verschillende gebruikers
- Bevorderende/belemmerende factoren ten aanzien van het werken met leefmilieus
- Aanbevelingen van gebruikers om de implementatie van STLs te optimaliseren en te stimuleren.