WARME, PERSOONSGERICHTE ZORG

Warm Thuis

visiedocument

Warm Thuis

Warme, persoonsgerichte zorg.

Een visie op wonen en welzijn voor mensen met dementie.

onze locaties:

Klein Suydermeer
De Omloop 9
1652 EM Zuidermeer

De Hulst
Noordschermerdijk 5
1842 EL Oterleek

Het Grosthuis
Grosthuizen 54A
1633 EM Avenhorn

info@warmthuis.nl • 06 10 83 30 73 • **www.warmthuis.nl**

COLOFON:
Tekst en inhoud: WarmThuis

Copyright: WarmThuis ©2022

Fotografie: Joris Langedijk
Vormgeving en uitvoering: eelan.nl

Dit visiedocument is met de grootste zorg samengesteld. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze opgave mag worden verveelvoudigd, gekopieerd, opgeslagen of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, of enige andere manier, zonder uitdrukkelijke voorafgaande toestemming.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING 4

2. GESCHIEDENIS EN ONTWIKKELING 6

3. OVER DEMENTIE 10

4. VISIE VAN WARMTHUIS 12

5. ORGANISATIEPRINCIPES 20

6. LITERATUURLIJST 22

1 INLEIDING

Bij WarmThuis maken de bewoners, hun naasten, vrijwilligers en medewerkers er een fijne dag van. Dat is het streven, iedere dag weer. In dit visiedocument staat hoe we dat doen. Dit is niet alleen een visiedocument, maar ook wordt de ontstaansgeschiedenis hierin beschreven en enkele theoretische onderbouwingen waar de visie 'warme zorg' mede mee tot stand is gekomen.

Drie mannen met jarenlange ervaring in de dementie-zorg, Hans Houweling, Rene de Vries en Hugo van Waarde, richtten WarmThuis op in 2007. Eerder hielpen zij bij de start van het Anton Pieckhofje in Haarlem; het eerste kleinschalige alternatief voor een psychogeriatrisch verpleeghuis. Kreeg het concept van 'kleinschalige zorg' aanvankelijk schoorvoetend gevolg, ondertussen is het toonaangevend bij wonen, welzijn en zorg voor mensen met dementie.

Bestuur en raad van toezicht van WarmThuis onderschrijven het belang van een visie op wonen, welzijn en zorg voor mensen met dementie; goede kwaliteit van zorg en dienstverlening begint bij een gemeenschappelijke en gedragen visie.

Ten tijde van de start in 2010 was de visie 'warme zorg' de basis voor alles wat we deden. En dat is het ook nog tot op de dag van vandaag.

Met een continu proces van scholingen, visiedagen en persoonlijke coaching houden we de visie levend. Hiermee willen wij ervoor zorgdragen, dat de visie in de vezels van de medewerkers komt en behouden blijft. Een visie is geen statisch document, maar een manier van werken die je dagelijks met elkaar handen en voeten moet geven in het werken met mensen met dementie. En dat is met het voortschrijden van de ziekte dementie een grote zo niet de grootste uitdaging.

De visie van WarmThuis zoals beschreven in dit document heeft zich bewezen.
De tevredenheid onder bewoners, familie en medewerkers is groot. Met medewerkers en familieleden/naasten evalueerden we de visie. Dit leidde vooral tot aanpassingen ten aanzien van de rol van de naasten en een beschrijving van uitgangspunten van de besturingsfilosofie van WarmThuis. De belangrijkste pijler van het visiedocument, 'warme zorg', bleef ongewijzigd.

Dit document is als volgt opgebouwd:

- **Hoofdstuk 2** beschrijft de geschiedenis van de zorg voor mensen met dementie en de totstandkoming van de visie van WarmThuis.
- **Hoofdstuk 3** beschrijft het ziektebeeld dementie
- **Hoofdstuk 4** beschrijft de pijlers van de visie van WarmThuis: warme zorg, persoonsgerichte zorg, samenwerking in de driehoek
- **Hoofdstuk 5** beschrijft de organisatieprincipes van WarmThuis

2 GESCHIEDENIS EN ONTWIKKELING

Zorg voor mensen met dementie is sterk in ontwikkeling. Dat hangt mede samen met de enorme groei van het aantal mensen met dementie door de vergrijzing van de bevolking. Dementie is vooral een ziekte die ouderen treft; 20% van de mensen ouder dan 80 jaar lijdt aan een of andere vorm van dementie. Dit getal loopt op naar 40% van de mensen ouder dan 90 jaar. Dat betekent overigens niet dat dementie niet op jonge leeftijd voorkomt, naar schatting 12.000 mensen met dementie zijn jonger dan 65 jaar. Het totaal aantal mensen met dementie wordt door Alzheimer Nederland geschat op 280.000 (Alzheimer Nederland, 2020).

Halverwege de vorige eeuw waren er vrijwel geen gespecialiseerde instellingen voor psychogeriatrische zorg. De weinige mensen met dementie verbleven thuis of op verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen. Men beschouwde dementie als een psychiatrische aandoening.
De zorgverlening was medisch en verpleegtechnisch van aard met de nadruk op lichamelijke verzorging.

Na de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968, ontstond er een enorme groei van verpleeghuizen. In het begin richtten deze verpleeghuizen zich alleen op de zogenaamde somatische patiënten. Het eerste verpleeghuis bedoeld voor 'geestelijk gestoorde bejaarden' werd in 1959 geopend: Nieuw Toutenburg. Maar het duurde tot het midden van de zeventiger jaren voordat meer verpleeghuizen zich gingen richten op mensen met dementie.

Ook in deze verpleeghuizen bleef de zorg sterk medisch van karakter. De structuur van de instellingen was geënt op de ziekenhuizen. Afdelingen bestonden uit dertig 'bedden' en de 'patiënten' sliepen op 4 tot 6 persoonszalen. Er was een gemeenschappelijk dagverblijf waar de patiënten overdag verbleven en de maaltijden gebruikten. De medewerkers liepen in witte uniformen en er waren bezoektijden. De maaltijden werden bereid in een centrale keuken en geportioneerd uitgeserveerd.

De grootste groep medewerkers bestond uit ziekenverzorgenden die zich vooral bezighielden met de lichamelijke zorgverlening, zoals wassen, verschonen en helpen bij het eten. Er was weinig aandacht voor kwaliteit van leven, waardoor veel 'gedragsstoornissen' optraden zoals onrustig en schijnbaar doelloos heen en weer lopen, agressie, luid roepen of slaan op tafels en deuren, of juist apathie. Als behandeling werd vaak gekozen voor sederende psychofarmaca of fysieke maatregelen zoals fixatie aan stoel of in bed.

Vanuit onmachtgevoel en de behoefte meer te willen doen voor mensen met dementie ontstonden er in de zeventiger en tachtiger jaren nieuwe 'therapeutische' benaderingen zoals bijvoorbeeld de realiteitsoriëntatie benadering, validation en de belevingsgerichte zorg. Hierbij kwam er meer aandacht voor kwaliteit van leven en de psychische problemen die samenhangen met dementie.

In die tijd werd in Haarlem het psychogeriatrisch verpleeghuis Overspaarne gebouwd. Hier ontwikkelde zich werkenderwijs een zorgvisie, die bekend is geworden onder de naam warme zorg. Vanuit en in vervolg op deze visie startte in 1989 het Anton Pieckhofje; de eerste kleinschalige woonzorgvoorziening voor mensen met dementie. WarmThuis bouwde daarna voort op de ervaringen in het Anton Pieckhofje.

De ontwikkeling van wonen, welzijn en zorg aan mensen met dementie kwam in een stroomversnelling met de komst van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in 2017. In dit kwaliteitskader staat niet langer de medische zorg centraal maar persoonsgerichte zorg. Het kwaliteitskader sluit in belangrijke mate aan op de visie 'warme zorg' van WarmThuis.

De totstandkoming van de visie warme zorg

Sinds de tachtiger jaren van de vorige eeuw zijn er sociaalpsychologische en verpleegkundige theorieën ontwikkeld, die meer aandacht besteden aan de competenties en behoeften van mensen met dementie, die bijdroegen aan de visie 'warme zorg' van WarmThuis.

Warme zorg (Houweling, 1987)
Omstreeks 1980 was Hans Houweling als verpleeghuisarts betrokken bij de opzet van psychogeriatrisch verpleeghuis Overspaarne in Haarlem. De opzet was anders dan wat destijds gebruikelijk was. De medewerkers droegen geen uniform en de mensen met dementie werden niet naar zorgzwaarte ingedeeld. De afdelingen waren niet gesloten, waardoor de bewoners zich door het gehele gebouw konden begeven. Er werd principieel geen gebruik gemaakt van fixatiemiddelen zoals Zweedse banden en bewoners werden gestimuleerd om hun huisdieren en eigen meubelen mee te nemen. Het geneesmiddelengebruik, in het bijzonder dat van psychofarmaca, was extreem laag.

Voorafgaand aan de opname vond altijd een huisbezoek plaats en was er uitgebreid contact met de familie die uitgenodigd werd om een persoonlijke levensgeschiedenis van de betrokkene te beschrijven. Er was wekelijks een bewonersoverleg waar de bewoners werden doorgesproken met alle medewerkers van de afdeling, de arts en de psycholoog, waarbij veel aandacht besteed werd aan de beleving van de bewoner, maar ook aan de gevoelens van de medewerkers, in het bijzonder de machteloosheid over de onvermijdelijke achteruitgang van bewoners.

Wat (Hans Houweling,1990) opviel waren de intuïtieve handelingen van de verzorgenden zoals het 's nachts nog eens instoppen van een bewoner, het maken van een praatje met iemand die uit bed gekomen was, het slaan van een arm om een bewoner met (onbegrepen) verdriet. Duidelijk werd dat een dergelijke troostende attitude een positief effect had op de bewoner hetgeen zich vertaalde in minder onrust en minder roepen. Ook het gezamenlijk eten aan gedekte tafels droeg daaraan bij.

Gehechtheid
Tijdens een internationale cursus in Nottingham werd Hans Houweling gewezen op de attachment theorie van John Bowlby die er in het kort op neer komt, dat elk levend wezen in situaties van levensbedreiging de (veilige) nabijheid zoekt van een gehechtheidsfiguur (veelal de moeder). Dit gedrag is instinctmatig en heeft overlevingsbetekenis.

In Nederland bleek gerontopsycholoog Bère Miesen bezig met een academisch proefschrift,waarin hij het zoekende en angstige gedrag van mensen met dementie beschrijft als gehechtheidsgedrag.

WarmThuis gaat uit van het volgende:

Mensen met dementie zijn in de eerste plaats mensen met dementie, met dezelfde basisbehoeften als ieder ander. Als gevolg van cognitieve en geheugendefecten en de psychologische gevolgen hiervan verdwijnt echter de continuïteit van- en de grip op hun leven. Dit heeft grote gevolgen voor de persoon met dementie, maar ook voor de familie en andere betrokkenen.

Een betekenisvolle omgeving en een juiste benadering door de familie, vrijwilligers en medewerkers zijn nodig om de persoon in staat te stellen maximaal zelfstandig (autonoom) te functioneren en zich fysiek ('use it or lose it'), sociaal (in relatie tot anderen) en psychologisch (ten aanzien van het zelfbeeld) staande te houden.

Concreet betekent dit het scheppen van overzicht, veiligheid, nabijheid, vrijheid, begrip van de ervaring van mensen met dementie, gelijkwaardigheid, oprechte communicatie en begeleiding in het ziekteproces, en het voorzien in de basale behoeften.

3 OVER DEMENTIE

Wat betekent dementie voor mensen die het overkomt? Hoe verandert hun gedrag hierdoor en hoe beleven mensen met dementie en hun naasten het ziekteproces? Het zijn vragen die niet gemakkelijk zijn te beantwoorden.

Dat begint al bij het begrip dementie. Dementie is de naam voor een combinatie van symptomen (een syndroom), waarbij de hersenen informatie niet meer goed kunnen verwerken. Dementie is een verzamelnaam voor ruim vijftig ziektes (Alzheimer Nederland, 2020). Kenmerkend bij de meeste typen van dementie is de achteruitgang van geheugenfuncties, zoals het kortetermijngeheugen. Daarnaast speelt de achteruitgang van uitvoerende (executieve) functies een rol, zoals planning en overzicht en mentale flexibiliteit.

De verschillende typen dementie hebben elk hun specifieke invloed op het gedrag van de persoon. Daarnaast zijn er andere factoren van invloed op de manier waarop iemand op de ziekte reageert, zoals lichamelijke factoren, de persoonlijkheid, de levensloop, de sociale omstandigheden en de aangeleerde vaardigheden om met moeilijke situaties om te gaan (coping strategieën).

Gedrag is altijd het resultaat van de voortdurende wisselwerking van een persoon en zijn omgeving. Wie dagelijks met mensen met dementie omgaat, ziet daarom ook grote verschillen in gedrag. De individuele verschillen zijn vaak groter dan de overeenkomsten. Door de cognitieve achteruitgang is iemand steeds minder in staat informatie op te nemen en te verwerken. Het zelfstandig functioneren van de persoon in kwestie wordt hierdoor bedreigd. Afhankelijk van de persoon en de wijze waarop men met stress en/of probleem omgaat (zogenaamde coping stijl) bepaalt ook de manier van reageren.

Geheugenproblemen en het kwijtraken van het besef van tijd en plaats zorgen ervoor dat de grip op het leven verdwijnt en dat kan angst en onrust veroorzaken.

Het niet meer logisch kunnen denken geeft vaak aanleiding tot misverstanden, wat tot ergernis en boosheid bij alle betrokkenen kan leiden. Problemen in de taal, zowel het zich uiten als het begrijpen ervan, heeft grote consequenties voor het contact met anderen en dus ook voor het gedrag en het beleven. Een gevolg daarvan kan zijn dat mensen zich terugtrekken uit het contact en zo vereenzamen.

Hoe mensen met dementie hun ziekteproces beleven zou men het beste aan henzelf kunnen vragen. Mensen in de beginfase van hun ziekte beseffen vaak dat er iets niet goed gaat.
Een begrijpelijke reactie hierop is onzekerheid, machteloosheid of angst. Het betekent dat sommige mensen met dementie wel ziektebesef hebben; het gevoel dat er iets niet goed gaat. Ziekte-inzicht gaat verder en is het besef dat dit door de ziekte dementie komt en wat hiervan de gevolgen zijn.

Bij het verdere verloop van dementie is reflecteren op wat er zich in de gedachten-wereld afspeelt, juist iets wat niet meer lukt. Daardoor komt het dat 'hoe mensen met dementie zich voelen' meestal een interpretatie is van mensen die dit vanuit een goed functionerend brein doen. Dat geeft – omdat we in de huid van de ander proberen te kruipen – vaak een onwezenlijk beeld.

Observatie van gedrag en emoties van degene met dementie als uniek persoon geven ons inzicht hoe mensen hun ziekte beleven. Vanuit dat inzicht krijgen we aanknopingspunten voor de omgang. Daarbij is het belangrijk om de redenen en achtergronden van de emoties die we waarnemen, goed te analyseren. Dit om het gevaar van eigen interpretaties zo veel mogelijk te vermijden.

4 VISIE VAN WARMTHUIS

De visie van WarmThuis bestaat uit de volgende onderdelen:

a) Persoonsgerichte zorg
b) De betekenis van de omgeving
c) Samenwerking in de driehoek

a) Persoonsgerichte Zorg (Tom Kitwood, 1997)

De in hoofdstuk 2 beschreven ontwikkeling van de visie op warme zorg is volledig herkenbaar in de wetenschappelijk uitwerking van persoonsgerichte zorg door Kitwood. De persoonsgerichte zorg vormt dan ook een belangrijke bouwsteen van de visie van WarmThuis. In het boek 'Dementia Reconsidered' (1997) zet Tom Kitwood zijn visie op dementie en de benodigdheden voor goede zorg voor mensen met dementie uiteen. Kitwood keert zich hierbij af van het destijds gangbare (medische) denkraam, dat alleen de hersendegeneratie van mensen met dementie erkent en niet de psychologische gevolgen.

Bij persoonsgerichte zorg wordt iemand met dementie in eerste plaats behandeld als uniek persoon. De eigen identiteit van de persoon vormt dan ook het uitgangspunt in de zorg en niet de ziekte.

Basisbehoeften centraal
Bij persoonsgerichte zorg staan de basisbehoeften van mensen met dementie centraal. Kitwood stelt dat wanneer er niet aan een behoefte wordt voldaan, iemand niet kan functioneren als een persoon. Mensen met dementie hebben dezelfde behoeften als mensen zonder dementie. Bij iemand met dementie komen deze behoeften echter sterker tot uiting, omdat de persoon kwetsbaarder is en vaak zelf niet meer in staat om zijn behoeften te vervullen.

Kitwood omschrijft vijf basisbehoeften die bij dementie extra sterk aanwezig zijn:

1. ***Troost:*** Troosten houdt het bieden van warmte en kracht in. Dit stelt mensen met dementie in staat overeind te blijven wanneer zij de grip op het leven dreigen te verliezen.

2. ***Gehechtheid:*** Mensen met dementie hebben waarschijnlijk net zo'n sterke behoefte aan gehechtheid als jonge kinderen, doordat het leven wordt overschaduwd door onzekerheden en angsten. Zij hebben iemand nodig waaraan zij zich kunnen hechten.

3. ***Participatie*:** Bij mensen met dementie komt de sociale natuur van de mens extra naar boven. Er is een sterke behoefte om erbij te horen.

4. ***Bezigheid:*** Het is belangrijk, dat mensen met dementie betrokken zijn in het leven op een voor hen van significante betekenis zijnde manier. Dit moet gebaseerd zijn op de vermogens en krachten van de persoon. Het betekent, dat mensen een soort project hebben. Dit kan werk zijn, een hobby, of simpelweg spelen. De levensgeschiedenis van een persoon kan helpen om een geschikte activiteit te vinden.

5. ***Identiteit****:* Wanneer mensen de grip op het leven verliezen, dreigt men ook de identiteit te verliezen. Identiteit wordt bij mensen met dementie met name ontleend aan de omgang met anderen en aan wat je doet. Hiervoor is persoonlijke veiligheid, warmte en affectie nodig. Weer zijn de levensgeschiedenis en ook empathie belangrijke uitgangspunten.

Hiernaast benoemde behoeften zijn allemaal met elkaar verbonden en zijn even belangrijk. Een overstijgende behoefte is de behoefte aan liefde. Het verbeteren van de zorg voor mensen met dementie begint bij het verbeteren van de kwaliteit van de interactie tussen zorgverleners, naasten en personen met dementie, zodat behoeften kunnen worden herkend en erkend en mensen in staat zijn hun eigen leven te leiden. Hierbij wordt het belang benadrukt, dat de zorgverlener en naasten hun eigen angsten en boosheid onderkennen. Zorgrelaties moeten gebaseerd zijn op empathie en niet op projectie van de eigen gevoelens. De zorgorganisatie moet het gehele proces van persoonsgerichte zorg bewaken.

b) De betekenis van de omgeving (materieel en immaterieel)

Een betekenisvolle omgeving waarin een persoon met dementie verblijft, biedt de geborgenheid en veiligheid waar behoefte aan is en draagt bij aan de kwaliteit van leven. Kleinschalig wonen vormde de eerste stap richting een betekenisvolle omgeving.

De ervaring binnen WarmThuis heeft geleerd, dat het wonen met meerdere mensen in een groep niet alleen voordelen heeft. Het leven in een groep met mensen waar je niet zelf voor gekozen hebt, kan ook voor grote uitdagingen zorgen. Iedere bewoner neemt zijn of haar eigen gewoontes, normen, waarden, wensen en behoeften mee. Het leven in een groep is geen doel op zich. Het kan wel een belangrijke verrijking voor het leven van de bewoner opleveren, maar de mate waarin iemand deel wil nemen aan het groepsproces of juist meer op zich zelf wil zijn, kan per individu heel verschillend zijn. Steeds zal gekeken moeten worden wat passend is voor de betreffende bewoner. De woonomgeving dient de mogelijkheid te bieden om hier flexibel mee om te gaan, zodat voor iedere bewoner hierin een goede balans kan worden gevonden.

Dit vraagt in bepaalde situaties ook een andere vorm van begeleiding. Begeleiders en verzorgenden zullen er minder op gericht moeten zijn om bewoners te betrekken bij het groepsproces. Er zal meer aandacht moeten zijn voor de juiste ondersteuning in situaties waarin de bewoner niet wenst deel te nemen aan het groepsproces. Het is niet voor iedereen altijd gezellig om met z'n allen aan tafel te eten, tv te kijken of koffie te drinken.

Voor sommige mensen kan dit juist helemaal niet gezellig zijn en soms juist grote spanningen oproepen. Het is belangrijk dat bewoners hun eigen keuzes kunnen maken en dat begeleiders hen daarbij ondersteunen en dit mogelijk maken.

Belangrijke kenmerken van kleinschalig wonen zijn:

- Een voor mensen met dementie als woning herkenbare huisvesting (archetype huis).
- Een woonomgeving die uitnodigt om gebruik te maken van de directe omgeving en mogelijkheden biedt tot het doen van activiteiten
- Groepen van maximaal 7 bewoners
- Een woonkamer en eigen slaapkamer ingericht in samenspraak met de bewoner en/of de naasten.
- Herkenbare huishoudelijke activiteiten
- Een logische interne (en externe) architectuur
- Heldere zichtlijnen
- Een vast team van empathische en deskundige medewerkers

Dit was een goede stap vooruit, maar een betekenisvolle omgeving gaat verder door de behoeften van de bewoner als uitgangspunt te nemen en deze persoon zoveel mogelijk te ondersteunen bij het realiseren van een betekenisvolle dag.

Voortvloeiend uit warme, persoonsgerichte zorg kan een omgeving het volgende betekenen voor de persoon met dementie:

- ***Compensatie*:**
  De omgeving compenseert de cognitieve achteruitgang, omdat de bewoners beter in staat zijn zichzelf te oriënteren. Mensen raken minder in de war, de omgeving is niet bedreigend en mensen weten beter de weg in huis.

- ***Prikkels*:**
  De huiselijke omgeving biedt herkenbare non-cognitieve (sensorische) prikkels.
  De sensorische functies van mensen met dementie zijn minder of niet aangetast en in sommige situaties mogelijk zelfs sterker. Door bijvoorbeeld zelf te koken in de woongroep en de etensgeuren, die hiermee gepaard gaan, krijgen mensen trek in eten.

- ***Veiligheid*:**
  De omgeving biedt veiligheid. De overzichtelijkheid, de vertrouwde spullen en de bijna voortdurende zichtbaarheid van de verzorgende voorkomt angst.

- ***Thuis zijn*:**
  Een woonvoorziening voor mensen met dementie is een plek waar bewoners tot hun dood blijven wonen. Het is het huis van de bewoners. Instellingskenmerken zoals uniformen, bewegwijzering, vaste dagindeling en maaltijden die centraal aangeleverd worden, passen daar niet bij. De woonvoorziening is huiselijk, ingericht met herkenbare meubels en persoonlijke spulletjes. Een huiselijke inrichting zorgt voor een verbeterd welzijn, meer sociale interactie, verminderde agitatie, verminderd 'uitgangzoekend gedrag', meer plezier, en een verbeterde functionaliteit (Day, Carreon & Stump, 2000).

- ***Bewoners nemen deel aan het huishouden:***
  Het huishouden geeft betekenis aan het leven van de bewoner. Autonomie, eigen regie en privacy van bewoners zijn daarbij van groot belang. Bewoners bepalen de invulling van de dag en wat er wordt gegeten. Koken gebeurt in de woongroep zelf.

- ***Participatie:***
  Kleine, overzichtelijke groepen van bewoners met zoveel mogelijk herkenbare achtergrond en leefstijl faciliteert participatie.

- ***Betrokken en deskundige medewerkers:***
  De zorg voor mensen met dementie vraagt om empathische, betrokken en deskundige medewerkers. Met kleine vaste teams leren de medewerkers de bewoners goed kennen en ontstaat een hechte band. Waarbij de (zorg)medewerker zich verdiept in de levensgeschiedenis.

- ***Adaptatie:*** Een betekenisvolle omgeving waarin bovenstaande uitgangspunten zijn verwerkt, maakt de aanpassing (adaptatie) aan de nieuwe leefsituatie makkelijker om aan deel te nemen.

c) Samenwerking in de driehoek

Het leven bij WarmThuis krijgt vorm in een samenwerking tussen bewoner, de naasten/ het netwerk en de medewerkers/ vrijwilligers. Zij vormen met elkaar een driehoek met als gezamenlijk doel een fijne, betekenisvolle dag. Iedere dag weer.

Deze samenwerking heeft de volgende kenmerken:

- De visie van WarmThuis is het vertrekpunt bij alles wat wij doen
- Het realiseren van een fijne, betekenisvolle dag is een gezamenlijke verantwoordelijkheid
- Het is een gelijkwaardige samenwerking op basis van respect en vertrouwen
- In gesprek gaan en blijven over wensen, verwachtingen en grenzen. Over alledaagse onderwerpen, maar ook over moeilijke onderwerpen, zoals het naderend levenseinde en afscheid nemen.

Bewoner
zoveel mogelijk een
eigen leven blijven leiden,
welzijn, betekenisvolle dag

Naasten/netwerk
onderdeel blijven
van het leven van de bewoner

Medewerker/vrijwillger
goed, leuk en betekenisvol
(samen)werk(en)

(Bron: Vilans 2020; wensen, verwachtingen en grenzen in de driehoek)

De personen in de genoemde driehoek hebben ieder hun eigen rol;

- ***Bewoner***

De bewoner wil zoveel mogelijk het eigen leven blijven leiden en eigen regie houden over het leven. De samenwerking van de driehoek vindt plaats in zijn of haar privé-omgeving. Alle andere betrokkenen houden daar rekening mee.

- ***Naasten/ netwerk***

De naasten en het sociale netwerk willen zo plezierig als mogelijk het leven voortzetten met de bewoner en bepalen in hoge mate het welbevinden van de bewoner. Met de partner vormt de bewoner vaak een twee-eenheid, maar ook vrienden, familie en kennissen zijn heel belangrijk; de vertrouwde gezichten en stemmen. Al deze mensen blijven zoveel mogelijk onderdeel van het leven van de bewoner.

- ***Medewerkers***

De medewerkers van WarmThuis zijn professionals, de constante factor en spil van de organisatie. Zij zorgen dat het wonen, welzijn en de zorg op de woning van hoge kwaliteit is. Zij bieden warme, persoonsgerichte zorg aan de bewoners en stellen zich gastvrij en respectvol op naar de naasten van de bewoners.

In steeds opnieuw wisselende situaties acteren zij als evenwichtskunstenaars en streven zij ernaar om een fijne dag te maken met bewoners en naasten. De medewerkers zijn blijvend in gesprek met de bewoners en naasten hoe dit doel bereikt kan worden.
De naaste krijgt alle ruimte om daaraan bij te dragen. De medewerkers gaan een langdurige zorgrelatie aan met bewoners en naasten. Vanuit die relatie bieden zij houvast als bewoners en naasten daar behoefte aan hebben. Vanuit de opgebouwde relatie kunnen ze zich verplaatsen in de ander. Er wordt verwacht van medewerkers dat zij de uitdaging aangaan om het spanningsveld, wat kan ontstaan binnen de kernwaarden, eigen regie en vrijheid en het leveren van goede, kwalitatieve zorg, vorm te geven.
De medewerkers hebben een groot aantal competenties: zich betrokken op kunnen stellen, nabij kunnen zijn, grenzen kunnen stellen, open, flexibel, creatief, deskundig en zichzelf zijn.

- ***Vrijwilligers***

Vrijwilligers bij WarmThuis zijn van grote waarde en dragen in hoge mate bij aan een fijne, betekenisvolle dag voor de bewoners. Dat doen zij op directe wijze door bijvoorbeeld mee te draaien in het huishouden van de woning, activiteiten te ondernemen met bewoners of als chauffeur mensen te halen en brengen voor de dagsociëteit. Dat doen zij op indirecte wijze door mee te helpen aan organisatorische zaken, zoals bijvoorbeeld het schrijven van de externe nieuwsbrief. Vrijwilligers zijn zeer welkom bij WarmThuis, waarbij eigen interesses, kennis en kunde het vertrekpunt zijn bij de invulling van de werkzaamheden.

- ***Grote dynamiek***

De woningen van WarmThuis vormen een sociale eenheid met wel dertig verschillende deelnemers; bewoners, naasten, medewerkers, vrijwilligers, (para) medici. Al deze mensen zijn in eerste instantie onbekenden voor nieuwe bewoners en hun naasten. Naasten zijn vaak aan eind van hun Latijn op het moment dat iemand bij WarmThuis komt wonen.
We hechten veel belang aan welkom heten en wegwijs maken van de nieuwe bewoner en de naasten.

5 ORGANISATIE-PRINCIPES

Bij WarmThuis gelden de volgende organisatorische uitgangspunten:

- De vraag van de bewoner, logeergast en deelnemer staat centraal en de inrichting van de organisatie is gericht op het creëren van voorwaarden om de mens met dementie een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bieden.
- De mens met dementie behoudt zoveel mogelijk de regie over het eigen leven en de verwanten en medewerkers ondersteunen hen hierbij. De verwanten worden nadrukkelijk uitgenodigd om een belangrijke rol in het dagelijks leven van de mens met dementie te blijven vervullen. U kunt denken aan samen opstellen van het zorgleefplan e.d.
- Er wordt samengewerkt op basis van wederzijds vertrouwen en respect.
- Cliënten en medewerkers, vertegenwoordigd in cliënten verwantenraad en ondernemingsraad, hebben een toetsende functie en adviserende rol.
- Medewerkers krijgen ruimte om:
    * de visie in praktijk te brengen
    * zich te ontwikkelen
    * eigen interesses, kennis en kunde in te brengen in het werk
    * initiatief te nemen
    * te reflecteren op hun eigen handelen, maar ook dat van collega's
    * fouten te maken, als je een bewuste keuze hebt gemaakt en je bereid bent je hierover te verantwoorden
- De beschikbare (financiële) middelen worden zodanig ingezet dat dit optimaal bijdraagt aan het bieden van hoge kwaliteit van zorg, die gericht is op een zo goed mogelijke kwaliteit van leven voor de mens met dementie.
- Een efficiënte en effectieve inzet van(financiële) middelen betekent, dat er steeds een zorgvuldige afweging wordt gemaakt tussen het inhuren van ondersteunende functies (zoals personeelszaken, administratie, medische zorg etc.) of het in dienst nemen van medewerkers voor het uitvoeren van deze ondersteunende functies.
- Onafhankelijk van deze keuze is het van groot belang om te bewaken dat de directe zorg leidend blijft en de ondersteunende functies er primair op gericht zijn om de medewerkers die de directe zorg leveren zo optimaal als mogelijk hun werk te laten doen.
- Grensverleggende keuzes kunnen gemaakt worden, waarbij de bedoeling leidend is en het schuren langs regels niet uit de weg wordt gegaan
- De visie is het vertrekpunt bij alles wat we doen
- Niet regels zijn-, maar gezond verstand is leidend
- Alles kan, tenzij het niet kan … maar dan heb je wat uit te leggen
- Alles wat we ondernemen houden we zo eenvoudig mogelijk

Het management zorgt voor alle voorwaarden die nodig zijn om de medewerkers goed te laten werken:

- Geeft de medewerkers alle ruimte om te werken binnen de grenzen van de visie.
- De organisatie is op orde (kwaliteit, personeel, financiën)
- Erkent, enthousiasmeert en coacht de medewerkers
- Houdt de visie levend met feedback, coaching, intervisie, visiedagen, scholing en nieuwsbrieven

De Raad van Toezicht vervult haar toezichthoudende rol in lijn met de organisatorische en inhoudelijke principes.

6 LITERATUURLIJST

- Alzheimer Nederland (2010).
  Cijfers en feiten over dementie. Bunnik, Alzheimer Nederland.

- Day, K., Carreon, D., & Stump, C. (2000).
  The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. The Gerontologist, *40*(4), 397 – 416.

- Houweling, Hans (1987).
  Warme zorg, een visie op psychogeriatrische zorgverlening.
  Tijdschrift voor Bejaarden-, Kraam-, en Ziekenverzorgenden, 20, 39 – 42.

- Houweling, Hans (1990).
  Laat je intuïtie spreken!
  Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatrie, 2, p.16-17

- Houweling, Hans (1993).
  Interview met hoogleraar Dick Sipsma.
  Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatrie, 28-32.

- Kitwood, T. (1997).
  Dementia reconsidered: the person comes first.
  Buckingham: Open University Press.

- Krijger, E. (2007).
  Kijkpunten kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie.
  Utrecht: Vilans.

- Miesen, B. (1990)
  Gehechtheid en dementie.
  Nijmegen, Katholieke Universiteit

- Miesen, B. (1993).
  Dementie dichterbij, een handreiking aan verzorgenden.
  Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Vilans (2020). Handreiking wensen, behoeften en grenzen in de driehoek.

Warm Thuis

WAAR JE MAG ZIJN