Afstudeerproject Christelijke Hogeschool Ede©



**Methodisch werken op De Schutse**

**Auteurs**

Pedro Peene

Caroline de Bree

**Begeleiders**

Andries Scherpenzeel (afstudeerbegeleider)

Clarina van Kekem (werkbegeleider)

**Datum**

18 mei 2011

# Inhoudsopgave

[Inhoudsopgave 2](#_Toc293494807)

[1. Samenvatting 5](#_Toc293494808)

[2. Voorwoord 6](#_Toc293494809)

[3. Inleiding / achtergronden van het project 7](#_Toc293494810)

[3.1 Achtergronden van het project 7](#_Toc293494811)

[3.1.3 Macro 7](#_Toc293494812)

[3.1.2 Meso 8](#_Toc293494813)

[3.1.3 Micro 8](#_Toc293494814)

[3.2 Aanleiding 8](#_Toc293494815)

[3.3 Probleemstelling 8](#_Toc293494816)

[3.4 Vraagstelling 8](#_Toc293494817)

[3.4.1 Hoofdvraag 8](#_Toc293494818)

[3.4.2 Deelvragen 8](#_Toc293494819)

[3.5 Doelstelling 8](#_Toc293494820)

[3.6 Afbakening onderzoek 9](#_Toc293494821)

[3.7 Doelgroepbeschrijving 9](#_Toc293494822)

[4. Visie 10](#_Toc293494823)

[4.1 Welke rol speelt een methode of een methodiek in het tot stand komen van goede professionele zorg? 10](#_Toc293494824)

[4.1.1 De basis van goede zorg 10](#_Toc293494825)

[4.1.2 Een beschreven methodiek als basis van professionele zorg 11](#_Toc293494826)

[4.2 Welke persoonlijke voorkeuren hebben wij als hulpverleners in ons handelen? 13](#_Toc293494827)

[4.2.1 Pedro 13](#_Toc293494828)

[4.2.2 Caroline 13](#_Toc293494829)

[5. Methode 16](#_Toc293494830)

[5.1 Onderzoeksmethode 16](#_Toc293494831)

[5.1.1 Interview 16](#_Toc293494832)

[5.1.2 Enquête 16](#_Toc293494833)

[5.1.3 Literatuuronderzoek 17](#_Toc293494834)

[5.1.4 Observatie 17](#_Toc293494835)

[5.2 Procedure 18](#_Toc293494836)

[6. Welke methodiek wordt er binnen De Schutse gebruikt? 19](#_Toc293494837)

[6.1 Hoe ziet het begeleidingsplan er globaal uit? 19](#_Toc293494838)

[6.1.1 Handleiding begeleidingsplan 19](#_Toc293494839)

[6.1.2 Procedure begeleidingsplan 19](#_Toc293494840)

[6.1.3 Conclusie 20](#_Toc293494841)

[6.2 Hoe ziet de Vlaskamp methode er globaal uit? 21](#_Toc293494842)

[6.2.1 De Vlaskamp methode 21](#_Toc293494843)

[6.2.2 Conclusie 21](#_Toc293494844)

[6.3 Wat zijn verschillen tussen het begeleidingsplan en de Vlaskamp methode? 22](#_Toc293494845)

[6.3.1 Normatief aspect 22](#_Toc293494846)

[6.3.2 Methodisch aspect 22](#_Toc293494847)

[6.3.3 Conclusie 23](#_Toc293494848)

[6.4 Hoe kijken hulpverleners die op de enquête hebben gereageerd aan tegen de methodiek? 24](#_Toc293494849)

[7. Welke methodes worden er vooral gebruikt? 25](#_Toc293494850)

[7.1 Enquête 25](#_Toc293494851)

[7.2 Interviews 25](#_Toc293494852)

[7.3 Conclusie 26](#_Toc293494853)

[8. Wat betekenen deze methodiek/methodes voor de dagelijkse praktijk? 27](#_Toc293494854)

[8.1 Wat zeggen de hulpverleners binnen het interview over het toepassen van methodieken en methodes in de dagelijkse praktijk? 27](#_Toc293494855)

[8.1.1 Hoe ziet de dagelijkse praktijk van begeleiders eruit? 27](#_Toc293494856)

[8.1.2 Welke rol vervult het begeleidingsplan in het dagelijkse handelen van begeleiders? 28](#_Toc293494857)

[8.1.3 Hoe wordt kennis van methodes omgezet in praktisch handelen? 28](#_Toc293494858)

[8.1.4 Welke rol vervult de orthopedagoog in de zorg voor cliënten? 29](#_Toc293494859)

[8.1.5 Conclusie 30](#_Toc293494860)

[8.2 Welke conclusies worden bevestigd in de dagelijkse praktijk? 31](#_Toc293494861)

[8.2.1 Wat valt op bij het observeren? 31](#_Toc293494862)

[8.2.2 Conclusie 31](#_Toc293494863)

[9. Welke aspecten hebben invloed op het slagen van het inzetten van een methodiek of methodes? 32](#_Toc293494864)

[9.1 Kennis 32](#_Toc293494865)

[9.1.1 Per opleiding/doelgroep 32](#_Toc293494866)

[9.1.2 Per functie 33](#_Toc293494867)

[9.1.3 Inwerkperiode. 34](#_Toc293494868)

[9.1.4 Bijscholing/zelfstudie 34](#_Toc293494869)

[9.1.5 Conclusie 35](#_Toc293494870)

[9.2 Visie op doelgroep 36](#_Toc293494871)

[9.2.1 Informatiebrochure 36](#_Toc293494872)

[9.2.2 Gedragscode 36](#_Toc293494873)

[9.2.3 Vanuit interviews 36](#_Toc293494874)

[9.2.4 Conclusie 37](#_Toc293494875)

[9.3 Werkdruk 38](#_Toc293494876)

[9.3.1 Vanuit het medewerkertevredenheid onderzoek 38](#_Toc293494877)

[9.3.2 Vanuit de cliëntraadpleging 38](#_Toc293494878)

[9.3.3 Vanuit de interviews 38](#_Toc293494879)

[9.3.4 Conclusie 40](#_Toc293494880)

[10. Hoe kunnen we de aanbevelingen over het methodisch werken op De Schutse implementeren? 41](#_Toc293494881)

[10.1 Wat zijn de conclusies over het methodisch werken op De Schutse? 41](#_Toc293494882)

[10.1.1 SWOT-analyse 41](#_Toc293494883)

[10.1.2 Algehele conclusie 42](#_Toc293494884)

[10.2 Mogelijkheden vanuit Vlaskamp 43](#_Toc293494885)

[10.3 Welke aanbevelingen willen we geven naar aanleiding van de conclusies van ons onderzoek? 44](#_Toc293494886)

[11. Discussie 47](#_Toc293494887)

[11.1 Over onderzoeksmethode 47](#_Toc293494888)

[11.2 Over de conclusies 47](#_Toc293494889)

[11.3 Over de aanbevelingen 48](#_Toc293494890)

[12. Literatuurlijst 49](#_Toc293494891)

[12.1 Boeken 49](#_Toc293494892)

[12.2 Site 49](#_Toc293494893)

[12.3 Documenten uit het kwaliteitshandboek van De Schutse 49](#_Toc293494894)

[13. Bijlage 50](#_Toc293494895)

[A. Antwoorden enquête 51](#_Toc293494896)

[B. Gecategoriseerde antwoorden open vragen. 64](#_Toc293494897)

[C. Opvallende verbanden vanuit de enqeute 72](#_Toc293494898)

[D. Resultaten vanuit de observatie 75](#_Toc293494899)

[E. Verslag Literatuurstudie 80](#_Toc293494900)

[F. Taakomschrijving orthopedagogen 85](#_Toc293494901)

[G. Procedure begeleidingsplan 88](#_Toc293494902)

[H. Handleiding begeleidingsplan 99](#_Toc293494903)

[I. Vragenlijst orthopedagoog 118](#_Toc293494922)

[J. Vragenlijst begeleider 121](#_Toc293494923)

[K. Resultaten interview 124](#_Toc293494924)

[L. Informatiebrochure voor cliënten 136](#_Toc293494925)

[M. Implementatie volgens Carla Vlaskamp 145](#_Toc293494926)

# Samenvatting

Dit project is gedaan binnen De Schutse, een instelling voor verzorging en begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking. Deze instelling heeft een reformatorische identiteit. Dit is een onderzoek naar de manier waarop methodes en methodieken ingezet worden in de begeleiding van de cliënten. Met de uitkomsten en aanbevelingen van dit onderzoek kan de organisatie bepalen waar zij hun verbetertraject op kunnen richten. Het onderzoek is gedaan door een enquête naar alle medewerkers te sturen die direct bij de zorg betrokken zijn, binnen alle locaties. Daarnaast zijn er drie interviews gehouden bij begeleiders en drie bij persoonlijk begeleiders, ook zijn er twee orthopedagogen geïnterviewd. Verder zijn er een aantal personen, zoals leidinggevende, locatiemanagers en kwaliteitsmedewerker benaderd met een aantal specifieke vragen, zoals vragen over scholing, of het mee laten denken over aanbevelingen. Er is literatuuronderzoek gedaan, daarin hebben we ons vooral verdiept in de Vlaskamp methode. Tenslotte hebben we verschillende protocollen kritisch bekeken.

Uit dit onderzoek blijkt dat er heel goed volgens het begeleidingsplan gewerkt wordt. Het begeleidingsplan is voor begeleiders een stok achter de deur om methodisch te blijven handelen. Het methodisch aspect van het begeleidingsplan dwingt begeleiders te begeleiden volgens het plan. In de wijze waarop het begeleidingsplan gehanteerd moet worden, zitten elementen van de Vlaskamp methode verweven. Er moet namelijk een persoonsbeeld, een perspectief, hoofddoelen en werkdoelen worden beschreven. Daarnaast wordt er regelmatig geëvalueerd. Toch is er van verschillende onderdelen van de Vlaskamp methode afgeweken. Het duidelijkste verschil is dat er geen activiteiten worden geformuleerd in het begeleidingsplan.

Voor het opstellen van het begeleidingsplan en het begeleiden van de cliënten in de dagelijkse praktijk, wordt een duidelijke, richtinggevende visie gemist. De visie van De Schutse is beknopt en algemeen, maar geeft geen normatief kader voor het invullen van het zorgplan en de dagelijkse begeleiding. Het is niet direct duidelijk wat De Schutse concreet belangrijk vind in de begeleiding van de cliënten.

Naast het begeleidingsplan worden ook wel methodes ingezet om methodisch te kunnen hulpverlenen. Dit is echter heel specifiek voor een aantal groepen. De meeste groepen werken niet volgens een concrete methode. Sommige elementen van een methode zijn wel bekend, maar bewust vanuit een methode handelen, wordt vaak niet gedaan. De oorzaak hiervan ligt in te weinig kennis. Vanuit de opleiding wordt er te weinig specifieke kennis meegegeven. Ook wordt er door verschillede begeleiders de mogelijkheid van scholing gemist vanuit De Schutse.

Binnen De Schutse is er een grote diversiteit aan doelgroepen, er zijn groepen waar de zorg voorop staat, er zijn groepen waar begeleiden voorop staat, er zijn groepen met kinderen en er zijn groepen waar mensen met een lichte verstandelijke beperking wonen of werken. Deze verschillende doelgroepen vragen ook een geheel eigen begeleidingsstijl. De complexiteit van de doelgroep maakt het lastiger om methodisch hulp te verlenen. Verder is er bij een heel aantal begeleiders, persoonlijk begeleiders en orthopedagogen sprake van een te hoge werkdruk, wat voor hen het methodisch werken in de weg staat. Dit zijn extra redenen om aandacht te besteden aan het methodisch werken, aangezien je door methodisch te werken meer bewust kan leren omgaan met complexiteit en tijdsdruk.

Orthopedagogen spelen een grote rol in de wijze waarop methodisch gewerkt wordt op De Schutse. Zij adviseren de teams bij de begeleiding van cliënten. Deze adviezen schelen wel onderling, want de orthopedagogen geven advies vanuit hun eigen voorkeuren. Daarnaast hebben orthopedagogen een belangrijke rol bij de totstandkoming van het begeleidingsplan. Ze zijn verantwoordelijk voor de uiteindelijke formulering van het begeleidingsplan.

# Voorwoord

Dit project is gedaan binnen De Schutse, een instelling ter verzorging en begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking. Wij zijn twee laatstejaars studenten van de Christelijke Hogeschool Ede. Wij hebben daar de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening gevolgd. Pedro heeft deze opleiding in de voltijd vorm doorlopen. Caroline heeft de deeltijdopleiding gedaan en daarnaast is zij al drie jaar werkzaam op De Schutse.

We willen iedereen bedanken die een aandeel hebben gehad bij de totstandkoming van dit verslag. Een aantal mensen willen we specifiek noemen. De Raad van Bestuur, dr. K. Ruitenberg, voor de mogelijkheid om af te studeren op De Schutse. Clarina van Kekem, onze werkbegeleider, die ons met haar kritische en enthousiaste houding heeft begeleid tijdens ons traject. Andries Scherpenzeel, onze afstudeerbegeleider, die ons vanuit school heeft begeleid en waardevolle tips gaf, en het proces goed bewaakte. Ook willen we alle medewerkers van De Schutse die de enquête hebben ingevuld bedanken. Daarnaast de medewerkers die zich wilden laten interviewen, namelijk: Ellie, Jennita, Paula, Lenette, Arjette, Hanneke, Heidi en Willeke. Ook willen we nog noemen: Bas Geerts, die door de interviews uit te typen een grote taak uit handen heeft genomen. Tot slot willen we een woord van dank uitspreken aan alle andere mensen die direct of indirect bij ons afstuderen zijn betrokken, het zij familie, vrienden of kennissen, allen hartelijk bedankt voor de betrokkenheid.

Allereerst is dit product geschreven voor de Raad van Bestuur van De Schutse, die met de uitkomsten van dit project het methodisch werken op De Schutse wil professionaliseren.

Verder zijn de afstudeerbegeleider en de werkbegeleider de beoordelaars van het project. Met een tevreden gevoel bieden we hen dit verslag aan.

Verder is dit verslag heel geschikt voor een eventuele werkgroep in de toekomst, die zich zouden inzetten om het methodisch werken op De Schutse te professionaliseren.

Tenslotte is dit verslag interessant om te lezen voor medewerkers van De Schutse die betrokken waren bij het onderzoek, of voor andere belangstellenden.

Van dit verslag kunt u verwachten dat het in kaart brengt hoe het methodisch werken op De Schutse is vormgegeven. Er wordt wat verteld over de methodiek, of het begeleidingsplan, over methodes en over de dagelijkse praktijk. De resultaten van ons onderzoek hebben geleid tot concrete aanbevelingen.

Voor dit product geldt de volgende hoofdvraag: Hoe kunnen we de kennis van methodes en het toepassen ervan binnen de methodiek van De Schutse vergroten?

De beantwoording van deze hoofdvraag vindt u verdeeld in de verschillende hoofdstukken. In hoofdstuk 1 is de samenvatting geschreven, waarin ons project wordt samen gevat. In hoofdstuk 2 vindt u het voorwoord, die informatie geeft over dit verslag. In hoofdstuk 3 leest u de inleiding van ons onderwerp, met de aanleiding en achtergronden van ons project. In hoofdstuk 4 leest u onze visie op dit onderwerp. Daarin beschrijven we ons ideaal. In hoofdstuk 5 beschrijven we onze onderzoeksmethode. Hoe hebben we ons onderzoek vorm gegeven? In hoofdstuk 6 geven we de resultaten van ons onderzoek die zich richten op het begeleidingsplan van De Schutse en de Vlaskamp methode, de verschillen tussen deze. Tenslotte staat er nog in dit hoofdstuk hoe hulpverleners die gereageerd hebben op de enquête aankijken tegen de methodiek. In hoofdstuk 7 wordt er beschreven hoe methodes worden ingezet door begeleiders. In hoofdstuk 8 beschrijven we de dagelijkse praktijk en hoe het begeleidingsplan en methodes daarin worden ingezet. In hoofdstuk 9 beschrijven we aan de hand van 3 thema’s welke aspecten invloed hebben op het slagen van het inzetten van een methodiek of methodes. Deze aspecten zijn kennis, visie en werkdruk. In hoofdstuk 10 staan de resultaten van ons onderzoek door middel van een SWOT-analyse overzichtelijk. We beschrijven hoe Vlaskamp de methode implementeert en tenslotte komen wij met concrete aanbevelingen. In hoofdstuk 11 staat in de discussie beschreven welke nog niet benoemde factoren een invloed kunnen hebben gehad op ons onderzoek. In hoofdstuk 12 staat alle gebruikte literatuur in een overzicht. In hoofdstuk 14 staan alle bijlagen.

# Inleiding / achtergronden van het project

## 3.1 Achtergronden van het project

### 3.1.3 Macro

Een instelling heeft verschillende richtlijnen waar hij aan moet voldoen. Deze zijn vastgelegd in wetten en worden gecontroleerd door de inspectie van de gezondheidszorg en de zorgautoriteit.

In de kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) staat onder andere in de artikelen 2 en 3 wat voor kwaliteitseisen er aan een zorginstelling worden gesteld.

Artikel 2: De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Artikel 3: De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Hierbij betrekt hij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. Voor zover het betreft zorgverlening die verblijf van de patiënt of cliënt in de instelling gedurende tenminste het etmaal met zich brengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten.

In de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zien we dat deze wet weergeeft waar een organisatie die langdurige zorg levert, aan moet voldoen wat betreft informatieverstrekking. In Wmg artikel 38, lid 4 t/m 7 staat dit als volgt verwoord:

Lid 4: Zorgaanbieders maken informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten, op een zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft in ieder geval de tarieven en de kwaliteit van de aangeboden prestaties en diensten.

Uit deze twee wetboeken blijkt heel nadrukkelijk het belang van het methodisch werken binnen een instelling. Men moet goede en verantwoorde zorg leveren en daarvoor de randvoorwaarden creëren. Ook moet men duidelijk kunnen verantwoorden hoe men deze zorg levert en waarom de zorg die een instelling levert goede zorg is, dit is niet alleen van belang voor de inspectie maar ook om goed in de markt te liggen. Het blijkt dat ook binnen de langdurige zorg steeds meer marktwerking is.

Ook wordt er in de KWZ gesproken over doelmatigheid. Het Centraal Plan Bureau (CPB, 2011) heeft op 19 april 2011 een onderzoeksprogramma aan de Tweede Kamer gepresenteerd over de toekomst van de zorg. In dit onderzoek wordt ook gesproken over doelmatigheid. Een grotere doelmatigheid in de zorg helpt om de spanning tussen individuele belangen en publieke kosten te verminderen. Belangrijke vraag is wel in hoeverre een verhoging van de doelmatigheid leidt tot een afname van de kosten. Doelmatigheid kan ook leiden tot hogere kosten, bijvoorbeeld wanneer dit gepaard gaat met een hogere kwaliteit. Onderzoek op dit terrein is lastig, onder andere omdat de zorg gekenmerkt wordt door vele interacties. Allerlei indirecte effecten kunnen de beoogde primaire effecten weer gedeeltelijk teniet doen.

Doelmatigheid is een eigenschap van een goede methodiek, een methodiek zet men in om een duidelijk bepaald doel te behalen. Allerlei factoren zijn van invloed op de manier waarop er methodisch gewerkt wordt. Het is belangrijk dat er goede randvoorwaarden gerealiseerd zijn, om het methodisch werken goed vorm te kunnen geven. Doelmatigheid en dus methodisch werken helpt in elk geval om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De vraag is echter of het ook de kosten vermindert. In eerste instantie zal er flink geïnvesteerd moeten worden in het professionaliseren van het methodisch werken binnen een organisatie. In de meeste gevallen wordt er een projectgroep opgericht en gaan die een onderzoek doen, deze mensen moeten betaald worden. Het oprichten van een projectgroep kost op deze manier al geld. Vaak moet er, wanneer het methodisch werken geprofessionaliseerd wordt, ook aandacht komen voor scholing. Scholing kost een organisatie vaak veel geld. Al met al is de vraag of de baten opwegen tegenover de kosten. De kwaliteit van zorg wordt echter wel verbeterd. Dit is ook beter voor de organisatie wanneer men kijkt naar de marktwerking die steeds meer opkomt binnen de zorg. Dat kwaliteit van de zorg verbeterd wordt, is erg belangrijk gezien de toekomst.

In het regeerakkoord (Rijksoverheid, 2010) van de VVD en CDA zoals deze bereikt is op 30 september 2010, staat namelijk dat men de manier waarop de zorg bekostigd wordt anders wil gaan vormgeven. Men wil overstappen naar een bekostigingssysteem gebaseerd op uitkomst/resultaat in plaats van handelingen om zorginstellingen te prikkelen hun zorg te verbeteren. Wanneer men methodisch werkt kan men een beter en duidelijker inzichtelijk resultaat beschrijven. Dit komt in de toekomst de bekostiging van de zorg ten goede.

### 3.1.2 Meso

Voor begeleiders is het belangrijk dat zij hun handelen kunnen verantwoorden. Dit kan op allerlei manieren. In de dagelijkse rapportage die zij maken, verantwoorden zij hun handelen. Iedereen schrijft deze rapportage echter vanuit hun eigen visie op de cliënt en op hun handelen. Ook het invullen van het begeleidingsplan gebeurt vaak vanuit eigen visie. Bij een gebrek aan kennis, is er dus sprake van intuïtieve zorg. Intuïtieve zorg kan men niet heel duidelijk verantwoorden. Daarom is het belangrijk om aandacht te geven aan de professionalisering van de zorg. Veel begeleiders worden opgeleid in methodes en kunnen daar vanuit werken. Het is echter daarnaast belangrijk dat er binnen een organisatie nagedacht wordt over een methode die aansluit bij de cliënten. Het is belangrijk om een gezamenlijke aanpak te hebben. Wanneer alle begeleiders vanuit een gezamenlijk methode werken kunnen ze hun visie en daaruit voortvloeiende handelen beter verantwoorden.

### 3.1.3 Micro

De manier waarop er methodisch gewerkt wordt binnen een instelling is van invloed op de cliënt. Door goed methodisch te werken, wordt het handelen van begeleiders beter gelegitimeerd. Men weet hoe er gehandeld moet worden en waarom men dat op die manier doet. Daarnaast zorgt methodisch werken ervoor dat begeleiders onderling op één lijn komen. Begeleiders handelen allemaal volgens die bepaalde methode, dit zorgt ervoor dat de begeleider op dat front voorspelbaar is voor de cliënt. Voorspelbaarheid zorgt bij mensen met een verstandelijke beperking in de meeste gevallen voor meer veiligheidsbeleving.

## 3.2 Aanleiding

Binnen De Schutse wordt er door veel begeleiders niet bewust methodisch gewerkt. Er is bijvoorbeeld een zorgplan, waarachter een hele methodiek zit. Daarvan zijn veel begeleiders niet op de hoogte. Op verschillende specifieke groepen worden er verschillende methodes gebruikt. Die worden niet gedeeld met elkaar, terwijl begeleiders daar wel baat bij hebben.

Cliënten krijgen een hele willekeurige aanpak door verschillende begeleiders, als zij geen kennis hebben van de methodiek. Dit maakt hulpverleners minder weerbaar en de zorg voor cliënten minder professioneel.

## 3.3 Probleemstelling

Binnen De Schutse is er te weinig kennis van de methodiek. Er is een Schutse-brede zorgplan, waar een methodiek achter zit, daar zijn de meeste begeleiders niet van op hoogte. De methodes die op sommige groepen wel worden ingezet, worden met andere groepen niet gedeeld.

## 3.4 Vraagstelling

### 3.4.1 Hoofdvraag

Hoe kunnen we de kennis van methodes en het toepassen ervan binnen de methodiek van de Schutse vergroten?

### 3.4.2 Deelvragen

1. Welke methodiek wordt er binnen De Schutse gebruikt?
2. Welke methodes worden er vooral gebruikt?
3. Wat betekenen deze methodiek/methodes voor de dagelijkse praktijk?
4. Welke aspecten hebben invloed op het slagen van het inzetten van een methodiek of methodes?
5. Hoe kunnen we deze methodes implementeren binnen de methodiek van De Schutse?

## 3.5 Doelstelling

* Wij weten welke methodiek en methodes er zijn binnen De Schutse.
* Wij weten hoe deze methodiek wordt toegepast en hoe verschillende methodes vooral worden toegepast door begeleiders, in hun eigen beleving/kennis/ervaring.
* We hebben geanalyseerd hoe methodieken en methodes worden toegepast door begeleiders.
* We hebben de werkbaarheid van de methodieken en methodes die toegepast worden, beoordeeld.
* Aan de hand van de werkbaarheid van de bestaande methodes komen we tot doelen voor het professionaliseren van methodisch handelen.
* We hebben een plan van aanpak hoe we deze doelen kunnen verwezenlijken.

## 3.6 Afbakening onderzoek

In het begin richtte we ons op alle aspecten van methodisch werken. Het onderzoek hebben we afgebakend door uit te gaan vanuit de methodiek en methodes. Vanuit deze gegevens hebben we vervolgens naar de dagelijkse praktijk en de werkbaarheid gekeken.

## 3.7 Doelgroepbeschrijving

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen De Schutse, een instelling ter verzorging en begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking. Voor meer informatie over De Schutse verwijzen wij u naar de informatiebrochure zoals deze is opgenomen in bijlage L.

# Visie

Wanneer onderzoek gedaan wordt, is het onmogelijk om aan subjectiviteit te ontkomen. De reden van onderzoek doen, is tenslotte al subjectief. Er wordt vanuit gegaan dat er iets verbeterd kan worden. Er is in dit onderzoek zo objectief mogelijk onderzoek gedaan. Toch zijn wij als onderzoekers niet vrij geweest van subjectiviteit. We willen daarom open zijn over datgene wat wij belangrijk vinden, wat betrekking heeft op ons onderwerp: het inzetten van methodes en methodieken in de dagelijkse praktijk.

Daarom willen we onze visie verwoorden op de volgende vragen:

1. Wat is voornamelijk belangrijk bij het bieden van goede professionele zorg?
2. Welke persoonlijke voorkeuren hebben wij als hulpverleners in ons handelen?

Dit stuk is geschreven vanuit het ideaal. Het betekent niet dat het bij De Schutse zo is. Sommige aspecten komen wel terug, andere niet, maar het is voor ons een beeld wat we belangrijk vinden.

## 4.1 Welke rol speelt een methode of een methodiek in het tot stand komen van goede professionele zorg?

Wanneer we spreken over goede zorg is er de neiging om te gaan vervallen in clichés zoals respect hebben voor de eigenheid van de cliënt, creatieve manieren zoeken om aansluiting te vinden met de cliënt, enzovoorts. Wanneer we spreken van professionele zorg ontkom je niet aan standaardtermen als gedegen scholing, kennis en dergelijke. Toch willen we een poging doen om een persoonlijke visie te formuleren op wat we belangrijk vinden aan goede professionele zorg.

We willen daarbij ingaan op:

1. De basis van goede zorg.
2. Een beschreven methodiek als basis van professionele zorg.

### 4.1.1 De basis van goede zorg

#### Direct contact

Goede zorg is iets wat gebeurt vanuit een motivatie van liefde. Wanneer het ‘hart voor mensen’ ontbreekt, is de basis niet goed. Een hart voor mensen hebben, uit zich in inzet. Dat laat je met je daden zien. Er zijn 8 grondvormen voor liefdevolle omgang (Ter Horst, 2008). We nemen deze graag over. Deze grondvormen zijn: aanraken, verzorgen, een maaltijd houden, kijken en luisteren, spelen, werken en leren, praten en rituelen delen. Het directe contact is dus het allerbelangrijkste in de hele zorg. Ter Horst schrijft in een ander boek hoe deze theoretische achtergronden door kunnen werken in de praktijk. Hij stelt daarbij Bij de omschrijving van de praktische toepassing van deze theorie (Ter Horst, 2006) wordt er ook een verantwoordelijkheid bij de opvoeder gelegd. Er wordt gesteld dat de opvoeder (hulpverlener) goed moet nagaan of deze in staat is alle randvoorwaarden voor de cliënt kan realiseren. Dit houdt ook in dat de opvoeder bij zichzelf na moet gaan of hij/zij in staat is om in direct contact met het kind/cliënt te staan. Wanneer dit het geval is, wordt er aan de hand van de theorie gekeken naar wat het kind allemaal nodig heeft om optimaal te kunnen functioneren en dus ook om het directe contact aan te gaan.

Het contact is het belangrijkste van de gehele hulpverlening. Door dat contact kan je de cliënt leren kennen en erachter komen waar je de hulpverlening op moet richten. Daarnaast kan je pas hulpverlening vormgeven als je in contact staat met de cliënt. De cliënt moet veiligheid bij de hulpverlener kunnen ervaren. Al de investeringen in het professionaliseren mag nooit betekenen dat er gaat gesneden worden in het directe contact met cliënten.

#### Afstand en nabijheid

Er is nog een kanttekening die we moeten plaatsen. Als begeleider[[1]](#footnote-1) heb je een paradoxale rol. Je geeft liefde, maar krijgt ervoor betaalt. Zorgen is je werk. De liefde van hulpverleners heeft een grens. Voor iedere hulpverlener is het daarom de kunst om een balans te vinden in afstand houden en nabij komen in de hulpverleningsrelatie. Het boek met daarin het opleidingsprofiel en opleidingskwalificaties voor de Sociaal Pedagogische hulpverlener (Stuur, 2009) heeft dit aspect van de hulpverlening in de titel, namelijk: ‘De creatieve professional, met afstand het meest nabij’.

Daarin wordt het volgende omschreven: *“de voornaamste competentie van de Sociaal Pedagogische Hulpverlener bestaat uit: inventiviteit, verbeeldingskracht en het kunnen bedenken van onorthodoxe aanpak voor dikwijls nieuwe en ingewikkelde problemen en situaties. De Sociaal Pedagogische Hulpverlener is bij uitstek degene die nabijheid hoog in het vaandel heeft. In het leven van alledag geeft hij vorm aan een professionele behandelrelatie. Als deelnemer aan de dagelijkse woon- en leefsituatie zal de Sociaal Pedagogische Hulpverlener met de cliënt en het cliëntsysteem zoeken naar zinvolle bestaansmogelijkheden. Van de Sociaal Pedagogische Hulpverlener wordt dus het nodige verwacht. Samenwerken in het leven van alledag met de cliënt, het cliëntsysteem en andere professionals. Het hanteren van tegenstellingen en conflicten nemen in zijn werk een belangrijke plaats in. Als hoger opgeleide kan hij omgaan met complexiteit, beschikt hij over een groot reflectievermogen, kan hij zijn handelen verantwoorden en legitimeren en draagt hij bij aan de ontwikkeling van het beroep.*“

Dit is een spanningsveld voor de begeleider. Het is moeilijk om een goede balans te vinden in afstand en nabijheid. Wanneer deze balans doorslaat naar de afstand is het moeilijk om in goede relatie met de cliënt te staan. Slaat deze balans door in nabijheid is het moeilijk om professioneel te blijven. Lukt het niet om professioneel te blijven, dan gaat dit vaak ten koste van het welzijn van de hulpverlener.

#### Driehoeksrelatie

We kunnen de opvoedingsrelatie zoals die is tussen hulpverleners en de cliënt niet een opvoedingsrelatie noemen zoals die is bedoeld. Wij vinden dat opvoeding in normale gevallen bij ouders hoort. Ook in de hulpverlening moeten ouders daarom actief betrokken worden in het hulpverleningsproces. Chiel Egberts (Egberts, 2010) heeft een boek geschreven over het belang van de rol van ouders in het hulpverleningsproces. Hij geeft aandacht aan het feit dat elk kind geboren wordt in een driehoek met een moeder en een vader, de allerbelangrijkste driehoek in een mensenleven. Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak hun leven lang zorg nodig. Vaak nemen professionals uiteindelijk die zorg van de ouders over. Maar daarmee zijn de ouders niet uit beeld. Het kind gaat weliswaar hun huis uit, maar verdwijnt daarmee niet uit hun leven.

Meer dan vroeger het geval was, wensen ouders zeggenschap in de driehoek cliënt, ouders en begeleider. Hoe terecht en vanzelfsprekend dit ook is, het stelt professionele begeleiders wel voor een spannende opgave. Aan de ene kant hebben ze ruimte nodig om hun werk goed te kunnen doen. Aan de andere kant zijn ze net aan het leren om vooral cliënten ruimte te geven om waar mogelijk hun eigen keuzes te maken. De driehoek kan men dus zien als een puzzel met drie stukjes die elk op hun eigen plek moeten vallen.

### 4.1.2 Een beschreven methodiek als basis van professionele zorg

Van tevoren moet er nogmaals gezegd worden dat we in dit stuk ons ideaal beschrijven. We projecteren in onderstaand stuk ons ideaal op De Schutse. Dit betekent niet dat de zorg bij De Schutse precies zo is vormgegeven.

#### Methodisch werken

Om een goede zorg te leveren, is dus professionaliteit nodig.

Professionele zorg ontstaat door doelbewust te handelen. Hulpverleners handelen volgens een systematisch plan. Dat plan ontstaat vanuit de kennis en ervaringen die hulpverleners hebben. Die kennis wordt opgedaan door een opleiding te volgen. Ervaring doe je door de tijd op, in de omgang met mensen. Toch is het belangrijk om te blijven investeren in vaardigheden als reflecteren en hulpverleningstechnieken, want deze vaardigheden zijn niet per definitie een automatisme, wanneer ze eenmaal zijn aangeleerd. Een methodiek kan het middel bij uitstek zijn om doelbewust te handelen.

#### Visie

De beschreven methodiek komt voort vanuit een visie. De instelling wil zorg bieden aan mensen die hulp nodig hebben. In het geval van De Schutse zijn dit mensen met een verstandelijke beperking. De doelgroep is afgebakend, zodat de zorg op deze afgebakende groep kan worden aangepast. Deze afgebakende groep, zijn mensen met een verstandelijke beperking, die een reformatorisch achtergrond hebben. De zorg wordt daarom vanuit de Bijbel en reformatorische normen (zoals belijdenisgeschriften en tradities) vormgegeven. Daarmee is er al een bepaalde richtlijn geformuleerd, namelijk Bijbels en reformatorisch. Alleen zijn dit nog hele grote begrippen, die algemeen kunnen beantwoorden, want de Bijbel zegt dat er zorg gedragen, moet worden voor de naaste en voor de zwakkeren. We willen dit hieronder specifieker uitwerken.

#### Bijbelse zorg

De Bijbelse zorg komt voort uit liefde tot God en tot de naaste. Die barmhartigheid komt tot uiting, doordat de hulpverlener omziet naar de cliënt zoals hij/zij is. De eigenheid van de cliënt wordt gerespecteerd. Verwachtingspatronen worden daarom aangepast aan de mogelijkheden van de cliënt. Cliënten worden zoveel mogelijk gestimuleerd om zich te ontplooien. Die ontplooiing komt stand door een basis van veiligheid, door een duidelijke structuur en een betrouwbare balans tussen vrijheid en sturing. Die balans wordt gezocht door de cliënt een actieve en sturende rol te geven, met in achtneming van de draagkracht van de cliënt. In de zorg wordt er daarom vanuit de kennis en ervaring van deskundige mensen om de cliënt heen steeds opnieuw een goed onderbouwd persoonsbeeld en een reëel toekomstperspectief voor de cliënt geformuleerd. Naast de verschillende hulpverleners worden ook ouders gezien als deskundige van de cliënt en worden daarom actief betrokken in het hulpverleningsproces. Hoewel ouders (hoe moeilijk het ook geweest kon zijn) de opvoeding uit handen hebben moeten geven, zijn zij de natuurlijke opvoeders van de cliënt. Hulpverleners kunnen die liefde en verbondenheid niet geven aan de cliënt, die ouders in zich hebben en daarom worden de ouders ook actief betrokken in het hulpverleningsproces.

Christen zijn is ten diepste het belangrijkste in een mensenleven en daarom wordt de zorg hierop aangepast. Christen zijn is een zaak die voortkomt uit het hart. Dat is vaak niet meetbaar of zichtbaar. Toch komt christen zijn ook tot uitdrukking in het gedrag. Op De Schutse komt het tot uiting in het lezen en vertellen uit de Bijbel. De boodschap hieruit wordt geprobeerd op een eenvoudige wijze over te brengen. Verder komt het christen zijn tot uitdrukking in het bidden met en voor cliënten, in de kerkgang en in de gehele leefsfeer. Het gebruik van media, video en internet, de inhoud en vorm van muziekkeuze, vrijetijdsbesteding en kleding en haardracht zijn daarbij onder andere aandachtspunten. Zowel van de cliënt als van de groepsleiding wordt verwacht dat zij zich in de praktijk van alledag hieraan conformeren.

#### Visie integreren

Om deze visie waar te maken, worden de termen door middel van scholing geïntegreerd in het dagelijkse handelen van hulpverleners. Er wordt eens per jaar een visiedag gehouden (hulpverleners zijn verplicht eens in de twee jaar hier ook bij aanwezig te zijn, maar omdat er altijd mensen zijn die moeten werken of verplichtingen hebben, is er ruimte om eens in de twee jaar afwezig te zijn). Op die visiedag worden begeleiders toegerust in de basis, die ten grondslag ligt aan de hele methodiek. De orthopedagoog schoolt het team in de methodiek, op basis van de behoefte of de noodzakelijkheid om scholing te bieden. Het aanbod wordt afgestemd tussen de orthopedagoog en de teamcoördinator. De methodiek wordt aangepast aan specifieke situaties, doordat orthopedagogen de groepsbegeleiders en persoonlijk begeleiders adviseren en scholen vanuit verschillende methodes, die passen bij de situatie van de cliënt.

Verder zijn er belangrijke terugkerende vragen die hulpverleners zich dienen te stellen in het uitoefenen van hun beroep. Die vragen linken aan kernwoorden uit de visie. Bijvoorbeeld: ‘Wat is mijn verwachting van de cliënt?’ ‘Past die verwachting bij zijn mogelijkheden?’ ‘Krijgt de cliënt genoeg vrijheid?’ ‘Krijgt de cliënt genoeg sturing?’ ‘Voelt de cliënt zich veilig?’ Enzovoorts. Om deze vragen te kunnen stellen, worden er intervisiemomenten gecreëerd, waar hulpverleners binnen het team reflecteren op hun eigen handelen en onderliggende redenen. Dit wordt gedaan om openheid over het handelen te bewerkstelligen, zodat hulpverleners elkaar binnen het team kunnen opbouwen in het methodisch handelen.

Binnen De Schutse wordt er een begeleidingsplan gebruikt, zodat er middels een systematische cyclus optimaal gebruik wordt gemaakt van de kennis en ervaring van hulpverleners en betrokkenen van de cliënt. De methodiek zit geheel in dit begeleidingsplan verweven. In dat plan wordt ook ruimte gegeven aan onkunde, door te onderzoeken wat nog onduidelijk is over de cliënt. Door SMART beschreven doelen, die gezamenlijk gedragen worden is het mogelijk om gezamenlijk op deze doelen te evalueren.

De toepassing van de visie in de dagelijkse praktijk wordt gemeten door een meetinstrument, wat verweven zit in het evaluatieformulier.

## 4.2 Welke persoonlijke voorkeuren hebben wij als hulpverleners in ons handelen?

We willen hieronder allebei individueel beschrijven wat wij belangrijk vinden aan het handelen van hulpverleners.

### 4.2.1 Pedro

Voor mij is er een stelling, die ik van groot belang acht in de relatie tussen de hulpverlener en een cliënt.

De stelling is:

*Vrijheid moet evenredig zijn aan de verantwoordelijkheid om vertrouwen te krijgen.*

Voorbeeld: als je tegen iemand zegt: “Hier heb je geld, ga maar boodschappen doen,” dan geef je veel vrijheid aan diegene. Diegene moet deze verantwoordelijkheid kunnen dragen. Dat moet gelijk zijn. Als iemand die verantwoordelijkheid niet kan dragen, dus het fout doet, kan het vertrouwen beschadigd worden. Als iemand wel verantwoordelijkheden kan dragen, maar die vrijheid niet krijgt, beschadigt het vertrouwen ook.

Dit model geldt tussen personen, maar ook intern. Het gaat ook over vrijheid kunnen nemen en verantwoordelijkheid kunnen nemen. Dat moet ook gelijk zijn, anders beschadigt het zelfvertrouwen.

Voor de hulpverlener betekent dit dat de hulpverlener zich moet afvragen of de cliënt de verantwoordelijkheid kan nemen over zijn vrijheid en of de vrijheid te klein of te groot zou zijn.

Omdat ik geen praktijkervaring heb opgedaan met cliënten uit deze doelgroep ben ik beschroomd om een stellige visie neer te zetten op deze doelgroep. In ieder geval ben ik wel overtuigd van bovenstaande stelling. Dat betekent dat ik bij het werken met deze doelgroep zo goed mogelijk zou opletten wat de draagkracht en de draaglast is van de cliënt. Aan de hand daarvan kan ik bekijken hoeveel vrijheid ik als hulpverlener de cliënt zou geven. Hoeveel verantwoordelijkheid kan de cliënt dragen?

De ene methode geeft de cliënt veel vrijheid, daar speelt zelfverantwoordelijke zelfbepaling een grote rol. Bij de andere methode speelt sturing een grote rol, daar krijgt de cliënt minder vrijheid. Ikzelf denk dat er verschillende methodes zijn die je in verschillende situaties toe kunt passen. ‘Geef me de 5’ is heel praktisch en kun je goed toepassen. Mensen met autisme zijn hier goed bij gebaat. Deze methode ken ik dan ook en pas ik binnen mijn werk (binnen de psychiatrie) wel toe.

Wat ikzelf tenslotte nog belangrijk vind, is dat hulpverleners op creatieve manieren zoekt de cliënt uit te dagen. Muzisch werken, vind ik daarom belangrijk. Ik sta volledig achter de stelling: *Een spelend mens is zichzelf.* Als cliënten spelen, voelen ze zich veilig om zichzelf te zijn. Ik ben daarom een groot voorstander om steeds opnieuw speelse werkvormen te kiezen in het werken met cliënten.

Ieder mens vindt het leuk om iets te ontdekken, ook mensen met (meervoudig complexe) beperkingen. Daarom is het belangrijk om de cliënt steeds te blijven uitdagen met aansluitende spelvormen. Daarnaast maakt spelend werken het voor de hulpverlener zelf ook leuk, als hij/zij het speelse werken durft toe te laten, want het gaat ook over zelf grenzen durven overgaan.

Durf je te zingen met een cliënt? Durf je tegen een bal te schoppen of te slaan? Durf je iets te tekenen? Durf je een verhaal te vertellen? Het vraagt durf om muzisch te werken, maar het is een verrijking voor jezelf en voor de cliënt.

### 4.2.2 Caroline

Ik vind het dus heel belangrijk dat als je vanuit een bepaalde methodiek werkt, dat je dan daarvan ook de achtergrond, de principes en de visie kent. Dit is belangrijk zodat je als team op een lijn komt te zitten in het werk. Dat zorgt er weer voor dat de cliënt eenduidigheid ervaart in de begeleiding. Dat is de reden dat ik het heel belangrijk vind dat er methodisch wordt gewerkt binnen een instelling. Toch vind ik niet dat het hulpverlenen vanuit een methodiek je relatie met de cliënt in de weg moet staan. Het ligt er natuurlijk wel aan hoe je invulling geeft aan een methodiek. Ik zie mensen werken met conditionering en de manier waarop zij dat doen vind ik erg koud en afstandelijk. Dat is niet de manier waarop ik met cliënten wil werken.

Ik vind het belangrijk dat er in een methodiek die ik inzet de volgende aspecten verweven zijn:

1. Je kijkt naar de cliënt in relatie met begeleiding en omgeving. Bewustheid is daarom heel belangrijk.
2. Je probeert goed op te letten wat de cliënt jouw wil vertellen. Observeren en empathie (inlevingsvermogen) nemen daarin een belangrijke rol in.
3. Je bent jezelf in de relatie met de cliënt.
4. Als hulpverlener kijk je naar de cliënt als geheel en niet alleen zijn beperking.

De methodiek die ik op school heb geleerd, waar vanuit ik werk is de muzisch agogische methodiek. Ik gebruik heel veel muzische middelen in mijn werk. Het middel dat ik het vaakst gebruik is humor. Humor past goed bij mij en mijn persoonlijkheid en het sluit goed aan bij de bewoners. Mieke Janssens (Janssens, 2009) heeft een boek geschreven over humor in de zorg met mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Dat is precies de doelgroep waar ik mee werk. Wanneer ik lees waarom zij humor zo goed vind, zijn dat precies de aspecten waarom ik ook humor inzet. Humor kan gedragsproblemen helpen voorkomen en vastgelopen begeleidingssituaties doorbreken. Verder gebruikt zij humor als relativering. Dat is wat ik ook vooral in mijn werk doe. Ik probeer met humor ervoor te zorgen dat bewoners weer realistisch naar een bepaalde situatie of naar de omgeving kijken. Ook helpt het jezelf om, het soms toch wel pittige werk door de agressie die bewoners laten zien, te relativeren.

Humor past bij mij, het helpt mij in het werk en het werkt positief door op cliënten. Ik zet humor namelijk in met verschillende doelen:

1. Ik maak daarmee contact of een praatje met de cliënt en investeer daardoor in de relatie met de cliënt.
2. Ik relativeer samen met de cliënt de moeilijke situatie waar we inzitten.
3. Ik confronteer de cliënt met zijn gedrag door dit sterk te overdrijvend na te doen of te benadrukken.
4. Ik breng daarmee cliënten onderling met elkaar in contact.
5. Ik relativeer met mijn collega’s het soms toch wel heftige werk.

In mijn werk zet ik humor niet in om heftigheid of moeilijkheid uit te vlakken, maar wel om er makkelijker mee om te kunnen gaan.

Op de groep waar ik werk wordt het meest gewerkt vanuit de methode Heijkoop (Heijkoop, 1995). Deze methode is er in het kort gezegd op gericht om niet te kijken naar het probleemgedrag van cliënten maar veel meer naar wat de cliënt ons met het gedrag wil vertellen. Het doel is om het zelfvertrouwen van cliënten te vergroten en als begeleiders onderling meer op een lijn te komen in de begeleiding van de cliënt. Ik gaf net al aan dat ik het heel belangrijk vind om te kijken naar de persoon achter het gedrag en jezelf ook te laten zien zoals je bent. Daarom is dit een van de methodes die goed aanluit bij mijn persoonlijke visie en vind ik het fijn om vanuit deze methode te werken. Cliënten worden doormiddel van deze methode echt gehoord. Daarom is het mijn inziens een hele goede en fijne methodiek voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

Dat ik vanuit deze methode werk, betekent dat ik gericht ben op de relatie met de cliënt en kijk naar de cliënt als persoon. De cliënt voelt zich op die manier gehoord en ervaart dat hij of zij er mag zijn, ondanks het gedrag wat hij of zij laat zien. De nadruk ligt bij deze methodiek niet op het probleemgedrag maar op de cliënt achter het gedrag. Wanneer de cliënt dat ervaart en merkt dat zijn gedrag geen uitwerking heeft op jou en jullie relatie maar deze juist versterkt, voelt de cliënt zich veiliger. Wanneer de cliënt zich veiliger voelt durft deze cliënt meer aan en gaat hij meer doen en ontdekken met een goed resultaat. Wat tot gevolg heeft dat deze cliënt meer zelfvertrouwen heeft.

Mijn persoonlijke visie op de doelgroep is geïnspireerd door het visiedocument dat geschreven is bij het kwaliteitskader gehandicaptenzorg (VGN[[2]](#footnote-2), 2007).

Mensen met een beperking zijn burgers als ieder ander. Zij verdienen dezelfde kansen op een kwalitatief goed bestaan als mensen zonder beperking. Een kwalitatief goed bestaan betreft voor mensen met een beperking dezelfde soort zaken als voor elke burger, zoals gewaardeerd worden om wie je bent, zeggenschap hebben over je leven voor zover daarvoor de cognitieve en emotionele mogelijkheden zijn, verbonden zijn met andere mensen, deel hebben aan wat er in je omgeving gebeurt en van betekenis zijn voor anderen. Ook mensen met een beperking willen een leven leiden dat past bij hun mogelijkheden, wensen en ambities. Daarbij hebben zij veelal in mindere of meerdere mate zorg en ondersteuning nodig. Het is belangrijk dat er altijd gekeken wordt waar deze zorg nodig is en dat er niet ook te onpas zorg geleverd wordt. Dat staat de persoonlijke ontplooiing van de cliënt in de weg.

Veelal vormt de directe sociale omgeving de belangrijkste bron van zorg en ondersteuning. Daar waar de zorg- en ondersteuningsbehoeften de mogelijkheden van het individu en van zijn of haar directe sociale omgeving te boven gaan, komt professionele zorg en ondersteuning in beeld. Het is van belang dat er bij cliënten die in een instelling wonen, de thuissituatie niet op de achtergrond verdwijnt maar dat deze er juist actief bij betrokken wordt. Egberts (Egberts, 2010) stelt dat een cliënt nooit uit de zorg van ouders verdwijnt en dat ouders daarom ook actief bij de zorg betrokken moeten worden. Ik ondersteun die uitspraak. Ouders zijn vanaf het aller-prilste begin betrokken bij een cliënt en kennen de gehele geschiedenis van de cliënt. Van deze kennis en ervaring die er ligt bij ouders moeten professionals mijn inziens gebruik maken. Wanneer je als professional meer van het verleden en de context van de cliënt leert kennen, kan je het gedrag van cliënten vaak ook beter plaatsen. Cliënten gaan vaak nog eens in de zoveel tijd naar huis of ouders komen op bezoek in de instelling, de manier waarop deze interactie tussen ouders en cliënt verloopt, kan veel vragen beantwoorden. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld veel veiligheid haalt uit het feit dat hij niet de leiding heeft in een relatie met zijn begeleider, kan dit iets zeggen over wat er thuis gebeurd. Als hij daar namelijk wel de leiding heeft en het gaat vervolgens heel vaak mis, doet dit geen goed aan de veiligheid en het zelfvertrouwen van de cliënt. Er valt veel van ouders te leren in hoe men een cliënt kan begeleiden en waar gedrag vandaan komt. Dit zorgt ervoor dat wanneer men goed samenwerkt een betere en professionelere zorg kan bestaan.

# Methode

## 5.1 Onderzoeksmethode

Er is gekozen voor verschillende onderzoeksmethode om zo tot een zo goed mogelijk beeld te komen van hoe het methodisch werken er op De Schutse uitziet.

Er is gekozen voor 4 werkwijzen. We zullen per onderdeel toelichten, waarom we voor deze methode hebben gekozen, hoe dit onderzoek globaal vorm is gegeven en hoe we de resultaten hebben verwerkt. De 4 onderzoeksmethoden zijn:

1. Interview
2. Enquête
3. Literatuuronderzoek
4. Observatie

### 5.1.1 Interview

De belangrijkste onderzoeksmethode was het interview. Voor het interview hebben we een lijst met vragen voor begeleiders en één voor orthopedagogen opgesteld. Deze zijn te vinden in bijlage I en J. Het is belangrijk om zo volledig mogelijke informatie te krijgen. Om dat te krijgen is het vaak nodig om door te kunnen vragen, op die manier krijg je verdiepende informatie. Omdat dit bij interviews mogelijk is, hebben we voor deze onderzoeksmethode gekozen. We hebben een zo breed mogelijke groep geïnterviewd. De groep bestond uit:

* 2 orthopedagogen, willekeurig geselecteerd;
* 1 groepbegeleider van een gedragsgroep volwassen op wonen.
* 1 groepsleider van een kindergroep van wonen;
* 1 persoonlijk begeleider van een zorggroep voor volwassenen op wonen;
* 1 groepsbegeleider van een kindergroep van dagbesteding;
* 1 persoonlijk begeleider van een zorggroep volwassenen op dagbesteding
* 1 persoonlijk begeleider van een gedragsgroep volwassenen op dagbesteding.

De vragen die we hebben gesteld zijn tot stand gekomen vanuit de hoofdvraag en de bijbehorende deelvragen. Het interview hebben we opgezet in 3 delen. Deel 1 ging over de persoon die werd geïnterviewd, over de doelgroep waar mee werd gewerkt en een stuk persoonlijk visie. Deel 2 ging over theorie en de kennis van de doelgroep en methodes/methodieken die de hulpverlener had. Deel 3 ging over het methodisch werken in de dagelijkse praktijk, over het zorgplan, de samenwerking met collega’s en het resultaat van het methodisch handelen.

Het interview hebben we volgens de normen van de kwalitatieve onderzoeksmethode (Baarda, 2010) geanalyseerd, dat betekent dat we het volledige interview hebben uitgetypt, onrelevante informatie hebben geschrapt, fragmenten opgesteld, labels aan de fragmenten gehangen, kernlabels geformuleerd, daar de labels onder gezet. De kernlabels waren geformuleerd vanuit de deelvragen. Iedere deelvraag was een kernlabel. De verbanden en conclusies die we uit deze kernlabels konden halen, hebben we in ons onderzoek beschreven. Deze zijn weergegeven door de deelvragen heen.

Aangezien er in de uitgetypte interviews en de labels veel privacygevoelige informatie te vinden is, hebben we in bijlage K alleen het kernlabelschema weergegeven.

### 5.1.2 Enquête

We hebben gekozen om een enquête te houden onder alle medewerkers die waren betrokken bij de zorg van De Schutse om ook verbredende informatie te verkrijgen. We bereikten hiermee de gehele organisatie. Ondersteunende diensten, als het keukenpersoneel hebben we niet meegenomen, omdat zij niet betrokken zijn bij het methodisch werken. De vragen die we hebben gesteld met de antwoorden er direct achteraan zijn te vinden in bijlage A.

We hebben vragen gesteld over verschillende thema’s. Deze thema’s zijn werk, opleiding, kennis en methodisch handelen in de praktijk. We hebben verschillende soorten vragen gesteld.

De uitkomst van het interview hebben we onder elkaar gezet. De open antwoorden (fragmenten) die op elkaar leken hebben we onderverdeeld in labels, dit overzicht is te zien in bijlage B. Deze resultaten hebben we gebruikt door ons onderzoek heen in de beantwoording van de deelvragen. Opvallende verbanden vanuit de antwoorden op de gesloten vragen hebben we overzichtelijk gemaakt in bijlage C. Sommige van deze details hebben we gebruikt in de beantwoording van ons onderzoek. We hebben dat wel alleen gedaan als een andere onderzoeksmethode deze uitkomst bevestigde.

De enquête is naar ongeveer 200 mensen verstuurd, er kwamen echter maar 37 reacties. Voor onze gedachtegang hierover verwijzen we u naar de discussie die u kunt vinden in hoofdstuk 11.

### 5.1.3 Literatuuronderzoek

Toen we aan het begin van ons project erachter kwamen dat de Vlaskamp methode een belangrijke rol heeft gespeeld in het ontstaan van het begeleidingsplan zijn we ons verder gaan verdiepen in de Vlaskamp methode. Dit hebben we gedaan door de boeken te lezen van Vlaskamp, die ook in de literatuurlijst staan. Van deze boeken hebben we een samenvatting gemaakt. Bij het lezen hebben we de deelvragen in ons achterhoofd gehouden. Voor de beantwoording van deelvraag 1 hebben we voornamelijk het boek ‘Levensloop in perspectief’ gebruikt. Voor de beantwoording van deelvraag 5 hebben we het boek ‘Met zorg vernieuwen. Handreiking voor een succesvolle implementatie van het opvoedings-/ondersteuningsprogramma’ gebruikt.

### 5.1.4 Observatie

Omdat we het belangrijk vinden dat het methodisch werken ook daadwerkelijk zichtbaar is tijdens het direct contact met cliënten wilden we ook een observatie houden. Vanwege de beperkte tijd hebben we niet meer uitgebreid kunnen observeren. De observatie die we hebben gehouden, deden we daarom als toetsing van onze conclusies. De uitkomsten van deze observatie hebben uiteindelijk weinig relevante toevoeging gegeven aan ons onderzoek en hebben we daarom heel summier gebruikt in de beantwoording van deelvraag 3.

## 5.2 Procedure

In ons plan van aanpak hebben we beschreven hoe we het project wilden vormgeven. Dit plan van aanpak is door de tijd heen enigszins aangepast. De beschreven stappen vanaf het opzetten van de onderzoeksmethodes tot het analyseren van de informatie beschrijven we hieronder. Dit plan van aanpak gaat enkel over de onderzoeksmethode

Werkwijze:

* + We maken een enquête voor begeleiders en leidinggevenden waarin we peilen welke kennis er is van de methodiek en methoden en hoe ze die toepassen.
  + We analyseren deze gegevens en maken hier een rapport van.
  + We onderzoeken middels diepte-interviews welke rol orthopedagogen innemen bij het toepassen van de methodiek en verschillende methodes in de begeleiding.
  + We houden diepte-interviews met een aantal begeleiders en persoonlijke begeleiders.
  + We onderzoeken door literatuur wat belangrijks is om methodieken en methodes werkbaar te doen zijn.
  + Aan de hand van de resultaten uit de enquête met begeleiders en leidinggevenden, de diepte-interviews met orthopedagogen en de diepte-interviews met begeleiders komen we tot een conclusies op de vraag: ‘Welke methodiek wordt er binnen De Schutse gebruikt, welke methodes worden er vooral gebruikt en hoe wordt daar vorm aan gegeven in de begeleiding?’
  + We onderzoeken in een observatie of deze conclusies kloppen.

# Welke methodiek wordt er binnen De Schutse gebruikt?

Binnen De Schutse wordt een eigen methodiek gebruikt die verwoord en gehanteerd wordt door middel van het begeleidingsplan. Het begeleidingsplan is voor alle begeleiders de leidraad voor begeleiding en verzorging van cliënten. Uit een interview met een orthopedagoog is naar voren gekomen dat in het begeleidingsplan er elementen verweven zitten van de methode Vlaskamp. Dat is een bestaande methodiek. De methodiek binnen De Schutse is opgezet door een orthopedagoog. Er worden nog wel kleine wijzigingen doorgevoerd binnen het begeleidingsplan, maar de basis is gelegd.

Hiermee is antwoord gegeven op de basis maar er blijven wel verschillende vragen liggen die wel onderzocht zijn en belangrijke informatie verschaffen. Deze vragen zijn:

1. Hoe ziet het begeleidingsplan er globaal uit?
2. Hoe ziet de Vlaskamp methode er globaal uit?
3. Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen het begeleidingsplan en de Vlaskamp methode?
4. Hoe kijken hulpverleners die op de enquête hebben gereageerd aan tegen de methodiek?

## 6.1 Hoe ziet het begeleidingsplan er globaal uit?

In het kwaliteitshandboek staan er voor persoonlijk begeleiders enkele documenten die zij kunnen gebruiken als hulpmiddel voor het opzetten en invullen van het begeleidingsplan. In ‘procedure begeleidingsplan’ wordt er uitgelegd hoe het opzetten van een begeleidingsplan vormgegeven moet worden. De documenten ’Handleiding begeleidingsplan’ en ’procedure begeleidingsplan’ worden hieronder verder behandeld. Deze documenten zijn te vinden in bijlage G en H.

### 6.1.1 Handleiding begeleidingsplan

De handleiding is een hulpmiddel om het begeleidingsplan in te vullen. In het begeleidingsplan is een algemeen deel. Daarin worden *persoonlijke gegevens*, een *persoonsbeeld* en een *perspectief* beschreven. Verder worden *hoofddoelen* en *werkdoelen* opgesteld. Ten slotte worden de *zorgvraag/wensen beschreven*. Er zijn criteria of werkwijzen beschreven waarop deze aspecten moeten worden ingevuld. In hoofdstuk 6.3 leest u bij belangrijke verschillen tussen het begeleidingsplan en de Vlaskamp methode er iets over terug.

Het tweede deel wordt begeleidingsplan genoemd. Daarin staan een *overzicht van de werkdoelen*. Ook bij deze werkdoelen zijn criteria of werkwijzen beschreven. (Deze zijn SMART geformuleerd. Ze richten zich op iets wat de cliënt wil leren, of een aanpak die begeleiders uit willen werken en opzetten. Doelen richten zich op: Aanleren, afleren, in stand houden, observaties, uitwerken van een begeleidingsstijl.) In een *checklist* staan onderwerpen voor mogelijke werkdoelen.

Verder zijn er *ondersteuningsdoelen* die moeten worden beschreven, om te voorkomen dat eerdere doelen niet meer worden nageleefd, of dat de reden van bepaalde afspraken onbekend is.

Er is een deel beschreven wat gaat over *preventieve maatregelen* in verband met risico’s en er is een kopje *behandelaars* waaronder verslagen van fysiotherapie en logopedie worden gezet. Ten slotte zijn er nog *individuele protocollen*; gedragsprotocollen, medische protocollen, signaleringsplan en dergelijke.

In het derde deel staat de toestemmingsverklaring. Hierin wordt wel of niet akkoord gegaan met verschillende onderwerpen, zoals videobewaking. De cliënt of de wettelijke vertegenwoordiger tekent doormiddel van het plan op die manier een toestemmingsverklaring.

### 6.1.2 Procedure begeleidingsplan

In het document ‘procedure begeleidingsplan’ staat de manier waarop het begeleidingsplan moet worden ingevuld. Er zijn verschillende soorten procedures, voor verschillende doelgroepen. Er zijn namelijk cliënten die thuis of elders wonen en dagbesteding hebben op De Schutse. Verder zijn er cliënten die op De Schutse wonen en daar ook dagbesteding hebben. Er zijn ook cliënten die op De Schutse wonen, maar elders dagbesteding hebben. Ook zijn er nieuwe cliënten. Voor deze verschillende doelgroepen zijn ook andere procedures. Toch is er in het stappenplan een globale overeenkomst te vinden. Het stappenplan voor het invullen van het begeleidingsplan ziet er als volgt uit:

Info verzamelen

Opstellen beg.plan.

Evaluatie doelen

Vaststelling beg.plan

Beg.plan naar orthopdagoog

Gesprek beg.plan

Definitief beg.plan

### 6.1.3 Conclusie

Het begeleidingsplan bestaat uit 3 delen:

1. Het algemeen deel.

2. Begeleidingsplan.

3. Toestemmingsverklaring.

De totstandkoming van het begeleidingsplan staat beschreven in 2 documenten:

a. Handleiding begeleidingsplan.

b. Procedure begeleidingsplan.

## 6.2 Hoe ziet de Vlaskamp methode er globaal uit?

### 6.2.1 De Vlaskamp methode

Voor het beantwoorden van deze vraag is het boek ‘Levensloop in perspectief’ gebruikt. De samenvatting van dit boek vindt u in bijlage E.

De stappen die Vlaskamp doorloopt bij het begeleidingsplan vormen het ondersteuningsprogramma (Vlaskamp, 2005)[[3]](#footnote-3). Dit ziet er schematisch als volgt uit:

Uitvoering

Persoonsbeeld

Perspectief

Hoofddoel

Werkdoel

Activiteit

Rapportage

GAS\*

\* GAS staat voor Goal Attainment Scores. Hier komen we op terug in hoofdstuk 6.3

In het boek zijn de stappen inhoudelijk uitgewerkt. In hoofdstuk 6.3 worden de belangrijkste verschillen tussen de Vlaskamp methode en het begeleidingsplan bij De Schutse besproken. In dit verslag ligt de focus op de methodiek van De Schutse, daarom wordt de Vlaskamp methode niet uitgebreider beschreven.

Bij de Vlaskamp methode staat een beschreven visie op de zorg, die een belangrijke rol speelt in de methodiek. Het normatieve uitgangspunt van het ondersteuningsprogramma is: “*Personen met ernstige meervoudige beperkingen hebben recht op een situatie waarin zij in relaties met anderen een actieve en sturende rol spelen en tot optimale ontplooiing van hun mogelijkheden komen.*” Deze visie is in het boek verder uitgewerkt en zit verweven in de stappen van het ondersteuningsprogramma. Dit staat kernachtig verwoord in de volgende zin: *“Het normatieve aspect (wat vinden we belangrijk) stuurt. Dit komt tot uitdrukking in de keuze voor een perspectief, een hoofddoel en werkdoelen. Het methodische aspect (hoe doen we het) zorgt voortdurend voor de opbouw van kennis over de persoon door heel zorgvuldig te plannen, te rapporteren en te evalueren, en doordat de kennis van de ene discipline beschikbaar is voor een andere discipline.”*

### 6.2.2 Conclusie

De Vlaskamp methode bestaat uit het doorlopen van verschillende stappen, namelijk: Het persoonsbeeld beschrijven, een perspectief beschrijven, een hoofddoel formuleren, werkdoelen formuleren, activiteiten beschrijven, rapportage schrijven GAS maken en weer opnieuw beginnen bij het formuleren van het persoonsbeeld. Er is een visie geformuleerd, die een belangrijke rol inneemt in het doorlopen van de stappen. Alles bij elkaar vormt dit het ondersteuningsprogramma.

## 6.3 Wat zijn verschillen tussen het begeleidingsplan en de Vlaskamp methode?

### 6.3.1 Normatief aspect

Bij de Vlaskamp methode neemt het normatief aspect een belangrijke rol in. Bij het begeleidingsplan van De Schutse staat een methodisch aspect, maar geen normatief aspect. De Schutse heeft wel een visie geformuleerd[[4]](#footnote-4). Gods Woord speelt daarin een belangrijke rol. Er wordt ook gesproken over optimale ontplooiing, over de hulpvraag die wordt gekleurd door de diepste overtuigingen (identiteit). Er wordt gesproken over mensvisie, over de cliënt centraal, over rekening houden met ontwikkelingsniveau, aanleg, geaardheid, mogelijkheden en tempo. Er wordt hoge waarde gehecht aan eenheid tussen gezin, kerk en instelling. Er zijn ook huisregels geformuleerd.

De slag naar de praktijk wordt echter gemist. Wat betekent de visie van De Schutse voor de manier waarop naar bewoners wordt gekeken? Welk effect heeft dit op het handelen van hulpverleners? Bij de Vlaskamp methode is bijvoorbeeld wel uitgewerkt wat het normatieve uitgangspunt voor consequentie heeft op de visie op rust bij cliënten. Cliënten moeten zoveel mogelijk worden gestimuleerd en geactiveerd. “Laat Jan maar even in een hoekje zitten, anders wordt hij agressief” is bijvoorbeeld een uitspraak die door Vlaskamp kritisch is bekeken. Is rustig in een hoekje zitten wel het beste voor de cliënt? Of is dit misschien het prettigste voor de begeleider?

Vlaskamp geeft twee redenen om een normatief uitgangspunt te formuleren: *“Een specifiek normatief uitgangspunt draagt bij aan de afstemming van het aanbod op de vraag.” “Een tweede reden is dat zonder gemeenschappelijk normatief uitgangspunt het niet mogelijk is om te toetsen of de visie wel wordt waargemaakt in de praktijk.”*

### 6.3.2 Methodisch aspect

Allereerst moet gezegd worden dat er grote overeenkomsten zijn tussen het begeleidingsplan van De Schutse en de Vlaskamp methode. Er is gekozen om alleen de opvallende verschillen te benoemen.

Als eerste is te zien dat bij het beschrijven van het persoonsbeeld op andere onderdelen gelet wordt. Vlaskamp heeft specifieke instrumenten ontwikkeld waarmee er een gedetailleerd beeld ontstaat; hiermee wordt gerichte informatie verzameld om een beeld te vormen. Deze instrumenten zijn de Lijst Inventarisatie Persoonsbeeld en Zorg (IPZ) en het GedragsTaxatie Instrument (GTI). Bij het invullen van het persoonsbeeld in het begeleidingsplan van De Schutse worden er enkele diagnostische gegevens gebruikt. Andere instrumenten worden niet gevonden. Wel wordt er gelet op verscheidene beschreven onderdelen, die gebruikt worden als leidraad. We lezen daar bijvoorbeeld dat er een korte typering van de persoon moet worden gemaakt, wat kenmerkend is voor de persoon, wat ons intrigeert in hem, wat zijn eigenheid is enzovoorts. Er wordt op aspecten gelet als lichamelijke gezondheid, motorische en/of zintuiglijke beperkingen en niveau van functioneren. Bij Vlaskamp zien we hiernaast echter nog wat meer aandachtspunten bij het analyseren van alle verzamelde informatie en het bij het opstellen van het persoonsbeeld. Er staat bijvoorbeeld dat er onderscheid gemaakt moet worden tussen gedrag en interpretaties van gedrag, dat tegenstrijdigheden in de informatie duidelijk aangeven moeten worden en er zijn aandachtspunten geformuleerd voor de vormgeving.

Bij het beschrijven van werkdoelen in het begeleidingsplan van De Schutse hebben de (on)mogelijkheden van de cliënt geen duidelijk plaats in het formuleren van het werkdoel. Vlaskamp heeft hier echter wel een instrument voor ontwikkeld: De Lijst voor het afstemmen van Activiteiten en Situaties op de mogelijkheden en voorkeuren van volwassenen met ernstige meervoudige beperkingen (LAS)[[5]](#footnote-5). *“De LAS maakt je bewust van wat je al weet of waar je vragen over hebt als het gaat om het kiezen en aanbieden van activiteiten.”*

Er valt bij de methode van Vlaskamp op te merken dat er aandacht wordt gegeven aan ontbrekende informatie. Er wordt in het ondersteuningsprogramma aandacht gegeven aan vragen of onduidelijkheden bij betrokken disciplines over de cliënt. Zo zie je dat er automatisch ook doelen worden beschreven die zich richten op observaties of het verzamelen van kennis. Bij het formuleren van doelen binnen het begeleidingsplan van De Schutse wordt er wel ruimte gegeven aan ontbrekende of onduidelijke informatie, doordat observaties ook een doel kunnen zijn. Alleen deze komen dan niet duidelijk naar voren vanuit ontbrekende informatie in het persoonsbeeld en/of het perspectief.

Verder is als belangrijk verschil te zien dat Vlaskamp binnen het ondersteuningsprogramma activiteiten, rapportage en GAS als aparte onderdelen heeft beschreven, terwijl deze binnen het begeleidingsplan van De Schutse niet worden vormgegeven. Er wordt wel nagedacht over het aanbieden van activiteiten, dit valt te zien in de handleiding onder het punt ‘werkdoelen’. Er moet hier concreet worden beschreven hoe er aan het doel moet worden gewerkt en wie er verantwoordelijk voor is. Toch is de stap van het komen tot werkdoelen binnen het begeleidingsplan van De Schutse minder gedetailleerd dan het volgen van de stappen van rapporteren op het doel en beoordelen van in hoeverre het doel behaald is.

Uit de praktijk bij De Schutse is bekend dat er wordt gerapporteerd, ook op concrete punten. Alleen dit is niet besproken in de handleiding. Het invullen van Goal Attainment Scores, waarmee wordt beoordeeld in hoeverre een doel is behaald, wordt op een andere manier vormgegeven dan bij Vlaskamp, want maakt Vlaskamp gebruik van -1, 0, +1 en +2, wat staat voor respectievelijk achteruitgang, stilstand, vooruitgang, doel behaald. Er wordt bij De Schutse voor het evalueren van doelen (sinds kort) gebruik gemaakt van percentages.

Ten slotte is te zien dat het begeleidingsplan binnen De Schutse gebruik maakt van ondersteuningsdoelen. Dit gebruikt Vlaskamp niet.

### 6.3.3 Conclusie

Hoewel Vlaskamp er veel ruimte aan besteedde in haar ondersteuningsprogramma, is er in het begeleidingsplan van De Schutse geen duidelijk normatief uitgangspunt beschreven. Dat is een wezenlijk verschil tussen deze twee. Er ontstaat hierdoor een zorg die door Vlaskamp ‘intuïtieve zorg’ wordt genoemd, want hulpverleners bij De Schutse bepalen nu in principe individueel vanuit hun eigen normenkader wat belangrijk is voor de cliënt. De visie van De Schutse zal dus ‘handen en voeten’ moeten gaan krijgen, om bruikbaar te zijn voor het handelen van hulpverleners.

Daarnaast zijn er verschillen in het methodische aspect tussen het begeleidingsplan van de Schutse en de Vlaskamp methode. Het persoonsbeeld, het perspectief, het hoofddoel en de werkdoelen komen op een iets andere manier tot stand en er zijn bij de Vlaskamp methode vaak meer gedetailleerde aandachtspunten beschreven.

Tenslotte heeft Vlaskamp aandacht gegeven aan de onderdelen ‘activiteiten, rapportage en GAS’, dit valt niet terug te lezen in de handleiding van het begeleidingsplan van De Schutse.

Er is dus op verschillende onderdelen binnen het begeleidingsplan van De Schutse behoorlijk afgeweken van de te doorlopen stappen bij Vlaskamp. Het is de vraag of er nog wel gesproken mag worden over ‘het begeleidingsplan is opgezet vanuit de Vlaskamp methode’. Wij stellen dat er binnen het begeleidingsplan Van de Schutse elementen verweven zitten van de Vlaskamp methode.

## 6.4 Hoe kijken hulpverleners die op de enquête hebben gereageerd aan tegen de methodiek?

Op de vraag: ‘Welke methodiek worden er volgens jou gebruikt op De Schutse?’ gaven 14 van de 37 respondenten (37%) als antwoord: ‘De methodische cyclus’ of een soortgelijk antwoord. Er wordt op verschillende manieren aangegeven dat het begeleidingsplan de eigenlijke methodiek is.

2 respondenten gaven als antwoord: ‘Gordon’.

2 respondenten gaven als antwoord: Oplossingsgerichte methode.

4 respondenten gaven aan dat ze geen idee hadden.

De andere respondenten hadden een afwijkend antwoord.

Daaruit valt te concluderen dat veel begeleiders uiteindelijk niet weten vanuit welke methodiek het begeleidingsplan is opgezet, of er een eigen beeld bij hebben, wat niet strookt met de werkelijkheid. Wel is het zo dat onder de vraag: ‘Welke methodes gebruik je in de begeleiding van cliënten?’ 3 keer de Vlaskamp methode wordt genoemd. Ergens is deze methode dus wel bekend.

De naam van de methodiek die voornamelijk wordt toegepast is dus onbekend. Toch is het opmerkelijk dat er wel veel waarde wordt gehecht aan kennis van theorieën. Het gebrek aan de kennis is dus geen gebrek aan geloof in het nut van theorieën, maar de oorzaak moet ergens anders gezocht worden. In hoofdstuk 1.5 worden de resultaten van de interviews zichtbaar gemaakt. Daar vindt u antwoord op deze onduidelijkheid.

Enkele begeleiders merken zelf op dat ze onvoldoende kennis hebben. Er zijn meerder factoren die hierbij een invloed kunnen uitoefenen. Zo valt er te zeggen dat mensen met een negatief zelfbeeld zichzelf eerder laag beoordelen. Toch kunnen we op basis van dit resultaat zeggen dat kennis van theorie niet hoog is.

Een vraag uit de enquête was: ‘In welke mate ben je ervan op de hoogte dat het begeleidingsplan vanuit een theoretisch model is opgezet?’ Het is zichtbaar dat de antwoorden behoorlijk veelzijdig zijn. Het is af te vragen of dit komt door een onduidelijkheid in de vraag, maar het geeft volgens ons wel aan dat er veel onduidelijkheid is over de achtergrond van het begeleidingsplan; de methodiek. Er zijn nog andere overwegingen die u kunt vinden in bijlage C; deze zijn te specifiek om in dit hoofdstuk verder te behandelen.

We kunnen kortweg concluderen dat de achtergrond van het begeleidingsplan onbekend is bij begeleiders.

1. Welke methodes worden er vooral gebruikt?

## 7.1 Enquête

[[6]](#footnote-6)In de enquête worden een heel aantal methodes genoemd die ingezet worden door de begeleiders die gereageerd hebben. In totaal worden er 29 methodes genoemd, waarvan er acht meerdere keren genoemd zijn. Omdat verschillende begeleiders meerdere methodes ingevuld hebben, zijn er geen harde conclusies te trekken uit de getallen die naar voren komen uit de enquête. Er worden naast methoden ook benaderingswijzen en vaardigheden genoemd. Deze hebben we geprobeerd uit de antwoorden te filteren omdat dit buiten ons onderzoek valt.

[[7]](#footnote-7)De methodes die ingezet worden, dienen ook een doel. De doelen die door begeleiders genoemd worden zijn onder te verdelen in 6 categorieën, namelijk:

* Kwaliteit van de zorg verbeteren;
* Het zorgt voor professionele hulpverlening;
* Het geeft richting aan onze begeleiding;
* Om het welzijn van de cliënten te waarborgen;
* Het waarborgt de continuïteit;
* Het bevordert de ontwikkeling van de cliënt of houdt deze in stand.

## 7.2 Interviews

Vanuit alle interviews die gehouden zijn, blijkt dat de begeleiders en orthopedagogen vooral door middel van het zorgplan werken. Het zorgplan is de leidraad voor hun dagelijkse werkpraktijk. We vroegen hen of ze ook methodes gebruiken waarmee ze concreet invulling geven aan de manier waarop ze hun werk vorm geven, of ervoor zorgen dat er een werkdoel vanuit het zorgplan behaald wordt. De meeste begeleiders die geïnterviewd zijn vertelden dat zij, naast het zorgplan, niet met een specifieke methode werken. De informatie die de interviews verstrekt is specialistisch voor die specifieke groepen. Daarnaast is een interview ook maar bij een begeleider van die groep afgenomen, dit geeft dus een zeer relatief beeld. Daarom geven de interviews wel voorbeelden van praktijksituaties maar het zegt weinig over hoe het werken vanuit methodes binnen de gehele organisatie leeft.

Op een dagbestedinggroep met cliënten met gedragsproblemen, kwamen de meeste methodes aan de orde. De persoonlijk begeleider van die groep vertelt dat ze nu nog vooral werken met straffen en belonen. Dat is ook de methode die ze op school vooral geleerd heeft. Het team is zich echter ook steeds meer aan het verdiepen in de methodes ‘Gentle Teaching’ en ‘Geef me de 5’. Van de laatste methode wist deze begeleider niets vanuit de opleiding maar heeft ze zich, op het advies van de orthopedagoog, in verdiept. Van de methode ‘Gentle Teaching’ miste ze op school ook de link naar de praktijk. Daarom zijn ze nu voorzichtig kleine aspecten aan het toepassen. ‘Gentle Teaching’ (Siepkamp, 2009) en ‘Geef me de 5’ (de Bruin, 2009) zijn meer relationele benaderingswijze dan conditionering (Baadsgaard & Wagner, 1994). De laatste methode vindt deze begeleider echter wel weer heel fijn omdat deze heel duidelijk is voor de cliënten. Toch ziet ze ook de voordelen van ‘Gentle Teaching’ en ‘Geef me de 5’ omdat hierdoor de cliënten meer veiligheid leren ervaren. Verder geeft ze aan dat er in haar inwerkperiode niet veel aandacht besteedt is aan methodes. Ook staat in het plan van de cliënten niet verwoord welke methode ingezet wordt.

Op de woongroep waar de bewoners van bovengenoemde dagbestedinggroep wonen, wordt er volgens onze resultaten uit het interview, veel minder naar methodes gekeken. De begeleider van die groep verteld dat ze vooral op de hoogte is van de methodische cyclus en deze toepast doormiddel van het begeleidingsplan. Verder weet ze geen methodes te noemen. Zij is verder van mening dat er per groep, verschillende methodes ingezet moeten worden. Binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, loopt de problematiek en de hulpvragen nogal uiteen. Daarom zal de ene methode op een bepaalde groep beter aansluiten als op een andere groep.

We hebben ook interviews gedaan op een woon- en dagbestedinggroep met kinderen met een verstandelijke beperking en in de meeste gevallen gedragsproblematiek. De begeleider van de woongroep geeft aan dat ze wel van methodes afweet maar deze niet meer bewust inzet. De groep waar ze eerst werkte kende veel cliënten met autisme. Zij zette toen een methode in om goed te kunnen communiceren met cliënten met autisme, namelijk de methode ‘Geef me de 5’. Nu kent de groep waar ze werkt geen cliënten meer met autisme en zet ze deze methode niet meer in. Deze begeleider heeft in het team wel nagedacht over hoe ze cliënten dagelijkse handelingen kunnen aanleren. De manier waarop ze dat doen is dus uitgedacht samen met de orthopedagoog. Deze begeleider weet echter niet of hier een methode achter zit. De begeleider van dagbesteding geeft aan dat ze vast wel uit methodes werkt alleen ze zou de naam er niet van kunnen noemen. Ze mist wel een stuk kennis en had hier graag tijdens haar inwerkperiode meer en uitgebreidere uitleg over gewild. Dit is nu echter niet gebeurd.

Een persoonlijk begeleider op een woongroep met cliënten met meervoudig complexe handicaps geeft aan dat zij wel weet van methodes. Ze zet ook wel de methode van het zorgplan in maar verder maakt ze maar heel weinig gebruik van methodes of ze gebruikt hele kleine stukjes daarvan. Deze begeleider geeft eveneens aan dat je per groep moet kijken met welke methodes je zou kunnen werken. Deze persoonlijk begeleider geeft ook aan dat ze wel methodes in zou willen zetten als ze meer kennis had. Ook verwacht ze dat het vrij moeilijk is om het hele team daarvan te informeren. Ze denkt dan wel dat zij door middel van het plan wat zij maakt, het team volgens die methode kan laten werken.

De persoonlijk begeleider op de dagbestedinggroep met meervoudig complex gehandicapten cliënten geeft aan weinig met methodes te werken. Zij hebben echter een cliënt op de groep, die eigenlijk niet helemaal bij hun doelgroep past. Deze cliënt begeleiden zij stap voor stap, zoals zij dat noemt. Zij weet echter niet of dit onder een methode valt en als dat zo is, hoe die methode dan zou heten. Deze cliënt is nieuw op de groep en ze wisten niet zo goed hoe ze de begeleiding in moesten zetten. De orthopedagoog heeft toen voorgesteld om deze cliënt stap voor stap te begeleiden en dat doen ze dan nu ook, daarbij maken ze gebruik van communicatie doormiddel van foto’s.

Verder werkt deze begeleider helemaal niet met methodes. Voordat ze de opleiding begon zag ze de waarde er ook helemaal niet van in. Ze vond dat het allemaal alleen maar meer tijd kostte. Nu vindt ze het echter heel belangrijk om goed na te denken over hoe je een doel wil gaan bereiken of een activiteit in gaat zetten. Ze gebruikt hier echter geen methodes bij.

Uit de interviews blijkt dat de begeleiders die methodes noemen, wel persoonlijk begeleiders zijn. De groepsbegeleiders noemen niet dat zij vanuit een methode werken. Persoonlijk begeleiders noemen dan nog eerder een methode. Dit zou er op kunnen duiden, dat zij bij het nadenken over de invulling van de begeleiding en zorg wel nadenken over bepaalde methodes. Ook zijn persoonlijk begeleiders vaak hoger opgeleid, zoals u heeft kunnen lezen in §1 van dit hoofdstuk.

Uit de interviews blijkt ook dat er verschil is tussen de verschillende groepen binnen de organisatie. Op de verschillende groepen wonen of werken de cliënten met ongeveer dezelfde problematiek. Deze verschillende doelgroepen vragen ook een geheel eigen aanpak. Dit is ook van invloed op de manier waarop er methodisch gewerkt wordt.

## 7.3 Conclusie

Omdat er in de enquête zoveel verschillende methodes genoemd worden kunnen we concluderen dat er zeker wel vanuit methodes gewerkt wordt. Dit is echter heel specifiek voor elke doelgroep binnen de instelling. Ook kan dit per begeleider op een groep verschillen. Bijvoorbeeld: een begeleider noemt dat ze werkt vanuit de ‘geef me de 5’ methode. Dit is een methode om met een cliënt met autisme te communiceren. Deze begeleider werkt vanuit die methode omdat ze daar kennis en ervaring mee heeft en kan daarom deze methode zo benoemen. Het hoeft daarom nog niet vastgelegd te zijn in het zorgplan dat men die cliënt vanuit die methode begeleidt. Iemand die de kennis en ervaring niet heeft zal dus op dezelfde groep kunnen werken, zonder dat deze vanuit de ‘geef me de 5’ methode werkt. Deze conclusie wordt ook ondersteund met gegevens uit de interviews. Als we daarin zien dat persoonlijk begeleiders meer methodes weten en toepassen ten opzichte van groepsbegeleiders en als blijkt dat de dezelfde cliënten binnen wonen veel minder bewust methodisch begeleid worden als op de dagbestedinggroep. Ook blijkt dat, wanneer cliënten vanuit een methode begeleid worden, dit vaak niet vastgelegd is in het zorgplan. Dit zorgt ervoor dat de overdracht van deze kennis niet soepel verloopt, ook het inwerken van nieuwe mensen wordt hierdoor lastiger.

# Wat betekenen deze methodiek/methodes voor de dagelijkse praktijk?

1. Wat zeggen de hulpverleners binnen het interview over het toepassen van methodieken en methodes in de dagelijkse praktijk?
2. Welke conclusies worden bevestigd in de dagelijkse praktijk?

## 8.1 Wat zeggen de hulpverleners binnen het interview over het toepassen van methodieken en methodes in de dagelijkse praktijk?

Deze deelvraag wordt bekeken vanuit de volgende invalshoeken:

* Hoe ziet de dagelijkse praktijk van begeleiders eruit?
* Welke rol vervult het begeleidingsplan in het dagelijkse handelen van begeleiders?
* Hoe wordt kennis van methodes omgezet in praktisch handelen?
* Welke rol vervult de orthopedagoog in de zorg voor cliënten?

### 8.1.1 Hoe ziet de dagelijkse praktijk van begeleiders eruit?

#### Doelgroep

De dagelijkse zorg is heel verschillend binnen de verschillende groepen op De Schutse. Dat heeft te maken met de doelgroep. De ene begeleider heeft te maken met kinderen, de andere met ouderen. De ene cliënt is de andere niet. De ene cliënt laat internaliserend gedrag zien, de andere laat externaliserend gedrag zien. Er is een verschil in cognitief en emotioneel niveau, ontwikkelingsleeftijd, zelfredzaamheid, ziektebeelden als autisme of hechtingsproblematiek, stemmingsstoornissen enzovoorts. De doelgroep is dus behoorlijk complex. De dagelijkse begeleiding is dus erg divers op de verschillende groepen. Voor dit onderzoek zijn vooral de hoofdlijnen die te ontdekken zijn, relevant. De Schutse is een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, dat is de eerste en grootste overeenkomst. Er is binnen de doelgroep onderscheid gemaakt tussen Wonen en het Dagactiviteitencentrum (DAC). Daarnaast is er onderscheid gemaakt in zorggroepen en gedragsgroepen. Bij zorggroepen ligt de focus van de begeleiding vooral op lichamelijke zorg. Bij gedragsgroepen ligt de focus van de begeleiding vooral op psychosociale zorg. Dat betekent dus niet dat er op zorggroepen geen psychosociale zorg is, maar zoals gezegd, de focus ligt op lichamelijk zorg. En andersom worden er natuurlijk op gedragsgroepen niet alleen psychosociale interventies gedaan door begeleiding, want er wordt ook lichamelijk zorg geboden. Alleen de focus ligt hier dus op gedrag.

#### Zorg

##### a. Cliënten leren begrijpen

Begeleiders geven aan dat het werken met de cliënten vooral wordt geleerd door ervaring op te doen. Het kost veel tijd om gedrag te gaan begrijpen, daarvoor zul je de ‘taal’ van de cliënt moeten leren begrijpen. Een begeleidster zei hier in het interview over: *“Ik zeg wel, ze kunnen niet praten, maar ze zeggen wel een hoop; niet met woorden, maar een arm om je heen, met een lach. Dan moet je de groep wel goed kennen, want anders denk je, die zeggen niets, die weten niets.”*

Het leren kennen van de groep en het leren hulpverlenen op de groep is iets wat door de tijd heen wordt geleerd. Uit de interviews komt naar voren dat de inwerkperiode een periode is van meelopen, meekijken en vragen stellen. Daar wordt over gezegd dat het niet zoveel voorstelt; *“je moet het zelf een beetje uitvinden”.* Om gedrag te kunnen begrijpen worden er verschillende manieren van analyseren gebruikt. Er wordt gebruik gemaakt van videoanalyses. Daarnaast wordt er regelmatig een signaleringsplan ingezet. Gedrag van mensen met een (ernstige) verstandelijke handicap is soms erg complex. Daarvoor is het nodig dat er als team gezamenlijk wordt overlegd over de cliënt. In hoofdstuk 8.1.2 wordt dit nader uitgewerkt.

##### b. Cliënten sturen

We zien binnen de interviews dat de dagelijkse begeleiding uit allerlei onderdelen bestaat. Er wordt gesproken over de bejegening van cliënten, waarin veel van dezelfde aspecten naar voren worden gebracht. Er wordt uitgegaan van mogelijkheden, er wordt gekeken naar positieve kanten van cliënten. Door begeleiding worden prikkels soms gedoseerd, storend gedrag gereguleerd, ingespeeld op lichamelijke behoeftes en continuïteit gewaarborgd. Zo wordt er structuur en veiligheid geboden. Vooral bij kindergroepen wordt de zelfredzaamheid van de cliënten vaak gestimuleerd, er is er zeker geen sprake van een betuttelende houding. De begeleiding van cliënten bestaat voor een groot deel uit het begeleiden van algemene dagelijkse levensbehoeften. En binnen het voort laten gaan van deze alledaagse activiteiten wordt er steeds persoonlijk aandacht gegeven aan cliënten. Interventies zijn vaak gericht op individuele cliënten.

##### c. Indirecte zorg

Naast het direct contact met cliënten, is er contact met cliëntvertegenwoordigers. Daar wordt overleg mee gevoerd. Ze worden actief betrokken bij de zorg voor de cliënt. Het cliëntdossier moet bijgehouden worden en daarom wordt door iedere hulpverlener gerapporteerd.

Met name de hoger opgeleiden krijgen vaak nog extra taken, zoals persoonlijk begeleiderschap, of een taak in een werkgroep, of als auditor.

### 8.1.2 Welke rol vervult het begeleidingsplan in het dagelijkse handelen van begeleiders?

#### Methodisch werken

Het begeleidingsplan is voor begeleiders een leidraad in het handelen. Er wordt stelselmatig gewerkt aan doelen en hierop wordt geëvalueerd. Een begeleider zegt hierover: “*Je ziet het werken aan doelen elke dag bij ons terug. Bijvoorbeeld iemand heeft als doel: mag glas wegbrengen naar de glasbak. Nu, daar ga je dan mee aan de gang, dus dan ga je met diegene proberen om glas weg te brengen volgens een bepaald stappenplan. Dat zie je eigenlijk elke dag terug.”*

Door een orthopedagoog met veel jaren ervaring (ook buitenom De Schutse) werd aangegeven dat de bereidwilligheid om te leren en te evalueren, al gebeurt het soms wat oppervlakkig, heel positief is. Werken volgens de methodische cyclus zit er echt ingebakken en de grote lijnen voor de goede zorg zitten er in. Begeleiders geven verschillende malen aan dat het schrijven van een begeleidingsplan een stok achter de deur is om door te gaan met het werken aan doelen. Het houdt de begeleiders ook scherp om te blijven observeren, rapporteren, plannen, en uitvoeren van datgene wat er in het plan staat. Met name de persoonlijk begeleiders zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van wat er in het begeleidingsplan staat. Teamcoördinatoren sturen de persoonlijk begeleiders weer aan.

#### Teamsamenwerking

Veel begeleiders vinden een eenduidige aanpak erg belangrijk. Door het begeleidingsplan is er een gezamenlijke aanpak van cliënten. Er vinden bijvoorbeeld kwartaalevaluaties plaats, waar met het hele team een duidelijke lijn wordt neergezet. Er wordt door begeleiders gezamenlijk gerapporteerd op doelen. Zo wordt inzichtelijk hoe begeleiders hebben gehandeld en wat het effect is op de cliënt. Verder wordt vanuit meerdere disciplines gewerkt aan dezelfde doelen. De cliënten die op De Schutse wonen en dagbesteding krijgen, hebben een begeleidingsplan waar door zowel wonen als dagbesteding aan gewerkt wordt. Het begeleidingsplan wordt dan ook samen met de persoonlijk begeleider van dagbesteding en wonen, samen met de orthopedagoog opgesteld. Er wordt tussen Wonen en DAC samengewerkt. Er vindt overleg plaats tussen verschillende disciplines. De rol van fysiotherapeut en logopedist komt niet duidelijk naar voren.

Binnen de diensten is er ruimte om mondeling overleg te hebben met andere collega’s. Er wordt gerapporteerd en overgedragen. Er vinden intervisies plaats, er is ruimte voor een MDO.

46% van de hulpverleners in de enquête geeft echter aan dat ze vinden dat er te weinig momenten van overleg zijn om te komen tot een gezamenlijke aanpak.

### 8.1.3 Hoe wordt kennis van methodes omgezet in praktisch handelen?

Vanuit de interviews zijn er verschillende citaten die aangeven hoe methodes worden omgezet in praktisch handelen. Een paar voorbeelden willen we noemen:

*“Eigenlijk zie je dat (*methodes) *bijvoorbeeld in hele kleine dingen terug. Die gentle teaching zie je terug in de hand ophouden en als iemand zijn hand erop legt, even tikken, even een kort moment.”*

*“Belonen en straffen zie je ook elke dag terug. Dat doe je gewoon. Als iemand wegloopt, dan zeg je: ‘Oké, maar de consequentie is dat je dan 5 minuten moet fietsen.’ Dan kunnen ze zelf kiezen, òf ze gaan weglopen òf ze gaan fietsen.”*

Zoals in deelvraag 2 al werd geconcludeerd, worden er binnen De Schutse zeker wel methodes gebruikt. Vaak zijn het echter bepaalde elementen uit een methode, of zetten begeleiders onbewust bepaalde stukken uit methodes in, in de dagelijkse praktijk. Het is heel afhankelijk per begeleider hoe methodes worden ingezet in de praktijk. In de veel gevallen gebeurt het echter onbewust, of niet.

### 8.1.4 Welke rol vervult de orthopedagoog in de zorg voor cliënten?

#### Taken orthopedagoog

Orthopedagogen nemen een belangrijke rol in, in de zorg. Ze zijn verantwoordelijk voor het uiteindelijke begeleidingsplan. Ze hebben een grote rol in de totstandkoming van het persoonsbeeld, het perspectief en de doelen. Ze zijn daarom aanwezig bij het bespreken van begeleidingsplannen en bij de evaluaties met de persoonlijk begeleider (en de familie van de cliënt). Daarnaast wordt er door begeleiders contact opgenomen als er problemen zijn met cliënten in de begeleiding. Orthopedagogen adviseren dan wat er in die situatie het beste kan gedaan worden. Er wordt daarnaast gewerkt aan diagnostiek onderzoek. Dat is op dit moment nog in ontwikkeling. Zo is er een protocol opgesteld door orthopedagogen en door middel van een vragenlijst wordt er gekeken naar onder andere de ontwikkelingsleeftijd, verstandelijk niveau, zelfredzaamheid en dementieschalen.

In het document[[8]](#footnote-8) waarin de taken van orthopedagoog zijn beschreven vinden we een duidelijk overzicht. De taken van de orthopedagoog op De Schutse zijn onder te verdelen in drie onderdelen: algemene taken, diagnostiek en begeleiding /behandeling.

Onder algemene taken vallen: Instroom, overleg tussen orthopedagogen, overleg met zorgmanager, werkgroepen / projectgroepen, ontwikkelingen in woon- en/of dagbestedingsituatie, scholing van medewerkers en coaching.

Verder is de orthopedagoog nog verantwoordelijk voor het verzamelen van diagnostische gegevens van cliënten.

Tenslotte behoren onder de taak begeleiding/behandeling de onderdelen: Begeleidingsplan, consultatie, training van team in begeleiding van specifieke cliënt, training van cliënten, BOPZ en MDO.

In de enquête en de interviews geven de orthopedagogen zelf aan dat ze een behoorlijk vrije rol hebben.

#### Adviserende taak voor hulpverleners

Een kernachtige bewoording uit de interviews van adviserende taak van orthopedagogen is als volgt*: “Het woorden eraan geven, de theoretische basis, die moet ik echt aanreiken. Echt het verwoorden van wat groepsleiding al een soort in het hoofd heeft, en dat meer in een model gieten, dat ze meer van onbewust bekwaam, bewust bekwaam worden. Dat vind ik ook mijn taak eigenlijk, dat ik veel meer theoretisch geschoold ben dan groepsleiding. Om daar woorden aan te geven of richting aan te geven. (…) Dan kunnen ze wel beter reflecteren op hun handelen, weten waarom ze iets nalaten of iets doen. Dan kunnen ze zichzelf bevragen en een ander zich ook op bevragen. Anders is iedereen zegmaar op zijn eigen toko bezig en wordt er niet meer als team gereflecteerd.”* Orthopedagogen zijn vaak de personen die begeleiding aansturen om zichzelf verder te verdiepen in een bepaalde methodiek of methode. In sommige gevallen zijn de orthopedagogen zelf bezig om een bepaalde methodiek aan te leren.

Uit de interviews blijkt dat de orthopedagogen die geïnterviewd zijn, een verschillende aanpak hebben. We willen deze twee orthopedagogen daarom ook los van elkaar aan het woord laten. Beide orthopedagogen werken nog maar kort op De Schutse. Eén orthopedagoog werkt een nu een half jaar en de andere orthopedagoog werkt een jaar als orthopedagoog binnen De Schutse. Tot slot willen we nog kijken naar wat de begeleiders gezegd hebben over de adviezen die zij krijgen van de orthopedagogen.

De orthopedagoog die adviseert op de gedragsgroepen gaf aan dat zij vooral gevormd is door methodes en methodieken en dat ze vanuit de kennis en ervaring die zij heeft het team adviseert. Ze zegt dat het misschien lijkt dat ze de adviezen zo uit haar mouw schudt, dit is echter niet het geval, ze adviseert echt vanuit haar kennis en ervaring, ze spuit haar adviezen zo vanuit zichzelf op. Ze zegt dat ze gevormd is door vier theorieën/methoden, dat zijn: de methode Heijkoop, de methode Vlaskamp, psycholoog Durschen en psycholoog Feuersteijn. Vanuit de kennis, die zij heeft uit deze theorieën en methodieken, geeft zij haar adviezen. Zij vindt het wel heel belangrijk dat een team eenzelfde visie heeft en hetzelfde doel nastreeft. Zij heeft er verder nog niets aan gedaan om dit te bereiken. Er rijzen wel plannen om bijeenkomsten rondom bewoners te organiseren. Het idee is om dan vanuit een bepaalde methode de begeleidingsstijl te analyseren.

De orthopedagoog die adviseert op de zorggroepen geeft aan dat zij wanneer een hulpvraag rondom een cliënt krijgt vanuit een team, dit behandelt op de teamvergadering. Zij bepaalt dan vanuit haar professie welke methodiek antwoord geeft op die hulpvragen. Zij heeft een enorme kennis aan methodes, blijkt uit het interview. De methode die ze behandelt in de teamvergadering, bespreekt ze soms met behulp van een PowerPoint presentatie. Ze gaat dan samen met het team nadenken wat dit betekent voor de cliënt met de hulpvraag en hoe ze deze cliënt dan gaan begeleiden bij die hulpvraag. Ze bedenkt dus met het team hoe ze concreet invulling gaan geven aan de begeleiding.

Deze orthopedagoog adviseert graag vanuit de Triple-C methode. Ze zou de methode Pact (beide methodes hebben raakvlakken) graag, samen met nog andere orthopedagogen in willen voeren. De tijd ontbreekt hier echter voor. Er zijn heel veel dingen die ze graag op wil pakken en die een hogere prioriteit hebben. Hier komen we in hoofdstuk 4 op terug.

Deze orthopedagoog geeft aan dat er voor de groepen waar zij adviseert erg weinig methodes op de markt zijn. Verder vindt zij ook dat er bij de groepsbegeleiders echt te weinig kennis is van methodes.

Begeleiders geven aan dat zij het fijn vinden dat de orthopedagoog hen adviezen geeft. Het zijn praktische adviezen waar zij goed mee uit de voeten kunnen. Begeleiders geven echter ook vaak aan dat ze niet weten vanuit welke theorie die adviezen komen. De begeleiders kennen dus op die manier niet de visie en de achtergrond van de methode of theorie. Dit stukje achtergrondkennis missen de begeleiders wel.

### 8.1.5 Conclusie

De dagelijkse zorg is veelzijdig en complex vanwege de doelgroep. We zien dat begeleiders direct en indirect zorg verlenen. Het begeleidingsplan is een leidraad in het handelen. Door dit plan worden teams gedwongen om samen te werken en op een lijn komen te staan. Daardoor is er een gezamenlijke aanpak in de zorg. Toch geven begeleiders in de enquête wel aan dat ze meer momenten van overleg zouden willen hebben.

Methodes worden wel ingezet, maar vaak niet gezamenlijk als team en vaak onbewust.

De orthopedagogen spelen een belangrijke rol in het toepassen van methodieken en methodes in de dagelijkse praktijk. Vooral de adviserende taak die ze hebben is van grote betekenis voor hulpverleners. In die adviezen verschillen de orthopedagogen wel onderling. Ze hebben hun eigen voorkeuren voor methodieken, methodes of visies. Dit kan binnen de vrije rol die ze hebben. Er ligt nog steeds een plan om een bepaalde methodiek (de Pact) in te voeren op meerdere groepen.

## 8.2 Welke conclusies worden bevestigd in de dagelijkse praktijk?

### 8.2.1 Wat valt op bij het observeren?

De dagelijkse praktijk is de praktijk op de werkvloer. Het is interessant om te bekijken of datgene wat er wordt gezegd ook daadwerkelijk zichtbaar is op de werkvloer.

Daarom is er een observatie gehouden met in het achterhoofd de vraag: ‘Hoe is in de praktijk zichtbaar dat er door begeleiders doelgerichte interventies worden ingezet?’

De bedoeling van dit onderzoek was om te controleren of het nuttig was voor ons onderzoek (of eventueel vervolgonderzoek) om observaties te houden. De resultaten van het onderzoek zijn te vinden in bijlage D.

Uit dit onderzoek blijkt dat het veel invloed heeft hoe je het onderzoek instapt, met of zonder voorinformatie. Bij voorinformatie valt te denken aan een gelezen begeleidingsplan. Zonder het plan te lezen, is het bijna onmogelijk om te zien of er doelgerichte interventies worden ingezet. Er is wel zichtbaar dat er interventies worden gepleegd, maar of dat doelbewust gebeurt, is onduidelijk. Met voorinformatie is er per stap te zien dat begeleiders volgens het plan werken. Of er daarnaast nog andere methodes worden ingezet die betrekking hebben op bejegening, dat is niet zichtbaar.

### 8.2.2 Conclusie

We kunnen op basis van onze observatie opmaken dat begeleiders het begeleidingsplan inderdaad als leidraad gebruiken. Of begeleiders daarnaast bewust methodes inzetten, is moeilijk te zien.

# Welke aspecten hebben invloed op het slagen van het inzetten van een methodiek of methodes?

Vanuit het onderzoek komen er 3 hoofdaspecten aan de orde die een invloed uitoefenen op het inzetten van een methodiek of methodes:

Deze 3 aspecten zijn:

1. Kennis
2. Visie
3. Werkdruk

Deze 3 aspecten worden in de volgende hoofdstukken behandeld.

## 9.1 Kennis

Vanuit de interviews komt naar voren dat er weinig bekend is over de achtergrond van het begeleidingsplan. Begeleiders wensen ook meer kennis te hebben over de achtergronden van het begeleidingsplan. De orthopedagogen weten wel dat het begeleidingsplan is geschreven met elementen van Vlaskamp.

Verder komt uit de interviews naar voren dat bij het formuleren van het persoonsbeeld, perspectief of het hoofddoel er vaak niet bewust wordt geformuleerd vanuit de kennis van bepaalde theorieën (methodes).

Uit de enquête blijkt verder dat 41% van de respondenten kennis van theorie missen om goed methodisch te kunnen hulpverlenen.

De reden van het gebrek aan kennis is meerzijdig. De volgende aspecten worden hieronder behandeld:

* Scholing bekeken per opleiding en doelgroep
* Scholing bekeken per functie
* Inwerkperiode
* Bijscholing en zelfstudie

### 9.1.1 Per opleiding/doelgroep

We merkten in de interviews dat de verschillende doelgroepen die er op De Schutse zijn, verschillende benaderingswijze vragen. Op deze doelgroepen zie je dan vaak ook het verschil in opleiding. Het blijkt dat er veel begeleiders met een verzorgende of verpleegkundige achtergrond zijn op de groep met meervoudig verstandelijk beperkten, maar ook op de groepen waarop ouder wordende cliënten begeleid en verzorgd worden. Op de gedrags- en kindergroepen zien we veel sociaal pedagogisch werkers en hulpverleners. Daarnaast zijn er nog de groepen met licht verstandelijk beperkten, daar zien we een mengeling van opleidingen onder het personeel.

[[9]](#footnote-9)Uit de enquête blijkt dat mensen met een opleiding helpende/verzorgende/verzorgende-IG/MBO-verpleegkundige/HBO-V (die bij elkaar 27% van alle opleidingen vormen) geen van allen het gevoel hebben dat ze ‘meer dan voldoende’ of ‘veel’ kennis voor het methodisch handelen hebben meegekregen tijdens de opleiding. De orthopedagoog die adviseert op de groepen die veel zorg vragen, onderstreept deze stelling. Zij zegt namelijk het volgende in dat interview: “*Toen ik hier kwam, en het was daarvoor nog veel meer, werd er vooral gekeken naar deze mensen vanuit lichamelijk functioneren. Dus de arts was heel belangrijk en de orthopedagoog had toen nog een heel kleine rol en daar stap ik dus middenin van ‘wie is deze orthopedagoog nou eigenlijk op deze groepen?’ Mensen zijn het nog helemaal niet zo gewend. Het zijn vaak meer mensen die op zorg, verpleegkunde gericht zijn. Voor wie is nou die orthopedagoog en wat kan die nou betekenen? Mensen zijn het nog niet zo gewend om naar gedrag te kijken.”* Deze orthopedagoog is echter wel de orthopedagoog die erg investeert in het inzetten van de methodes door ze te bespreken in de teamvergaderingen, zoals u hebt kunnen lezen in hoofdstuk 8.1.4. Een persoonlijk begeleider op een zorgintensieve groep (MBOV nu volgt zij deeltijd HBOV) geeft aan dat ze op het HBO meer gemotiveerd wordt om methodisch te werken dan hoe dat op het MBO was. Op het HBO leert ze juist ook de vrijheid ervaren om maar bepaalde aspecten van een methode te gebruiken en te motiveren waarom je dat dan doet.

We kunnen hieruit dus opmaken dat de theoretische kennis van methodes bij het verpleegkundig personeel globaal genomen minder is dan bij sociaal agogisch hulpverleners. We zien dat de orthopedagoog hard aan het werk is om dit gemis op te vullen.

Bij de begeleiders die de opleiding tot sociaal pedagogisch werker (SPW) gedaan hebben, zien we dat ze wel afweten van het methodisch werken. Het valt op dat mensen met een SPW-4 diploma ten opzichte van het gemiddelde meer het idee hebben dat ze onvoldoende kennis bezitten. Uit de interviews blijkt dat deze begeleiders vooral op de hoogte zijn van de methodische cyclus. Deze lijkt er bij hen in gehamerd te worden. Wanneer je deze begeleiders vraagt naar hoe zij methodisch werken noemen ze allemaal als eerste de methodische cyclus. Wanneer je bij hen doorvraagt over specifieke methodes, komen deze methodes hen vaak wel bekend voor maar zij kunnen niet meer vertellen wat de verschillende methodes precies inhouden. Een persoonlijk begeleider gaf aan dat ze nog wel van een aantal methodes afwist. Zij vond echter dat er op school te weinig aandacht besteed werd aan de praktische toepassing. Die heeft zij zelf moeten leren op de werkvloer.

De sociaal pedagogisch hulpverlener (SPH’er) zei in het interview dat ze geen methodes heeft geleerd met betrekking tot de gehandicaptenzorg tijdens de opleiding, omdat die vooral op jeugdzorg gericht was. Zij heeft een blok les gehad gespecificeerd op de gehandicaptenzorg. Zij kon echter daaruit geen concrete kennis over methodes meer noemen.

Begeleiders geven aan dat ze vanuit de opleiding hebben geleerd om planmatig te werken, volgens een bepaald systeem. Er wordt bijvoorbeeld geoefend om doelen te maken. Er kan globaal gezegd worden: Hoe hoger het niveau van de opleiding, hoe meer er wordt gestructureerd en gemotiveerd. Vaak worden begeleiders met meer kennis iets kritischer in het gebruik van methodieken.

De orthopedagoog die op de gedragsgroepen adviseert, geeft aan dat ze merkt dat de begeleiders en persoonlijk begeleiders goed op de hoogte zijn van de methodische cyclus maar dat kennis over specifieke methodes veel minder aanwezig is. Zij zelf adviseert vooral vanuit de methodes waar zij goed van op de hoogte en voorstander van is. Zij brengt het team echter (nog) niet op de hoogte van de achtergronden van haar adviezen, hoewel ze zichzelf wel bewust is van het belang hiervan. Ze denkt er nog over hoe ze invulling daaraan zou willen en kunnen geven.

De andere orthopedagoog geeft aan dat zij ook kennis mist bij de groepsleiding. Zij spreekt vooral ook over het ontbreken van goede reflecterende vaardigheden bij de begeleiders. Zij merkt wel dat het reflectieve vermogen bij hoger opgeleide begeleiders hoger ligt dan bij lager opgeleide.

### 9.1.2 Per functie

[[10]](#footnote-10)In de enquête hebben we de volgende vraag gesteld: ‘In welke mate heb je het idee dat je voldoende kennis bezit van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening?’ De resultaten tonen aan dat 30% vindt dat zij onvoldoende kennis heeft, 62% voldoende en 8% in ruime mate. We hebben onderzocht welke begeleiders vinden dat ze onvoldoende kennis hebben. [[11]](#footnote-11)Daarin zagen we dat 30% van de groepsbegeleiders vinden dat ze onvoldoende kennis hebben. Van de persoonlijk begeleiders ervaart 6,25% dat ze onvoldoende kennis hebben.

De reden waarom hulpverleners vinden dat ze te weinig kennis hebben, blijkt niet uit de enquête. Alle persoonlijk begeleiders die geïnterviewd zijn, gaven aan meer te willen weten van methodisch werken. Van de groepsbegeleiders gaven twee van de drie begeleiders aan meer te willen leren over methodisch werken. De orthopedagogen kennen veel methodes en methodieken, zij geven aan altijd meer te willen leren en zich verder te willen verdiepen in verschillende methodes.

Een mogelijke verklaring is dat persoonlijk begeleiders minimaal op niveau 4 hun opleiding afgerond moeten hebben. Bij groepsbegeleiders is dat niveau 2 of 3 ook voldoende. Daar zou het verschil in percentage tussen de groepsbegeleiders en persoonlijk begeleiders vandaan kunnen komen. Wanneer we dit stellen, betekent het dat er tijdens de opleiding op niveau 2 en 3 minder aandacht aan methodes besteed wordt. We kunnen echter ook bedenken dat de 30% van de groepsbegeleiders en de 6,25% van de persoonlijk begeleiders weer bestaan uit de mensen met een verzorgende en verpleegkundige achtergrond. Echt harde conclusies kunnen we hieruit niet trekken. Feit blijft wel dat er door 30% aangegeven wordt dat ze vinden dat ze te weinig kennis hebben. En uit de interviews blijkt dat er bij begeleiders op één iemand na en orthopedagogen behoefte is aan meer kennis en scholing.

### 9.1.3 Inwerkperiode.

Zoals in hoofdstuk 8.1.1 beschreven wordt, zijn er rondom de inwerkperiode ook wat aanmerkingen te plaatsen. Een persoonlijk begeleider geeft aan dat ze helemaal niet ingewerkt is op het persoonlijk begeleiderschap. Daarnaast zijn er begeleiders die zeggen dat de inwerkperiode vooral een tijd is van meelopen, meekijken en vragen stellen. In een interview wordt gezegd dat het niet zoveel voorstelt. Wanneer men zelf aan de gang gaat, wordt uitgevonden hoe het nu eigenlijk allemaal echt werkt.

Het inwerk- en introductieprogramma van de organisatie wordt toegespitst op de omstandigheden van elke individuele werknemer die in dienst treedt. Tijdens de inwerk- en introductieperiode wordt gebruik gemaakt van de ‘[checklist inwerkperiode](http://192.168.11.13/ok2/archief.php?aktie=getFile&fileID=1531)’. Deze checklist wordt op de afgehandelde punten afgevinkt en ondertekend door de nieuwe medewerker en de betreffende locatie-/clustermanager, om aan te tonen dat de informatie verstrekt is. Na ondertekening dient de checklist ingeleverd te worden bij de afdeling P&O. De checklist wordt in het personeelsdossier opgeborgen.

In de checklist van de inwerkperiode komen de volgende onderwerpen aan bod: Protocollen, indeling groepen, instelling, andere disciplines, uitleg globale dagindeling en dagprogramma, dagprogramma bewoners bespreking groepsplan (doelstelling/samenstelling groep), verzorging/hygiëne bewoners, dienstlijst, telefoonbediening, mondelinge overdracht, schriftelijk, soorten besprekingen en nog andere wetenswaardigheden zoals werken met paramedici, korte uitleg over persoonlijk begeleiderschap en medicijnen verstrekken.

Wat erg opvalt bij het doornemen van de checklist en de procedure van het inwerken, is dat deze in zijn geheel niet ingaat op het inlezen van de plannen van de bewoners, uitleg over methodes of methodieken en het uitgebreid bespreken van de persoonsbeelden van de cliënten. Volgens het protocol en de checklist wordt er alleen aandacht besteed aan praktische wetenswaardigheden en zorgoverstijgende zaken.

Voor het inwerken op het persoonlijk begeleiderschap bestaat geen inwerkprocedure. In het document waar de taken en de verantwoordelijkheden van een persoonlijk begeleider verwoord staan, wordt alleen genoemd hoelang iemand in dienst van de organisatie moet zijn alvorens deze de taken van een persoonlijk begeleider op zich mag nemen.

### 9.1.4 Bijscholing/zelfstudie

Uit de enquête blijkt dat 41% van de respondenten aangeeft dat ze zelf ervaren te weinig kennis te hebben om goed methodisch te kunnen begeleiden. Ook uit de interviews blijkt dat er behoefte is aan meer scholing en kennis over methodes. Wanneer teams nu vanuit een bepaalde methode gaan begeleiden, moeten zij zichzelf in deze methode inlezen of de orthopedagoog vertelt in het kort wat de methode inhoud voor de dagelijkse begeleiding van die specifieke cliënt. De persoonlijk begeleider die een methode toepast mist de achtergrondinformatie van die methode. Door tijdsdruk heeft ze echter geen mogelijkheid om zich verder te verdiepen in die methode. Wat ervoor zorgt dat de methode op de groep toegepast wordt zonder dat men weet wat nu de visie en de achtergrond van die methode is.

Bij een enkele persoonlijk begeleider hoor je terug dat ze zijn bijgeschoold in het toepassen van het begeleidingsplan. Wel geven ze aan dat ze in de praktijk vaak tegen dingen aanlopen, waar ze vanuit de scholing geen handvaten voor hebben gekregen. Informatie moeten ze dan zelf opzoeken.

Begeleiders geven aan dat zij wel gevraagd hebben naar bijscholing maar dat zij dit nog niet gehad hebben. In de enquête wordt door twee respondenten genoemd dat zij wel eens bijscholing krijgen. Echter een groot gedeelte geeft aan dat zij bijscholing en kennis missen.

De orthopedagoog geeft aan dat zij niet meer zoveel bijscholing krijgt omdat ze al oud is en er in haar niet meer zoveel geïnvesteerd wordt. In het interview met de andere orthopedagoog is bijscholing voor zichzelf niet besproken. Beide orthopedagogen geven echter wel aan dat zij kennis missen bij de teams waaraan zij leiding geven. Zij vinden de kennis van methodes, het vormen van een gezamenlijke visie en de vaardigheid om te reflecteren erg belangrijk voor elke begeleider. Zij missen dit bij veel begeleiders.

Bij het managementteam is er navraag gedaan naar het scholingsbeleid. In het plan voor 2011 wordt onder andere aandacht besteedt aan de ‘methode Heijkoop’. Verder komt er scholing over autisme en moeilijk verstaanbaar gedrag, gesprekstechnieken en nog een aantal ondersteuningstrainingen zoals agressie assistentietraining en verpleegtechnische handelingen.

### 9.1.5 Conclusie

Er is in ruime mate kennis over de methodische cyclus. Kennis over methodes wordt gemist, bij zowel de begeleiders op de zorggroepen als de begeleiders op de gedragsgroepen. Het gemis in de methodes wordt daarbij echter op een verschillend vlak ervaren. De orthopedagogen missen kennis en vaardigheden bij begeleiders met betrekking tot methodisch werken in de teams die zij adviseren. De inwerkperiode geeft ruim aandacht aan alles wat men moet weten over het reilen en zeilen in de organisatie en op de groep. Het geeft echter geen aandacht aan het persoonlijk functioneren van de cliënten en de manier waarop deze cliënten begeleid moeten worden. Ook is er volgens de checklist van het inwerken geen ruimte voor het inlezen van de zorgplannen. Er is grote behoefte aan bijscholing. Hier is al wel aandacht voor binnen het team, de begeleiders hebben hier echter nog weinig van gemerkt.

## 9.2 Visie op doelgroep

Om een visie op de doelgroep, namelijk mensen met een verstandelijke beperking, te vormen, zijn er twee documenten opgesteld die voor begeleiders en orthopedagogen een leidraad kunnen vormen. Deze stukken geven onzes inziens geen concrete richtlijnen van kijken naar de doelgroep. Hieronder vind u de visie:

* Zoals verwoord in de informatiebrochure;
* Zoals verwoord in de gedragscode;
* Zoals begeleiders en orthopedagogen verwoorden in de interviews.

### 9.2.1 Informatiebrochure

De informatie over de visie en missie zoals deze beschreven is in de informatiebrochure is verwoord in hoofdstuk 6.3.1.

### 9.2.2 Gedragscode

De gedragscode is geschreven in het kader van het thema ‘bejegening’ en is een uitkomst van gesprekken en discussies met medewerkers van De Schutse over de ’10 grondregels van respectvolle bejegening’ zoals deze door de VGN[[12]](#footnote-12) zijn gepresenteerd. Bij het opstellen van de gedragscode is er uitgegaan van de grondregels. Voorts wordt er gereflecteerd vanuit de identiteit van De Schutse op die regels en worden er per regel toetsen geformuleerd. Kort verwoord, kent de gedragscode de volgende regels:

1. Wat u niet wilt dat u geschiedt, doet dat ook een ander niet.
2. Je gaat in je begeleiding uit van de waardigheid van de cliënt.
3. Het belang van de cliënt staat voorop.
4. Aandacht schenken aan elke cliënt en je inspannen iedere cliënt te begrijpen.
5. Het recht op vrijheid, zelfbeschikking en de eigen levensinvulling van het individu te honoreren.
6. De privacy van de cliënt respecteren en zorgvuldig omgaan met diens persoonlijke bezittingen.
7. Zeer terughoudend zijn in het opleggen van regels, beperkingen, geboden en verboden aan de cliënt.
8. De ontwikkeling van elke cliënt en zijn maatschappelijke participatie bevorderen.
9. De deskundigheid van ouders en/of wettelijk vertegenwoordigers erkennen en hen bij de zorg betrekken.
10. Gepaste maatregelen nemen wanneer de bejegening van de cliënt in gevaar is.

Tot slot wordt er nog een aantekening gemaakt met betrekking tot de identiteit van De Schutse. De Schutse vindt dat elke cliënt uniek is maar vindt bovenstaande regels wel wat individualistisch. Vanuit de identiteit wil De Schutse oog hebben voor het samenleven en –werken met elkaar in het teken van een bepaalde traditie. Dit samenleven vanuit de traditie krijgt vorm in gebruiken, gewoonten en regels die uitnodigen mee te doen, maar die niet vrij gekozen kunnen worden. Binnen dit kader probeert De Schutse de zorg en bejegening vorm te geven waarin vrije zelfbeschikking niet het uitgangspunt is, maar de voortdurende uitnodiging om naar eigen vermogen mee te doen en daarin een eigen weg te (leren) zoeken naar zeggenschap en zelf doen.

### 9.2.3 Vanuit interviews

In de interviews kwam regelmatig het thema visie op de doelgroep naar voren. De visie op de doelgroep is afhankelijk van tijd en omstandigheden.

In een interview met een orthopedagoog kwam naar voren dat zij toen zij vroeger op school zat opgeleid was met het medische model. De cliënten met een verstandelijke beperking waren gewoon ziek, al het gedrag wat ze lieten zien, hoorde bij die ziekte. Daarna kwam er meer een mechanische mensvisie, dit uitte zich in gedragstherapie. Vervolgens werd normalisatie en relatie belangrijk. Nu lijkt het een mengeling van dit alles. Zij noemde Maslow[[13]](#footnote-13) (Maslow, 1981) en de domeinen van Schalock[[14]](#footnote-14) (VGN, 2007) als uitgangspunt van goede zorg. De relatie is daarbij meer belangrijk geworden, hoewel ontplooiing ook een belangrijke rol inneemt.

Veel begeleiders die geïnterviewd zijn hebben wel een gezamenlijke visie, dat heeft vooral te maken met de teamsamenstelling. Kleine teams zitten wat betreft visie sneller op één lijn dan grote teams. De orthopedagoog die adviseert aan een heel groot en divers team op een gedragsgroep, geeft aan dat ze een gezamenlijke visie erg mist op die groep. Op de zorggroepen werkt meer verpleegkundig personeel, daardoor ligt de focus van de begeleiding ook vaak op lichamelijke aspecten. Sociaal agogisch hulpverleners hebben vaak weer aan andere visie op de doelgroep, ze richten zich vaak meer op gedrag, relatie of psychologische aspecten. Begeleiders formuleren de begeleidingsplannen per individu. Er is zodoende wel zorg op maat. Begeleiders geven wel aan dat ze hierin een bepaalde richtlijn missen; ze weten vaak niet of hun visie wel goed is. Ook orthopedagogen geven aan dat een uitgewerkte visie op de doelgroep (dus de gehandicaptenzorg) pas de laatste jaren meer aan het opkomen is. Een van de orthopedagogen zei een uitgewerkt normatief kader vanuit De Schutse te missen. Door de manier van het invullen van het begeleidingsplan, wordt er naar verschillende gebieden gekeken (lichamelijk, maar ook cognitief, sociaal-emotioneel enz.). Zodoende wordt het gemis aan een beschreven visie wel enigszins gecompenseerd. Er is echter nog niet echt een duidelijke visie beschreven op de doelgroep van mensen met een meervoudige beperking.

### 9.2.4 Conclusie

Vanuit de missie en visie op de Schutse zoals deze verwoord is in de informatiebrochure zijn geen concrete richtlijnen te halen voor waar een methode of een methodiek volgens De Schutse aan moet voldoen. Ook is het voor begeleiders moeilijk om vanuit dat document te bepalen hoe er volgens de visie van De Schutse gehandeld moet worden, een concreet normatief kader ontbreekt. In de gedragscode wordt dit al een stuk duidelijker. Daarin staan vrij concrete uitgangspunten voor hoe de begeleiding vorm gegeven moet worden en waar een methode of een methodiek aan zou moeten voldoen. Vanuit de interviews blijkt dat er binnen bepaalde teams wel één zelfde visie is, waar van uit gewerkt wordt. Dit zijn vooral kleinere teams, binnen de grotere teams is dit weer lastiger omdat er dan meer mensen functioneren binnen dat team met elk een eigen visie. Met meer mensen is de kans dat deze visie uiteenloopt ook groter. Verder blijkt uit de interviews dat er een goede en duidelijke visie vanuit De Schutse gemist wordt. Dit is ook van invloed op de manier waarop er methodisch gewerkt wordt. Bij gebrek aan visie is het ook lastig om te kiezen voor een methodiek of methode. Als er verschillende visies zijn is het ook erg moeilijk om daarin op één lijn te komen. Daarnaast is een methode of methodiek dan juist een goede manier om wel op één lijn te komen.

9.3 Werkdruk

Werkdruk wordt door verschillende mensen in de interviews genoemd als oorzaak van het niet goed of niet voldoende kunnen inzetten van methodes of methodieken. Ook verschillende rapporten van onderzoeken binnen De Schutse spreken over aspecten die te maken hebben met het ervaren van werkdruk. Werkdruk in de sector van de gehandicaptenzorg is landelijk een item wat de aandacht heeft.

Hieronder ziet u verslag vanuit de verschillende onderzoeken, namelijk:

* Vanuit het medewerkertevredenheid onderzoek
* Vanuit de cliëntraadpleging
* Vanuit de interviews
* Op landelijk niveau

### 9.3.1 Vanuit het medewerkertevredenheid onderzoek

In het medewerkertevredenheid onderzoek is aandacht besteedt aan verschillende factoren die van invloed zijn op het ervaren van werkdruk. Uit dit medewerkertevredenheid onderzoek blijkt dat medewerkers over het algemeen tevreden zin over de bevraagde thema’s. Medewerkers zijn vooral tevreden over de thema’s inhoud van het werk en de kwaliteit van dienstverlening. Thema’s die minder goed scoren zijn arbeidsvoorwaarden, arbeidsbeleving, communicatie & afspraken en belastende omstandigheden. Specifieke aandachtspunten voor verbetering liggen op het vlak van de financiële beloning, cliënten die tegenwerken bij de behandeling of verzorging en het herhaaldelijk moeten vragen van antwoord op een gestelde vraag. Wanneer de werkdruk hierdoor vergroot, verdringt dit de tijd, mogelijkheid en energie van de begeleiding en orthopedagogen om zich actief in te zetten voor het methodisch werken.

### 9.3.2 Vanuit de cliëntraadpleging

In het onderzoek wat gedaan is onder de cliëntvertegenwoordigers werd een vraag gesteld over de tijd die medewerkers hebben voor de cliënten. De stelling was: De medewerkers van De Schutse die mijn zoon of dochter begeleiden hebben voldoende tijd voor hem of haar. Deze stelling leverde het volgende resultaat op:

* Volledig oneens – 1,7%
* Oneens – 5%
* Niet eens/oneens – 14,3%
* Eens – 49,6 %
* Volledig eens – 29,4%

Hieruit blijkt dat 79 % tevreden is over de tijd die medewerkers hebben voor cliënten echter er is ook 6,7 % van de cliëntvertegenwoordigers die vinden dat er niet voldoende tijd is voor de cliënten.

Als we kijken naar een andere stelling, namelijk: ‘Mijn zoon of dochter krijgt genoeg hulp of ondersteuning van medewerkers’, blijkt dat er maar 0,8 % hiermee oneens is. De vraag is dan waar dat percentage van 6,7% dan vandaan komt. Hier spelen waarschijnlijk verschillende factoren in mee. Wat opvalt, is dat 27,3% van de cliëntvertegenwoordigers aangeeft dat de cliënten zich wel eens eenzaam voelen. Ook blijkt dat 29,4% van de cliëntvertegenwoordigers denkt dat de cliënten zich wel eens vervelen. Dit zijn twee factoren die waarschijnlijk van invloed zijn op de ervaring van cliëntvertegenwoordigers dat medewerkers te weinig tijd hebben voor de cliënt.

Wanneer cliëntvertegenwoordigers zelf al aangeven dat er soms te weinig tijd is voor een cliënt, of dat de cliënt wel eens eenzaam is of zich verveelt, is er ook reden om te verwachten dat er te weinig tijd is om methodisch te werken.

### 9.3.3 Vanuit de interviews

Omdat de interviews door verschillende begeleiders ingevuld worden en deze ook allemaal een verschillende persoonlijkheid hebben, wordt er ook heel verschillend gereageerd op de vraag of zij werkdruk ervaren. Toch gaven de meeste begeleiders wel aan dat ze werkdruk ervaren in de dagelijkse begeleiding maar ook bij het invoeren van methodes/methodieken. Ook werd er aangegeven dat de orthopedagogen niet altijd beschikbaar zijn, omdat zij maar een beperkt aantal uur op De Schutse aanwezig zijn. Hieronder worden die punten verder uitgewerkt

#### *Begeleiding*

De begeleider op de kindergroep geeft aan dat zij vrij weinig tijd heeft om leuke activiteiten met de cliënten te doen omdat er veel tijd op gaat aan alle dagelijkse handelingen. Daarnaast liggen de kinderen vroeg op bed, dus als zij uit dagbesteding komen is er maar weinig tijd om activiteiten te doen voordat ze weer naar bed gaan. Deze begeleider geeft aan dat ze echt heel bewust nadenkt over op welke momenten dat er dan toch een leuk activiteit past.

De begeleider op de dagbestedinggroep met kinderen geeft aan dat het echt heel erg per dag verschillend is hoe zij de werkdruk ervaart. De ene dag loopt alles op rolletjes, de andere dag is een cliënt onrustig, waar anderen weer op reageren en ook onrustig worden. Dan is het een hele drukke dag. Zij werken nu met drie mensen op vijf cliënten, dus wat dat betreft hebben ze tijd genoeg.

Een andere begeleider gaf aan dat ze door de tijdsdruk de belangrijke dingen niet overslaat maar het sneller gaat doen om het toch in de gegeven tijd te kunnen doen. Andere minder belangrijke dingen voor het dagelijks functioneren van de cliënt laat zij dan liggen. Zij geeft aan dan alleen de echt nodige werkzaamheden te verrichten.

Deze begeleider geeft ook aan dat ze wel aan de cliënten merkt wanneer zij druk en gestrest is. De cliënten werken dan tegen in de verzorging. Ze merkt dat als ze zelf meer tijd heeft, de cliënten ook meer relaxed zijn en het dus ook gelijk allemaal soepeler verloopt.

Een begeleider op een gedragsgroep op dagbesteding geeft aan geen werkdruk te ervaren. Dat komt omdat zij erg gestructureerd is. Zij geeft wel aan dat er geen tijd is voor gezamenlijk teamoverleg. Er is dan altijd een collega die in de eigen tijd terug moet komen omdat er geen uren voor gegeven worden. Ook het rapporteren kost soms veel tijd omdat er veel actieve doelen zijn waarop gerapporteerd moet worden. Dit verhoogt echter niet het gevoel van werkdruk bij deze begeleider.

Een persoonlijk begeleider gaf aan dat ze eerst werkdruk ervoer omdat ze niet zo goed ingewerkt was op de taken die bij het persoonlijk begeleider zijn komen kijken. Nu ze dat steeds meer duidelijk heeft wordt die werkdruk wel minder, ze ervaart alleen nog wel dat ze te weinig tijd heeft om al die taken naar behoren uit te kunnen voeren.

Een orthopedagoog geeft aan dat er te weinig tijd is om bijeenkomsten te organiseren rondom een cliënt. Tijdens een dergelijke bijeenkomst zou zij graag de visie op de desbetreffende cliënt en de begeleidingsstijl bespreken. Ook wil zij graag adviseren doormiddel van video-opnamen. Dit lukt nu vaak niet omdat er te weinig tijd beschikbaar is.

De andere orthopedagoog geeft aan dat zij ervaart dat ze te weinig tijd heeft om een Schutse-brede methodiek door te voeren, hier staat onder het kopje ‘invoeren methodiek /methodes’, verder in dit hoofdstuk meer over beschreven. Tevens geeft zij aan dat er bij de begeleiding soms te weinig tijd is om bewust stil te staan bij de zorg die zij bieden. Deze orthopedagoog mist een stuk reflectie bij de groepsbegeleiders. Zij schrijft dit ten dele toe aan werkdruk.

#### Orthopedagoog

Er is door twee begeleiders gesproken over de beschikbaarheid van orthopedagogen. Eén van de begeleiders geeft aan dat ze soms graag wil overleggen met de orthopedagoog maar dat het niet altijd lukt omdat de orthopedagoog daar geen tijd voor heeft. Een andere begeleider geeft aan dat het soms wat lastig is om de orthopedagogen te spreken omdat ze weinig op De Schutse zijn en weinig uren krijgen. Dat vindt zij wel jammer want eigenlijk zou zij willen dat de orthopedagoog vaker inzetbaar is en observaties uitvoert of filmt en dat bespreekt.

De begeleider geeft aan dat de orthopedagoog wel bij de kwartaalbesprekingen en oudergesprekken zit. Ook kan de orthopedagoog gebeld worden en er kan een gesprek aangevraagd worden over cliënten. Toch blijkt dat voor dat laatste vaak weinig tijd is. Er is wel een mogelijkheid dat een collega van een groep filmt maar dan wil je dat wel terugkijken met de orthopedagoog en dat kost tijd en die is er niet.

#### Invoeren methodiek/methodes

Een van de orthopedagogen geeft in het interview aan dat zij graag een methodiek Schutsebreed wil invoeren. Zij heeft hier echter weinig tijd voor omdat er andere werkzaamheden voorgaan zoals het adviseren van de persoonlijk begeleider bij het opstellen van de plannen. Ook zijn er nog werkgroepen waar zij in actief is. Daardoor lukt het niet om Schutsebreed een methodiek in te voeren. Zij vindt het erg frustrerend dat ze werkdruk ervaart, ze zou graag meer betekenen dan wat haar nu lukt.

Een persoonlijk begeleider geeft aan dat ze het heel belangrijk vind om ook de achtergrond van een methode te weten. Zij heeft echter niet de tijd om zichzelf in een methode te verdiepen.

### 9.3.4 Conclusie

De meeste begeleiders ervaren werkdruk in welke vorm dan ook. Dit kan in tijdsvorm zijn, dit kan komen omdat er teveel belastende situaties zijn, zoals tegenwerkende cliënten of agressie, dit kan ook komen door communicatie en afspraken die niet goed verlopen. Ook blijkt dat er een aantal cliëntvertegenwoordigers vinden dat de cliënt te weinig aandacht krijgt door tijdsdruk. De grootste zorg ligt daarbij op verveling en eenzaamheid. Uit de interviews blijkt dat het per collega verschillend is of er een te hoge werkdruk ervaren wordt en op welk vlak dan. Wel blijkt uit de interviews dat er door te hoge werkdruk, weinig tijd besteed kan worden aan het goed implementeren van een methode of methodiek. Ook ervaren groepsbegeleiders dat ze niet de tijd hebben zich goed te verdiepen in een methode of methodiek. Daarnaast blijkt uit de interviews dat er, als er grote werkdruk is, vooral gelet wordt op wat een cliënt echt nodig heeft aan dagelijkse zorg en dat die zorg geboden wordt. Begeleiders nemen dan geen tijd om verder te kijken naar hun eigen handelen met betrekking tot methodisch werken.

# Hoe kunnen we de aanbevelingen over het methodisch werken op De Schutse implementeren?

1. Wat zijn de conclusies over het methodisch werken op De Schutse?
2. Wat zijn de mogelijkheden vanuit het implementatieplan van Vlaskamp?
3. Welke aanbevelingen willen we geven naar aanleiding van de conclusies van ons onderzoek?

## 10.1 Wat zijn de conclusies over het methodisch werken op De Schutse?

### 10.1.1 SWOT-analyse

Doormiddel van een SWOT-analyse wordt eerst in kaart gebracht wat de sterke en zwakke punten van de manier waarop op De Schutse gewerkt wordt, zijn en welke kansen en bedreigingen er blijken te zijn vanuit het onderzoek.

|  |  |
| --- | --- |
| **Sterkten:**   * De werking van het begeleidingsplan is voor alle begeleiders en collega’s duidelijk. Men weet hoe men met het begeleidingsplan moet werken en het is de leidraad voor hun dagelijks handelen op de werkvloer. De kennis over de methodische cyclus is in ruime mate aanwezig. * Het begeleidingsplan is volledig. De stappen die nodig zijn om vanuit een concreet beeld van de cliënt, te komen tot concrete zorg zijn volledig. Vanuit het persoonsbeeld wordt duidelijk een perspectief geformuleerd, waaruit werkdoelen voortkomen. * Het plan zorgt ervoor dat teams op één lijn komen in de zorg en begeleiding van de cliënten. * Doordat het begeleidingsplan dwingt om vanuit meerdere invalshoeken een beeld te vormen van de cliënt, wordt het gemis aan visie gecompenseerd. * Binnen de verschillende teams (vooral de kleinere teams op dagbesteding) wordt vaak hetzelfde gedacht, is er één visie op de doelgroep. * Orthopedagogen hebben in ruime mate kennis en ervaring van methodes en methodieken van waaruit zij kunnen adviseren. Omdat zij een belangrijke rol spelen in het tot stand komen van het begeleidingsplan en de teams en persoonlijk begeleiders consulteren in de dagelijkse begeleiding, zorgen zij ervoor dat de zorg voortkomt uit methodes en methodieken. | **Zwakten:**   * Er is bij De Schutse geen duidelijk normatief uitgangspunt beschreven. De visie is niet zodanig uitgewerkt dat persoonlijk begeleiders daar een normatief uitgangspunt uit zouden kunnen halen voor het formuleren van het begeleidingsplan. Hierdoor ontstaat er intuïtieve zorg, want persoonlijk begeleiders kunnen nu vanuit hun eigen visie bepalen wat zij belangrijk vinden voor hun cliënt. * Begeleiders en persoonlijk begeleiders zijn over het algemeen niet op de hoogte van de methodische achtergrond van het begeleidingsplan. * Het begeleidingsplan is op sommige methodische aspecten afgeweken van de Vlaskamp methode. Daardoor is het begeleidingsplan op De Schutse minder volledig dan de Vlaskamp methode. Er zijn geen concreet beschreven activiteiten in het plan. Verder wordt rapportage en GAS niet opgenomen in het begeleidingsplan. * Begeleiders missen overlegmomenten over het plan en methodes en methodieken. * Het begeleidingsplan wordt niet geschreven vanuit een methode. * Begeleiders zetten vanuit hun eigen kennis en ervaring methodes in, zonder dat dit afgesproken is binnen het team. Er zijn geen methodes die bewust worden ingezet door een heel team. * Begeleiders en persoonlijk begeleiders missen bijscholing en cursussen over het methodisch werken. Bijscholing die er wordt en gegeven, sluit vaak niet aan bij de dagelijkse praktijk die vaak complex is. * Er is een gebrek aan kennis van methodes en methodieken bij begeleiders en persoonlijk begeleiders. * Er is bij een heel aantal begeleiders sprake van een te hoge werkdruk, dat staat het methodisch werken bij hen in de weg. * Bij het opstellen van het begeleidingsplan. * De inwerkperiode gaat vooral in op al het reilen en zeilen binnen de organisatie en op de groep. Op de groep wordt er vooral gekeken naar taken en dagprogramma’s. De inwerkperiode stelt de cliënt en de zorg en begeleiding voor de cliënt op de achtergrond. |
| **Kansen:**   * Begeleiders, persoonlijk begeleiders en orthopedagogen staan over het algemeen open voor vernieuwingen in het methodisch werken. * De kennis die er bij orthopedagogen , begeleiders en persoonlijk begeleiders is, kan veel optimaler ingezet worden. * Vlaskamp heeft instrumenten ontwikkeld die helpen om bij het persoonsbeeld en het perspectief volledige informatie te geven. IPZ en GTI. * Er kunnen trainingen worden gegeven door trainers in de Vlaskamp methode, zodat de Vlaskamp methode volledig kan worden geïmplementeerd binnen De Schutse. * Elk jaar zijn er studenten van de CHE die een afstudeerproject hebben. Zonder grote investering kunnen zij onderwerpen die te maken hebben met methodisch werken in kaart brengen. | **Bedreigingen:**   * Orthopedagogen hebben een vrije rol, ze kunnen hun eigen voorkeur en visie meenemen in het advies wat ze geven aan teams en persoonlijk begeleiders. * Orthopedagogen hebben weinig tijd op De Schutse om al hun taken uit te voeren. Zo blijft het plan om de methode Pact in te voeren ook al geruime tijd liggen. * De taken van de orthopedagogen zijn niet voor iedereen duidelijk. Orthopedagogen hebben geen functiebeschrijving omdat ze niet in dienst zijn van De Schutse. Wanneer je navraag gaat doen, blijkt er bij de zorgmanager een taakomschrijving te zijn. Deze is echter niet inzichtelijk voor de gehele organisatie. Daarom weten begeleiders en persoonlijk begeleiders vaak niet wat zij van een orthopedagoog mogen verwachten. * Hoge werkdruk staat de motivatie van begeleiders, om te investeren in het methodisch werken, in de weg. De doelgroep is complex, de dagelijkse handelingen nemen veel tijd in beslag, het rapporteren en het bijwerken van het dossier neemt ook veel tijd in beslag. Er is dan niet nog extra tijd over om het methodisch werken te professionaliseren. * Medewerkers die lager geschoold zijn hebben over het algemeen een zwakker reflectievermogen. * Kennis en ervaring die aanwezig is bij begeleiders wordt vaak niet breder ingezet en gaat soms verloren, doordat begeleiders bijvoorbeeld stoppen met werken. |

### 10.1.2 Algehele conclusie

De hoofdvraag was: Hoe kunnen we de kennis van methodes en het toepassen ervan binnen de methodiek van de Schutse vergroten? Onze algehele conclusie is: Binnen De Schutse wordt er goed volgens het begeleidingsplan gewerkt. In dit begeleidingsplan zitten elementen van de methode Vlaskamp verweven. De methode Vlaskamp biedt mogelijkheden voor het professionaliseren van het begeleidingsplan. Er wordt binnen De Schutse niet heel nadrukkelijk met methodes gewerkt. Hier ligt ook een mogelijkheid tot professionalisering van de zorg en begeleiding. Het is daarbij van belang dat de specifieke methodes opgenomen worden in het begeleidingsplan. Voor uitgebreidere aanbevelingen met betrekking tot de vraag hoe het gebruik van methodes en methodieken verhoogd kan worden willen we verwijzen naar hoofdstuk 10.3, waar de aanbevelingen aan De Schutse omschreven worden.

## 10.2 Mogelijkheden vanuit Vlaskamp

Dit onderzoek was er vooral op gericht om te inventariseren hoe er op De Schutse methodisch gewerkt wordt. Het blijkt dat er wel volgens de methodische cyclus gewerkt wordt maar er verder bij veel groepen een gemis ervaren wordt als het gaat om het werken vanuit methodes die aansluiten bij de doelgroep. Daarom is het van belang om te kijken hoe De Schutse daarop kan inspelen. Aangezien veel elementen van de methode Vlaskamp in het begeleidingsplan bij De Schutse zijn geïntegreerd, leek het goed om naar het implementatieprogramma van Vlaskamp (Vlaskamp, 2005) te kijken. Dit implementatieprogramma is geschreven voor het implementeren van de Vlaskamp methode maar is ook goed bruikbaar voor het implementeren van andere methodes en methodieken. De winst van deze implementatiemethode is dat er grote betrokkenheid gecreëerd wordt door alle betrokkenen in het proces te betrekken. Ook richt Vlaskamp zich sterk op het vooronderzoek en als het implementatieplan ingezet wordt, richt ze zich op scholing en coaching van alle betrokken. Indien nodig kunnen doelen vanuit het implementatieplan bijgesteld worden door een projectgroep die verantwoordelijk is voor het implementatieproces. Deze punten zijn erg belangrijk voor het slagen van een goede implementatie binnen een organisatie. Met dit implementatieprogramma zou De Schutse het methodisch werken kunnen optimaliseren. De stappen die ondernomen moeten worden in dit implementatieprogramma zijn:

1. De voorbereidingsfase
   1. Opstellen van organisatieprofiel
   2. Rapportage aan het management
   3. Formeel besluit
   4. Opstellen van een implementatieplan
   5. Bespreken implementatieplan met het management
   6. Instellen van een projectteam
   7. Scholing projectleden
   8. Informatiebijeenkomst voor ouders en begeleiders
2. Implementatiefase
3. Borgingsfase

De uitwerking van deze stappen kunt u vinden in bijlage M.

Met dit onderzoek is een gedeelte van de methode van implementatie van Vlaskamp uitgevoerd, maar wel een beperkt gedeelte.

Het wordt vooral duidelijk wat de huidige werkwijze van de organisatie is. Dit hoort bij ‘analyse van de visie en ondersteuningsdoelen’. Daarnaast zijn de bevorderende en belemmerende factoren in kaart gebracht. Ook zijn de knelpunten die ervaren worden in de praktijk, in kaart gebracht. We hebben daarmee vooral het opstellen van een organisatieprofiel van de voorbereidingsfase uitgevoerd.

De punten die dan nog verder onderzoek verdienen onder deze fase zijn:

* Wie zijn er betrokken?
* Welke doelen, belangen en verwachtingen zijn er?
* Hoe wordt het nieuwe programma ervaren?

Wanneer dat in kaart gebracht is zou De Schutse het implementatieplan verder vorm kunnen geven.

## 10.3 Welke aanbevelingen willen we geven naar aanleiding van de conclusies van ons onderzoek?

#### Werkgroep

We adviseren om een werkgroep op te stellen die zich in wil zetten om het methodisch werken te professionaliseren. Deze werkgroep houdt het overzicht, zodat bij het uitvoeren van de verschillende aanbevelingen er ook Schutsebreed wordt geprofessionaliseerd.

* Het dient de aanbeveling om in die werkgroep minimaal 1 orthopedagoog in te zetten.
* Het is van belang dat de kwaliteitsmedewerker betrokken wordt in deze projectgroep, de kwaliteitsmedewerker heeft een geheel eigen invalshoek in het proces die de organisatie doormaakt. Dit zorgt voor een frisse kijk.
* Daarnaast is het van belang om een zorgmanager en een clustermanager aan deze projectgroep te laten deelnemen, omdat zij een breder overzicht over de organisatie hebben en ook meer kunnen bepalen wat realistisch is. Ook hebben zij vaak meer inzicht in de financiën en randvoorwaarden die De Schutse kan bieden.
* Daarnaast is het onzes inziens van belang dat er een aantal begeleiders en persoonlijk begeleiders vanuit een aantal verschillende groepen (dagbesteding en wonen, verschillende locaties en van zowel zorggroepen als gedragsgroepen, kindergroepen en groepen met cliënten met een licht verstandelijk beperking) deelnemen aan deze projectgroep.
* Naar aanleiding van het vergelijken van de Vlaskamp methode en het begeleidingsplan van De Schutse willen we adviseren om nog eens kritisch te laten kijken naar het methodische aspect van het begeleidingsplan van De Schutse. Wordt er geen aspect gemist? Is het nodig om nog een punt in het begeleidingsplan te zetten, zoals activiteiten?

Het is belangrijk dat de werkgroep een duidelijke inzichtelijke koers vaart en de gehele organisatie steeds op de hoogte stelt van hun werkzaamheden. Een belangrijke vraag die aan de orde dient te komen, is: Welke koers wil de organisatie varen? Daarvoor zijn drie mogelijkheden, namelijk:

1. Men verbeterd het begeleidingsplan door de methode Vlaskamp daar nader in uit te werken en meer aspecten vanuit deze methode daarin te verweven.
2. Blijkt men niet tevreden over de methode Vlaskamp, dan kiest men voor een andere (bestaande) methode.
3. Men verbeterd het begeleidingsplan door de methode Vlaskamp daar nader in uit te werken en meer aspecten vanuit deze methode daarin te verweven. Daarnaast gaat men kijken naar welke methodische aspecten nog mist binnen de organisatie en binnen bepaalde doelgroepen en zoekt daarbij methodes die binnen het begeleidingsplan gehanteerd kunnen worden.

Mogelijkheid drie heeft onze voorkeur. We vinden het namelijk erg belangrijk dat de begeleiders handvaten hebben om ook de directe zorg, dus het contact met de cliënten en de verzorging van de cliënten, vorm te geven vanuit een methode.

* Als er wordt besloten om elementen uit de Vlaskamp methode te blijven hanteren of meer in te gaan zetten, adviseren we om:
  + Na te gaan wie er betrokken zijn bij het methodisch werken, inventariseren welke doelen, belangen en verwachtingen zij hebben en peilen hoe eventuele nieuwe methodes of methodieken ervaren zouden worden, alvorens er een implementatieplan opgesteld wordt.
  + Daaropvolgend zou er een werkgroep opgezet kunnen worden die het implementatieplan van Vlaskamp gaat uitwerken.
  + De werkgroep en alle orthopedagogen te trainen in de Vlaskamp methode. Zie voor deze mogelijkheid: <http://www.opvoedingsprogramma.nl/> onder opleiding valt er te lezen over trainingsmogelijkheden.
  + De recente boeken over de Vlaskamp methode aan te schaffen voor de bibliotheek.
  + In een later stadium medewerkers bij te gaan scholen in een concrete methode.

#### Visie

Aangezien er nu geen duidelijk normatief kader is in het handelen van hulpverleners en er daardoor sprake is van intuïtieve zorg, adviseren we een goede, uitgebreide visie te verwoorden die een normatief kader geeft voor het invullen van het begeleidingsplan en voor de dagelijkse zorg en begeleiding. Deze visie moet gedragen worden door iedere hulpverlener binnen De Schutse. Om dit te bereiken moet:

1. Er een geschikt persoon (uit de werkgroep) onder toezicht van de RvB een visie verwoorden, die aansluit bij het handelen in de dagelijkse praktijk.
2. Deze visie gelezen en onderschreven worden door orthopedagogen en clustermanagers.
3. Begeleiders moeten op de hoogte worden gebracht van deze visie. Indien nodig moet de persoon die de visie heeft geschreven voor teams kunnen verantwoorden waarom deze visie belangrijk is en wat dit betekent voor de dagelijkse praktijk en het formuleren van het begeleidingsplan.

Het is belangrijk dat de visie breed gedragen kan worden en aansluit bij de diversiteit van de doelgroep, wat betekent dat ze wel abstract beschreven is. Toch dient de visie wel praktisch toepasbaar te zijn. Dus niet: We vinden dat de cliënt recht heeft op ontplooiing. Maar: De cliënt wordt zoveel mogelijk geactiveerd en gestimuleerd om zijn vaardigheden te ontplooien.

Als vervolg van het beschrijven van deze visie is het belangrijk dat de visie ‘handen en voeten’ gaat krijgen in het handelen van de begeleiders en persoonlijk begeleiders en gezamenlijk als team. Om dit te bereiken is het belangrijk dat er:

* + Eens per jaar een visiedag wordt gehouden, waar er bewust wordt gemaakt wat de kernwaarden zijn waarvoor De Schutse staat. Zo wordt het normatieve aspect van de methodiek die wordt gehanteerd binnen De Schutse benadrukt. Begeleiders dienen hier minimaal eens per twee jaar bij aanwezig te zijn.
  + Er is de mogelijkheid om binnen de teams intervisiebijeenkomsten te houden om het dagelijks handelen nader met elkaar uit te diepen. De kernwaarden nemen een rol in bij de te behandelen vragen binnen de intervisiebijeenkomst.
  + Wanneer de visie uitgebreider verwoord is, is er ook een duidelijker normatief kader. Het begeleidingsplan moet vanuit dat normatieve kader geformuleerd worden. Dit kan je bewerkstelligen door bij het formuleren van het persoonsbeeld en het perspectief uit te gaan van dat normatieve kader. Vanuit dat perspectief worden de werkdoelen geformuleerd. De werkdoelen worden vervolgens ook geëvalueerd in de kwartaalevaluaties. Wanneer het persoonsbeeld en het perspectief goed vanuit de visie worden geformuleerd, evalueer je tijdens de evaluatie van de werkdoelen dus tevens op de visie.

#### Randvoorwaarden

##### Orthopedagoog

We vinden het belangrijk dat er een duidelijke functieomschrijving komt, waarin staat waarvoor de orthopedagoog verantwoordelijk is en aan wie deze verantwoordelijkheid moet afgelegd worden. Dit zorgt voor duidelijkheid over de taken voor de orthopedagogen zelf, het voorkomt dat orthopedagogen zoveel vrijheid krijgen, dat ze hierin vastlopen. Daarnaast stimuleert het eenduidigheid bij orthopedagogen, waardoor de zorg binnen De Schutse ook meer eenduidig wordt.

Ook voor begeleiders is dit belangrijk. Begeleiders kunnen doormiddel van deze functieomschrijving bepalen wat zij van een orthopedagoog mogen verwachten en wat de verantwoordelijkheden van de orthopedagoog zijn.

Het is daarnaast belangrijk om nader te bepalen welke tijd er voor een taak van de orthopedagoog nodig is. Aangezien orthopedagogen spreken van werkdruk en zij bij professionaliseren van het methodisch werken een grote rol spelen en dus nog meer werk zullen moeten gaan verzetten, is het nodig om de tijd die voor een taak staat nader moet bepalen. Het is belangrijk de benodigde tijd die orthopedagogen nodig hebben ook voor hen te realiseren.

##### Werkdruk

Er wordt werkdruk ervaren in de taken die een persoonlijk begeleider heeft. Dit zijn vooral taken die te maken hebben met het begeleidingsplan. Het dient de aanbeveling om te onderzoeken waar de tijd vooral in gaat zitten. Is het mogelijk om effectiever om te gaan met deze tijd? Welke creatieve mogelijkheden zijn er hiervoor te bedenken? Om begeleiders voor zichzelf bewust te laten zijn van hun handelen valt het aan te bevelen om een lijst bij te houden, waarin ze opschrijven hoeveel tijd ze kwijt zijn aan bepaalde handelingen. Die bewustwording kan er al voor zorgen dat hulpverleners efficiënter gaan werken.

##### Kennis

Er is kennis aanwezig bij begeleiders en persoonlijk begeleiders en deze kan volgens ons breder ingezet worden. Daarvoor is het nodig dat:

* De clustermanager in kaart brengt welke kennis aanwezig is binnen het team.
* Het team (of de clustermanager als hoofd van het team) beoordeelt welke kennis nuttig is om breder in te zetten.
* De clustermanager hier verslag van maakt.
* De clustermanagers hun verslagen aan elkaar voorleggen en inventariseren welke kennis waar is binnen de organisatie. Om daarna te bepalen welke kennis in hun teams ingezet kan worden.
* Een teamvergadering wordt gepland waarin het team geschoold wordt in deze kennis.

Er is daarnaast een ruime hoeveelheid aan theorie aanwezig in ‘de bibliotheek’ van De Schutse. Het zou aan te bevelen zijn om de boeken die hier zijn in kaart te brengen en te rangschikken per onderwerp. Als begeleiders bijvoorbeeld meer willen weten over het begeleiden van mensen met autisme kunnen ze onder het kopje ‘autisme’ de titel ‘Geef me de 5’ zien en dit boek lenen.

Tenslotte vinden we het belangrijk dat er aandacht wordt geschonken aan de inwerkperiode. We adviseren om een of meerdere personen verantwoordelijke te stellen voor het herzien van de procedure van de inwerkperiode. Wij vinden het belangrijk dat in de inwerkperiode de cliënt meer centraal komt te staan, er aandacht wordt besteed aan het begeleidingsplan en de methode die wordt gehanteerd op de groep. Kortom, we vinden het belangrijk dat er in de inwerkperiode aandacht wordt geschonken aan het methodisch werken.

# Discussie

## 11.1 Over onderzoeksmethode

* Bij het opzetten van onze onderzoeksmethode hadden we natuurlijk niet de informatie die we nu hebben. Zo weten we nu dat het zorgplan is opgesteld door een orthopedagoog die we niet hebben geïnterviewd. Het had een vollediger beeld gegeven over de Vlaskamp methode en het begeleidingsplan van De Schutse als we haar hierover vragen hadden kunnen stellen.
* We hebben 2 orthopedagogen geïnterviewd die slechts voor een korte periode op De Schutse werken. Ze werken beiden in ieder geval niet langer dan 1,5 jaar op De Schutse. Het kan zijn dat een gebrek aan ervaring op De Schutse van deze orthopedagogen het beeld heeft beïnvloed.
* De enquête is verstuurd naar ongeveer 200 personen. We kregen echter van slechts 37 personen een ingevulde enquête terug. De groep is dus vrij beperkt in aantal en we beseffen dat daardoor een vrij beperkt beeld gegeven wordt van de gehele Schutse. Omdat er onder de respondenten wel een grote diversiteit was in leeftijd, locaties, functies en opleidingen, kunnen we toch stellen dat de resultaten uit de enquête een goed beeld van de werkelijkheid weergeven.
* Uit één observatie is weinig informatie te halen. We hebben deze observatie dan ook niet zwaar mee laten tellen in ons onderzoek. We konden in verband met tijdgebrek niet meer aandacht besteden aan goede observaties. Bovendien vonden we het moeilijk om het handelen van hulpverleners op te interpreteren als methodisch handelen. Het is namelijk niet zichtbaar of er interventies bewust en doelmatig worden ingezet. Dat kan alleen met extra informatie, zoals het lezen van een plan. Dat gaat weer ten koste van de objectiviteit van het observeren.

## 11.2 Over de conclusies

* Er is in de interviews vaak gesproken over werkdruk. Dat komt ook omdat we in ons interview specifiek naar tijdsdruk hebben gevraagd. We vragen ons af of we in de uitkomsten van ons onderzoek ook zo expliciet over tijdsdruk hadden gesproken, als we hier niet concreet naar hadden gevraagd.
* We zijn er ons van bewust dat de conclusies soms erg scherp en kritisch kunnen zijn. Dat heeft ook te maken met bepaalde bewust keuzes die we hebben gemaakt.
  + Zo hebben we er in deelvraag 1 voor gekozen om ons te richten op het verschil tussen het begeleidingsplan van De Schutse en de Vlaskamp methode. Door geen overeenkomsten te noemen, is het een erg kritisch stuk geworden. Er zijn veel positieve overeenkomsten te noemen, waardoor het verslag er een stuk milder had uitgezien.
  + Bij deelvraag 2 hebben we genoemd dat er niet veel methodes worden gehanteerd. Toch werden in de enquête wel veel methodes genoemd. We vragen ons af of deze genoemde methodes door desbetreffende personen ook daadwerkelijk werd gehanteerd. We vermoeden dit slechts bij een kleine groep het geval is, maar dat het grootste deel van de personen slechts enkele aspecten uit de genoemde methoden hanteren. Dit vermoeden is gebaseerd op informatie die we uit de interviews hebben gekregen.
  + Het begeleidingsplan was ruim 3 jaar geleden anders vormgegeven. In de afgelopen 3 jaar zijn er regelmatig verbeteringen geweest van het begeleidingsplan. De groei die daardoor in de afgelopen jaren is gemaakt, is noemenswaardig. Wij hebben er echter voor gekozen om niet de ontwikkeling te beschrijven van de afgelopen jaren, maar ons onderzoek te zien als een nulpunt; we hebben dus alleen gekeken naar de situatie zoals die nu is.
* We zijn ons ervan bewust dat we percentages hebben gebruikt uit de enquête. Aangezien de enquête een beperkt beeld geeft van de werkelijkheid kunnen bepaalde details teveel hebben uitvergroot, door percentages te noemen. Percentages zijn heel duidelijk, maar de werkelijkheid is minder duidelijk. De globale informatie uit de enquête is echter wel herkenbaar uit de interviews. Wanneer informatie uit de enquête duidelijk en betrouwbaar was, hebben we het zonder schroom durven gebruiken in ons onderzoek. Wanneer informatie minder duidelijk was, of de vraag kon zorgen voor onbetrouwbare informatie hebben we de informatie alleen gebruikt als ze werd bevestigd in een andere onderzoeksmethode.

## 11.3 Over de aanbevelingen

* In onze visie hebben we kort weergegeven dat professionalisering van de methodiek niet ten koste mag gaan van het directe contact. Met het beschrijven van onze aanbevelingen realiseren we ons dat er taken bijkomen. We willen niet dat die ten koste zouden gaan van het directe contact. Snijden in het directe contact kan voorkomen worden door creatieve mogelijkheden te zoeken om efficiënter met tijd om te gaan en/of door extra tijd te investeren in personeel.
* Vraag 15 uit de enquête gaf geen ruimte aan de mogelijkheid dat er geen problemen waren. De vraag was: *Waar loop je tegenaan als het gaat over methodisch werken?* De antwoorden waren al ingevuld. Een antwoord daarvan was: *We missen momenten van overleg*. We hebben daarmee behoorlijk gestuurd richting negatieve antwoorden. We zijn daarom ook voorzichtig geweest om te concluderen dat er te weinig momenten van overleg zijn binnen de teams. Aangezien vooringenomenheid van onze kant kan hebben geleid tot dit resultaat. Deze conclusie konden we daarnaast niet bevestigd zien in de gehouden interviews. We hebben daarom in onze aanbevelingen niet gezegd dat er meer overlegmomenten moeten komen.
* We hebben in hoofdstuk 10 het implementatieschema van Vlaskamp genoemd. Hier hebben we voor gekozen, omdat we ons in hoofdstuk 6 op goede gronden hebben gekozen om de Vlaskamp methode nader te belichten. In hoofdstuk 10 was dit niet perse nodig geweest, want we konden ook een ander implementatieschema gebruiken.
* In de aanbevelingen hebben we stelling ingenomen. Op basis van de conclusies hebben we gezegd wat wij belangrijk vinden wat er aangepast moet worden. Het is aan De Schutse of ze daarmee instemmen en of ze ons plan gaan uitvoeren. Zelf zijn van mening dat we in de afgelopen periode behoorlijk deskundig zijn geworden op dit vlak en we geloven dat we met goede aanbevelingen zijn gekomen.

# Literatuurlijst

## 12.1 Boeken

* Baadsgaard, M. & Wagner, P. (1994). Inleiding in de gedragsmodificatie. Amsterdam: Boom Nelissen.
* Baarda, D.B. (2010). Basisboek kwalitatief onderzoek. Houten: Noordhoff Uitgevers.
* Bruin, C. de (2009). Geef me de 5. Doetinchem: Graviant Educatieve Uitgave.
* Egberts, C. (2010). Ouders op hun plek, samenwerken in de driehoek cliënt, ouders en begeleider. Amersfoort: Agiel.
* Heijkoop, J. (1995). Vastgelopen, anders kijken naar begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap met ernstige gedragsproblemen. Amsterdam: Boom Nelissen.
* Janssens, M. (2009). Humor een relativerende begeleidingsmethode. Amsterdam: Boom Nelissen.
* Maslow, A. (1981). Motivatie en persoonlijkheid. Rotterdam: Lemniscaat.
* Meijer, C.J.M. Wetgeving MWD, SPH, HBO-V (2008). Den Haag: Sdu Uitgevers.
* Siepkamp, P. van de (2009). Gentle Teaching, een weg van hoop voor mensen met bijzondere kwetsbaarheden. Amsterdam: Boom Nelissen.
* Stuur, A. (2009). De creatieve professional, met afstand het meest nabij. Opleidingsprofiel en opleidingskwalificaties Sociaal Pedagogische hulpverlening. Amsterdam: SWP.
* Ter Horst, W. (2008). Christelijke pedagogiek als handelingswetenschap. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
* Ter Horst, W. (2006). Het herstel van het gewone leven. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
* Vlaskamp, C., Poppes, P. & Zijlstra, R. (2005). Levensloop in perspectief. Een ondersteuningsprogramma voor volwassenen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
* Vlaskamp, C., Poppes, P. & Zijlstra, R. (2005). Met zorg vernieuwen handreiking voor een succesvolle implementatie van het opvoedings-/ondersteuningsprogramma. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.

## 12.2 Site

* Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2007). Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument. Verkregen op 16-05-2011 van <http://www.igz.nl/zoeken/document.aspx?doc=Visiedocument_kwaliteitskader_gehandicaptenzorg&URL>=
* De Rijksoverheid (30 september 2010). Bijlage regeerakoord begrotingsbeleid. Verkregen op 17-05-2011 van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2010/09/30/bijlage-bij-regeerakkoord-vvd-cda.html>
* Het Centraal Plan Bureau (2011). Onderzoeksprogramma toekomst zorg. Verkregen op 17-05-2011 van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/04/19/cpb-onderzoeksprogramma-toekomst-zorg.html>

## 12.3 Documenten uit het kwaliteitshandboek van De Schutse

* Gedragscode
* Handleiding begeleidingsplan
* Informatiebrochure voor cliënten
* Procedure begeleidingsplan
* Rapport medewerkertevredenheid onderzoek 2009 De Schutse.
* Rapport cliëntraadpleging 2008 De Schutse.

# Bijlage

## Antwoorden enquête

Waar werk je?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antwoordmogelijkheid** | **Aantal** | **Percentage** |  |
| Wonen | 24 | 65% |  |
| Dagactiviteitencentrum | 13 | 35% |  |

Op welke locatie werk je?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antwoordmogelijkheid** | **Aantal** | **Percentage** |  |
| Kesteren | 27 | 73% |  |
| Opheusden | 4 | 11% |  |
| Achterberg | 2 | 5% |  |
| Oud-Vossemeer | 4 | 11% |  |

Wat voor functie heb je?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antwoordmogelijkheid** | **Aantal** | **Percentage** |  |
| Orthopedagoog | 3 | 8% |  |
| Locatiemanager | 1 | 3% |  |
| Clustermanager | 2 | 5% |  |
| Persoonlijk begeleider | 16 | 43% |  |
| Groepsbegeleider | 10 | 27% |  |
| Oproepkracht | 3 | 8% |  |
| Anders, nl.  'managementondersteuning  maatschappelijk werker | 2 | 5% |  |

Wat voor vooropleiding heb je gehad?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antwoordmogelijkheid** | **Aantal** | **Percentage** |  |
| MBO-SPW3 | 4 | 11% |  |
| MBO-SPW4 | 16 | 43% |  |
| HBO-SPH | 4 | 11% |  |
| MBO-helpende | 2 | 5% |  |
| MBO-verzorgende | 2 | 5% |  |
| MBO-verzorgende-IG | 2 | 5% |  |
| MBO-verpleegkunde | 4 | 11% |  |
| HBO-HBOV | 0 | 0% |  |
| Anders, nl.  SPW4 heb ik 7 jaar geleden afgerond, momenteel volg ik HBO-MWD  'MBO AW (huidig SPW)  WO orthopedagogiek  Z-Opleiding  WO-orthoped.  HBO-MWD  VWO/PABO/orthopedagogiek  4e jaars HBOV  Nu bezig met het 2e jaar van de HBO-V | 9 | 24% |  |

Hoeveel jaar geleden heb je jouw opleiding gevolgd?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antwoordmogelijkheid** | **Aantal** | **Percentage** |  |
| Ik volg nog een opleiding | 6 | 16% |  |
| Ik heb mijn opleiding 1 – 3 jaar geleden afgerond. | 14 | 38% |  |
| Ik heb mijn opleiding 4 – 6 jaar geleden afgerond. | 8 | 22% |  |
| Ik heb mijn opleiding 7 – 10 jaar geleden afgerond. | 3 | 8% |  |
| Ik heb mijn opleiding langer dan 10 jaar geleden afgerond. | 6 | 16% |  |

In welke mate heeft je opleiding bijgedragen aan je kennis van methodisch handelen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antwoordmogelijkheid** | **Aantal** | **Percentage** |  |
| De opleiding heeft me onvoldoende theorie aangereikt. | 6 | 16% |  |
| De opleiding heeft me voldoende theorie aangereikt. | 25 | 68% |  |
| De opleiding heeft me meer dan voldoende theorie aangereikt. | 3 | 8% |  |
| De opleiding heeft me veel theorie aangereikt. | 3 | 8% |  |

Welk belang hecht je aan kennis van theorieën om professioneel hulp te verlenen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antwoordmogelijkheid** | **Aantal** | **Percentage** |  |
| Ik vind kennis van theorieën totaal onbelangrijk. | 0 | 0% |  |
| Ik vind kennis van theorieën een beetje belangrijk. | 6 | 16% |  |
| Ik vind kennis van theorieën belangrijk. | 20 | 54% |  |
| Ik vind kennis van theorieën heel belangrijk. | 11 | 30% |  |

In welke mate heb je het idee dat je voldoende kennis bezit van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antwoordmogelijkheid** | **Aantal** | **Percentage** |  |
| Ik bezit geen kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening. | 0 | 0% |  |
| Ik bezit onvoldoende kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening. | 11 | 30% |  |
| Ik bezit voldoende kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening. | 23 | 62% |  |
| Ik bezit in ruime mate kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening. | 3 | 8% |  |

In welke mate heb je het idee dat je voldoende kennis toepast in de praktijk?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antwoordmogelijkheid** | **Aantal** | **Percentage** |  |
| Ik pas geen kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening, toe in de praktijk. | 1 | 3% |  |
| Ik pas onvoldoende kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening, toe in de praktijk. | 11 | 30% |  |
| Ik pas voldoende kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening, toe in de praktijk. | 23 | 62% |  |
| Ik pas in ruime mate kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening, toe in de praktijk. | 2 | 5% |  |

Welke methodiek worden er volgens jou gebruikt op De Schutse?

|  |
| --- |
| *Antwoorden (maximaal 100)* |
| Een mix van methodieken. Het gaat vooral om de methodische cyclus. |
| In een document 'werkwijze orthopedagogen' is een en ander beschreven. |
| Zie onderstaande methodieken. Ik denk dat de affectief neutrale benadering nog het bekendst is, verder zie ik bij groepsleiding niet zo heel veel kennis van methodieken op mijn groepen (ouderengroepen, laag niveau groepen voornamelijk). Ik moet dit zelf misschien ook meer aandragen en me er meer in verdiepen. |
| Weet er geen naam van. Was vroeger volgens Gordon, maar dat is m.i. door een andere methodiek vervangen |
| Schutse-breed weet ik niet welke methodiek er gebruikt wordt. Waarschijnlijk is dit per groep verschillend. Afhankelijk van de cliënten die er verzorgd/begeleid worden. |
| ik heb werkelijk geen idee welke methodieken er op de Schutse gebruikt worden. Dat komt ook omdat ik 'niks' met Kesteren te maken heb, dus dan weet je het ook niet. |
| Het is veel verwerkt in de processen, waarin beschreven staat op welke manier er gewerkt wordt en er doelen beschreven worden. Verder wordt er gewerkt met jaarplannen, waarin doelen en middelen beschreven staan. Op cliëntniveau wordt er gewerkt met begeleidingsplannen en kwartaalevaluaties. In mijn werkgebied zie ik het terug in Aanmeld en intakeprocedure/formulieren Plaatsingsprocedure Procedure indicatieaanvragen |
| Het praktijkhandboek, en cursussen |
| ? |
| PACT |
| Ik gebruik methodes volgens het begeleidingsplan en geef dan wel eens ideén die ik van school weet door. Of van cursussen. |
| Wat heel vaak terugkomt, is de plan-do-check-act-cyclus. Oa in het werken met het begeleidingsplan, maar ook in allerlei kwaliteitsprocessen. Verder wordt er mijns inziens eclectisch gewerkt (mix van diverse methoden/zienswijzen, oa Heykoop en T.A.) |
| hijkoop |
| Het opstellen van doelen, eraan werken en evalueren aan de hand van het begeleidingsplan. |
| Toch wel de 3 R's |
| Natuurlijk wordt er op een theoretische manier volgens het behandel/zorgplan gewerkt. Wat ook kenmerkend is voor De Schutse is dat men werkt overeenkomstig Gods Woord. Dit zie je ook terug in de praktijk. Dan denk ik aan loyaliteit en integriteit. Dit is een mooie basis om theoretische, methodische kennis toe te passen op onze zorgvragers. Daarnaast zie ik een gezonde dosis gedrevenheid bij het begeleidend personeel. Men werkt hier voor onze verstandelijk gehandicapte medemens, niet voor onze maandelijkse beloning en omdat het moet. |
| Geen idee |
| - positief gedrag belonen, negatief gedrag negeren - GGGGG-model (aangepast voor gehandicapten) - het geven van probeerruimte (ruimte tussen iets wat cliënt kan en waar begeleiding bij nodig) - signaleringsplannen - affectief-neutraal/affectief-bewust begeleiden - voor LVG'ers: competentiegericht begeleiden. - aspecten uit SOVA-trainingen - werken volgens SMART-doelen in een begeleidingsplan Er zijn er nog wel meer. Wat ik vooral doe, is per cliënt kijken wat nodig is en praktische handvatten geven vanuit de theorie. 100% volgens de theorie werken vind ik in de praktijk niet haalbaar. |
| Affectieve neutrale benadering naar cliënten De ontwikkeling van een kind naar de volwassenheid is belangrijk om te weten. Emotioneel kunnen ze anders functioneren dan cognitief. Methodisch werken Houding van de begeleider |
| Dit is verschillend per groep. Op de Linde gaan we op 1 groep de oplossingsgerichte/competentiegerichte methode gebruiken. De andere groepen gebruiken we geen duidelijke methodiek maar dat vind ik wel wenselijk |
| Geen idee. Op onze groep begeleiden we vanuit het kind. Wat het kind laat zien, daar spelen wij op in. |
| Ontwikkelingsgericht begeleiden Affectief neutraal begeleiden |
| Begeleidingsplannen, protocollen, kwaliteitshandboek |
| ???? |
| methodisch handelen |
| kwaliteitscircel: Plan, Do, Act, etc Rapporteren aan de hand van begeleidingsdoelen |
| er word gewerkt met op de cliënt afgepaste hulp |
| Werken volgens jaarplannen met doelen, jaarlijks wordt hierop geëvalueerd. Het proces wordt in de gaten gehouden gedurende het hele jaar. |
| zorgplannen, kwartaalevaluaties, maandverslagen. |
| van ervaring leer je het meeste!! |
| - methodisch handelen. - |
| begeleidingsplannen werden opgezet adhv theorie van Gordon, nu weet ik het niet. |
| cliënt gerichte methodes |
| geen idee |
| methodisch begeleiden, het sturen waar nodig is. |
| Contactgericht spelen en leren. Constructionele gedragstherapie Active support. |
| Methodieken lijken op de Schutse niet met hun naam bekend te staan, terwijl er wel ontwikkelings- en oplossingsgericht wordt gewerkt. |

Welke methodes gebruik je in de begeleiding van cliënten?

|  |
| --- |
| *Antwoorden (maximaal 100)* |
| Elementen uit methodes voor communicatie (totale communicatie, autisme), (ortho)pedagogiek; (belonen, affectief (neutraal), ontwikkelingspsychologie, behoeftenbevrediging (Pavlof)), groepsdynamica. Het gaat hierbij niet echt om methodisch gebruik van de theorieën. Je gebruik elementen ervan, wat je verwerkt in het zorg/begeleidingsplan. Dit is eigenlijk de methodiek die je gebruikt; Doelgericht, maar ook persoonsgericht werken met de cyclus van het zorgplan. Binnen het team komen de theorieën niet veel aan de orde. Wel soms als het gaat om een specifieke doelgroep, zoals b.v. mensen met autisme. |
| Verheldering hulpvraag. Hulpvraag vertalen naar doelen. Doelen evalueren > nieuwe doelen. Cyclisch proces. Aandacht voor context van de cliënt. Perspectiefgericht |
| Onder andere: - affectief neutrale benadering - Gentle teaching - Heikoop - methodieken voor seksuele ontwikkeling (in ontwikkeling bij werkgroep seksualiteit waarvan ik deel uit maak) - basale stimulatie (moet ik me nog verder in verdiepen. mogelijk komt er een cursus op de Schutse) - Vlaskamp - oplossingsgericht werken - PACT (deze heb ik nu incidenteel gebruikt, zou ik graag meer willen toepassen op MCG-groepen) - video interactie begeleiding |
| Weet ik niet specifiek te benoemen. Werk meestal zo dat ik (i.s.m. collega's) observeer, interventies bedenk/bespreek vanuit eigen ervaringen of van deskundigen, interventies inzet, observeer, (evt op kleine punten wat aanpassingen uitproberen), evalueer, etc. |
| Voornamelijk de Heijkoopmethode. |
| nog geen duidelijke methodiek. binnen het team zijn we nu bezig om te kijken welke methodiek er bij onze cliënten zou passen. dit omdat er geen methodiek gebruikt werd, en er geen eenduidige begeleiding aan de bewoners gegeven werd. |
| RET (Rationeel Emotieve Therapie) Ervaringsgerichte hulpverlening Transactionele analyse Contextuele hulpverlening |
| Gedeeltelijk wat ik heb geleerd in mijn opleiding, en ook praktijkervaring van mijn eerdere werkplekken. Ook het kwaliteithandboek. |
| Op mijn (zorgintensieve) woongroep maken we geen gebruik van specifieke methodieken. Maar ik denk dat we onbewust toch wel methodieken gebruiken (door kennis opgedaan tijdens de opleiding, welke wij 'vertalen' naar de praktijk) |
| PACT, Heijkoop, ABB |
| Zie hierboven |
| nvt |
| hijkoop den ik. weet het niet zeker |
| Bijvoorbeeld structuur bieden, voorspelbaar zijn en kennis over autisme. Uitslagen van onderzoeken en diagnoses kunnen van belang zijn in het opstellen van doelen. Verder positief benaderen, belonen, stimuleren van nieuwe of bestaande vaardigheden. |
| Rust Reinheid en Regelmaat. |
| Dan denk ik aan: - Gentle Teaching - Heijkoop Anders kijken - Vlaskamp methode |
| - Dagstructurering - Doorpakmethode - Teach-methode (Niet gentle-teaching, maar Teach methode) |
| Zie hierboven. |
| Zie hierboven |
| Ik begeleid zelf geen cliënten Methodes die gebruikt worden zijn affectief neutraal, heykoop (niet op de Linde) |
| n.v.t. |
| Affectief neutraal begeleiden |
| Begeleidingsplannen, protocollen, eigen kennis en vaardigheden. |
| Wij zijn zelf aan het kijken of we meer competentiegericht kunnen gaan werken. |
| Systematisch werken |
| n.v.t. |
| rust, duidelijkheid, ontspanning, tijd voor bewoner(indien mogelijk) |
| -werken in stapjes naar doelen toe -straffen en belonen -affectief neutraal |
| signaleringsplannen |
| alle cliënten op een positieve manier benaderen en begeleiden. alle cliënten aanvaarden, naar gelang hun handicap. |
| methodisch handelen |
| geen specifieke methodes, wel gedeeltes uit 'Geef me de 5' of gedragspsychologie (aanleren ADL) |
| cliënt gericht |
| - |
| methodisch begeleiden, validation |
| Contactgericht spelen en leren. Constructionele gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie. Active support. Asservisiteits training. |
| Meestal een gedeelte van een methode, of combinaties van methodes. Zoals een lage EE (Expressed Emotion, belonen en straffen, Gentle Teaching, Heijkoopmethode, Vlaskamp. |

Met welk doel zet je die verschillende methodes in?

|  |
| --- |
| *Antwoorden (maximaal 100)* |
| Het lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn en welbevinden van de bewoner. |
| Perspectief-/oplossingsgericht denken. Recht doen aan de ontwikkeling van de cliënt. Uitgaan van mogelijkheden in plaats van de beperking. Rekening houden met de context van de cliënt. Doelgericht werken. |
| Kwaliteit van begeleiding verbeteren en daarmee de kwaliteit van het bestaan van de persoon. Gaat vooral om beter afstemming tussen cliënt en begeleider. Ook stukje bewaking van de voortgang van proces: hoe wordt er gewerkt aan doelen, welke worden behaald en welke niet. |
| Actie houden in het zo adequaat mogelijk ingaan op gedrag van de bewoners |
| Om te komen tot een zo adequaat mogelijke begeleiding. |
| zie 11 |
| Om inzicht te krijgen in de situatie/hulpvraag van de cliënt. Om psycho-educatie/inzichtgevende gespreken te houden. om een duidelijke werkwijze te hebben. |
| Voor een zo goed mogelijk resultaat, en kwaliteit van zorg. |
| Om het beste te zoeken voor de bewoners. |
| Juiste analyse van gedrag. Professionele houding tov cliënten. |
| Om te bereiken wat meerwaarde heeft voor de cliënt |
| Methodisch werken heeft mijns inziens vooral het doel om op een verantwoorde, gemotiveerde wijze aan het werk te zijn. Met gemotiveerd bedoel ik dan dat je kunt onderbouwen waarom je bepaalde interventies toepast en waarom je dat op die manier doet. Het maakt ook dat je met diverse collega´s kunt samenwerken, dat je vanuit eenzelfde methodiek werkt. |
| de begeleiding aanpassen op het niveau en het aankunnen van de cliënt. |
| Professioneel werken en het welzijn van de cliënt. |
| om zo je werk te verbeteren en dat de cliënten een hogere eigenwaarde krijgen en zich thuis voelen |
| Afhankelijk van gesignaleerd gedrag, ontwikkeling, zorgvraag, etc. |
| - Om zo dichter tot je cliënt te komen,(alle methodes) - om te bereiken dat bepaald gedrag beheersbaar wordt voor zowel begeleiding als cliënt, (doorpakmethode) - en om het programma voor je cliënt te structuren (dagstructurering en Teach-methode) |
| Gedragsverandering, meer begrijpen van gedrag, leren hanteren van gedrag, leren inspelen op gedrag. |
| Om de cliënt zo goed mogelijk te kunnen begeleiden. Het welbevinden van de cliënt vind ik belangrijk. Ook zijn er punten waar de cliënt zich in kan ontwikkelen en dat stimuleer ik dan. |
| Doel van inzetten van een methodiek is dat de cliënt eenduidig benaderd wordt, dit is goed voor de cliënt en ook prettig voor de medewerkers |
| Stimuleren van de ontwikkeling van een kind. |
| Professionele begeleiding voor de cliënten. |
| zoveel als mogelijk is zorg verlenen vanuit eenzelfde visie, aangepast op de individuele zorgvraag. |
| om de bewoners zo optimaal mogelijk te begeleiden. |
| van alle doelen. |
| kwaliteit van zorg verbeteren, continuïteit waarborgen. |
| het gevoel geven zichzelf te kunnen zijn een thuisgevoel |
| De structuur in de groep behouden en het bevorderen van groei of behoud van aangeleerde vaardigheden. |
| welzijn van cliënten en bevordering van gedrag of de instandhouding daarvan. |
| om ze op zo'n goed mogelijke manier te begeleiden en met ze om te gaan/te begrijpen. |
| zodat je professioneel te werk gaat |
| optimale zorg bieden aan cliënten. gebruik maken van kennis van mensen die er onderzoek naar gedaan hebben wat we in kunnen zetten bij bepaald gedrag of beperkingen. |
| de cliënt zoveel mogelijk te helpen en te stimuleren om zelf de activiteiten/handelingen te doen. |
| - |
| het op de juiste wijze begeleiden van de verschillende cliënten |
| Het meisje wat ik nu 2 jaar individueel begeleid functioneerde 2 jaar geleden op 5 jarige leeftijd terwijl ze 19 jaar was. Door traumatische ervaringen was dit meisje totaal overspannen en meer psychiatrisch patiënt dan verstandelijk gehandicapt. Door op haar niveau te beginnen met begeleiden en zo vertrouwen te winnen zijn we nu na 2 jaar bijna op het niveau van haar leeftijd, nu 21 jaar. Het is voor mij nog niet helder in hoe verre dit meisje werkelijk licht verstandelijk gehandicapt is. Ze gaat nog steeds vooruit in haar ontwikkeling, werkt nu 2 morgens in de huishouding bij een extern persoon. |
| Ter bevordering van het welzijn van de cliënt, dus ter verbetering van de kwaliteit van leven in zoverre we daar invloed op kunnen hebben. |

Wat betekent het handelen vanuit deze methodes voor jouw dagelijks handelen? In welke praktische handelingen en materialen zie je die methodiek terug?

|  |
| --- |
| *Antwoorden (maximaal 100)* |
| Gebruik van picto's (communicatie), signaleringsplan, zorgplan, gebruik van disciplines, bieden van veiligheid (risicomaatregelen/preventie, pedagogisch klimaat. |
| Persoonsbeeld zet neer wie de persoon is en welke hulpvragen hij heeft. Deze worden vertaald naar hoofd- en werkdoelen. Samengebracht in begeleidingsplan. Onderzoek, observatie, gesprek, intervisie (zonodig MDO) kan meewerken aan verheldering van en rechtdoen aan zorgvraag. |
| - evaluatie van doelen (geënt op Vlaskamp) - meedenken met groepsleiding over betekenis/duiding van gedrag van cliënten (heeft het te maken met zijn ontwikkeling(sniveau), omgevingsfactoren of benadering van groepsleiding). - adviseren van gebruik van bepaalde methodieken in begeleiding van de cliënt - regelmatig video-opnames maken en bespreken met groepsleiding |
| Praktische handelingen zijn nogal veel om op te noemen. O.a. duidelijkheid bieden door vertellen wat bewoner kan verwachten, wat programma is etc. Daar evt time-timer voor gebruiken. Duidelijk en consequent zijn bij opdrachten. Zorgen voor eenvoudige/begrijpelijke communicatie, evt met gebruik van picto's of verwijzers. Regelmatig kijken of er meer mogelijkheden zijn waarin bewoners zelf kunnen (mee-)beslissen. Bij (dreigende)agressie handelen volgens signaleringsplan om spanning te verminderen, anders interventies toepassen volgens afspraken. |
| In de dagelijkse praktijk sta je weinig stil bij het werken vanuit een bepaalde methode. Wanneer er knelpunten in de begeleiding zijn en wanneer er gesprekken met de orthopedagoog plaatsvinden, komt dit veel meer naar voren en ben je er bewuster mee bezig. Het geeft je dan inzicht in waarom je de dingen inzet. |
| zie 11 |
| Procesbeschrijvingen, formulieren voor oriëntatie, aanmelding en intake. In mijn contact met familieleden van cliënten zet ik hulpverleningsmethodieken in die ik meegekregen heb vanuit mijn opleiding. |
| In het begeleiden, en hulp geven. Bijv. medicatie |
| In het verlenen van zorg aan de cliënten. |
| Het analyseren van gedrag en het gebruikmaken van video-analyse. |
| Het is interessant en het levert vaak wat op. |
| Niet praktisch in het werken op de groep. Ik zie het vooral terug in het cyclisch werken (continu evalueren en bijstellen) |
| een dagelijks terugkerende structuur voor bepaalde bewoners, wat maakt dat je voorspelbaar bent. |
| Elke dag rapporteren op de doelen. Overleg in teamvergadering. Overleg met orthopedagoog. Elk jaar heeft persoonlijk begeleider bespreking met ouder(s)/ verzorgers over begeleidingsplan |
| Vooral in de verzorging van de persoon zelf en het begeleiden tussen gehandicapten met verschillende manier van denken en doen. |
| Je werkt volgens een eigen begeleidingsstijl in combinatie met algemene afspraken t.a.v. de cliënt. Maar vaak ga je onbewust te werk. Door dagelijks te rapporteren op de doelen, blijf je alert. Een goede evaluatie en bijstelling van het begeleidingsplan, is dan ook erg belangrijk. |
| - |
| In de adviezen die ik geef combineer ik de theorie met de praktijk van alle dag. |
| ? |
| Ik zie dit weinig terug. De methodiek affectief neutraal wordt wel actief mee gewerkt. Competentiegerichte benaderingswijze moet nog verder uitgewerkt worden. |
| De hele dag door. |
| Als negatief aandacht gevraagd wordt, is het beter affectief neutraal te reageren en om te buigen naar positieve aandacht. |
| a. Streven naar een goede zorgverlening, tegelijkertijd zorg op maat bieden. b. Het werken volgens protocollen bij het uivoeren van verpleegtechnische handelingen. Andere methodes bij het uitwerken van de begeleidingsplannen. |
| we zijn hier nog niet bewust mee bezig meer een voor onderzoek. |
| Systematisch werken stap voor stap uitvoeren. |
| rapporteren aan de hand van doelen, en deze per kwartaal evalueren. |
| als je hiermee bedoelt of je er thuis wat van ziet bij mij niet dan ben ik een stress persoon |
| Elke dag wordt er aan de doelen gewerkt en wordt hierop gerapporteerd, zo blijf ik bewust bezig in het begeleidingsproces. |
| signaleringsplannen |
| Een positieve instelling hebben en mee beginnen en de achtergronden van de cliënten kennen om ze te kunnen begrijpen. |
| dat je kan reflecteren aan de hand van methodes |
| ik neem het 'in mijn achterhoofd mee', ik ben me er niet dagelijks bewust van dat ik via een bepaalde methode werk. wel gebruiken we hulpmiddelen, bijv. picto's, time-timer. de begeleidingsplannen werken volgens een bepaalde methodiek. |
| dat ik steeds meer toepas van wat ik op school nu leer. |
| - |
| dat je eerst de achtergrond van de bewoner weet voor je de juiste begeleiding kan geven |
| De theorieën had ik heus niet altijd schriftelijk voor me, maar door ervaringen wel in mijn hoofd Het betekent in de praktijk beginnen op het niveau waar de cliënt zich bevindt, voorzichtig aftasten waar mogelijkheden voor vooruitgang zijn, alert zijn op lichamelijke en psychische veranderingen, angst, zweten, wit worden, trillen, boos worden, agressief, depressief, enz. Mijn praktische handelingen zie ik terug in rust geven, voldoende aandacht, spel en materiaal aan leveren voor voldoende ontwikkeling en ontspanning, kijken wanneer het genoeg is en geen grenzen overschrijden, vaak zie je dan geen vooruitgang maar een terugval. |
| - |

Hoe wordt er aandacht gegeven aan methodisch werken binnen de Schutse?

|  |
| --- |
| *Antwoorden (maximaal 100)* |
| Met name door gebruik van zorgplan en alles hieromheen. |
| Vanuit het MT denk ik te weinig. Als ortho ervaar ik veel vrijheid. |
| Afhankelijk van de persoon van de groepsleiding hoe hij/zij het oppakt, maar ik vind over het algemeen dat er weinig gebruik van wordt gemaakt. Ik kom ook bijna geen ingevoerde methodieken tegen. Ik begrijp dat het ook zoeken is naar de toepassing van methodieken bij deze doelgroep. 'k Zou er toch graag meer aandacht voor willen hebben in de zin van bijscholing van groepsleiding (bijv. in basale stimulatie en PACT) |
| overleg in team en met orthopedagogen over welke methodes ingezet moeten worden, hoe ze ingezet moeten, etc. In begeleidingsplannen wordt beschreven welke begeleiding individuele personen behoeven. |
| Minimaal. Weinig mogelijkheid tot bijscholing in de theorie van de methodes. Veel wordt gedaan omdat dit al lange tijd geleden zo opgesteld is. Wanneer er uit eigen initiatief gesprekken met bijv. orthopedagoog plaatsvinden is er meer aandacht voor. |
| geen idee. ik denk veel te weinig. De doelgroep waar ik nu mee werk was 3 jaar geleden geheel nieuw voor de Schutse. Als er dan niks uitgedacht wordt, denk ik dat er te weinig aan gedaan is, en te weinig over gedacht is. Bewoners zijn eigenlijk niet genoeg serieus genomen. We wilden met de Kesteren-doelgroep-kennis verder, maar dat is mis. |
| Kennis wordt als vanzelfsprekend ingezet, men in zich denk ik niet altijd bewust van de achterliggende methodieken. |
| Door middel van kwaliteitshandboek. |
| ? |
| Weinig mijns inziens. Je moet er langzamerhand achter komen dat er methodiek achterkomt. Door vragen te stellen kom je daar achter, maar het is niet duidelijk uiteengezet m.i. |
| Via de orthopedagogen |
| Niet. Er is nauwelijks bekendheid over gebruikte methodieken. |
| tijdens het opstellen van plannen, hier zit vaak een logische opbouw in. en dit wordt naar mijn idee goed geëvalueerd tijdens team vergaderingen zodat gewenste veranderingen tijdig naar boven komen. |
| Format begeleidingsplan wordt regelmatig aangepast. Iedereen werkt met plancare en dezelfde manier van doelen opstellen, rapporteren en evalueren. |
| Ik denk dat als je dit in je opleiding hebt meegekregen dat het er in zit en dan wordt het niet speciaal bij naam genoemd, maar je handelt wel zo. |
| Een goede afstemming van verschillende disciplines. Per kwartaal wordt er (zo nodig in bijzijn van paramedici, orthopedagoog) overlegd en geëvalueerd. Nieuwe afspraken, doelen o.i.d. worden meegenomen in het begeleidingsplan, waar weer op gerapporteerd wordt. |
| weinig tot geen aandacht voor begeleidingsmethodes. |
| - in de teamvergaderingen bij vragen over cliënten - bij speciale bijeenkomsten met het team over een bepaalde theorie. |
| Ik krijg van de orthopedagoog informatie over aanpak. Af en toe een bijscholing. Dat vind ik ook erg belangrijk dat dit wordt gedaan. |
| Binnen team. Verder vind ik dat er (te) weinig aandacht gegeven wordt aan het methodisch werken binnen de Schutse. |
| Weet ik echt niet, Weinig cursussen om de begeleiding beter te maken. |
| Geen idee. |
| Hier wordt weinig aandacht aan gegeven, tijdens teamvergaderingen worden regelmatig protocollen besproken, maar er zou meer aandacht aan methodisch werken kunnen worden gegeven door bijvoorbeeld klinische lessen. |
| ???? |
| evaluatiemomenten |
| volgens mij weinig |
| proberen duidelijk met dezelfde methode,s te werken als alle collega,s |
| Er is geen scholing ofzo op. Wel wordt er volgens vaste begeleidingsplannen gewerkt. Naar mijn idee zou er meer scholing moeten komen om geleerde theorie vast te houden. |
| tijdens teamvergaderingen wordt dit besproken. wel mag hier meer aandacht voor zijn. |
| Er worden cursussen gevolgd. En alles kan besroken worden met een orthopedagoog. |
| ? |
| ik zie er weinig tot niets van terug op de groep waar ik werk. |
| er wordt veel geëvalueerd en vergaderd voor de bewoners om de zorg op peil te houden. |
| geen |
| niet extreem veel |
| Ik denk dat er binnen de Schutse genoeg methodisch gewerkt wordt maar hier wordt in de praktijk weinig over gepraat. |
| Weinig. |

In welke mate ben je ervan op de hoogte dat het zorgplan vanuit een theoretisch model is opgezet?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antwoordmogelijkheid** | **Aantal** | **Percentage** |  |
| Ik wist niet dat het zorgplan een theoretische achtergrond heeft. | 6 | 16% |  |
| Ik weet het zorgplan een theoretische achtergrond heeft, maar ken deze theorie onvoldoende om te gebruiken bij het invullen. | 11 | 30% |  |
| Ik weet dat het zorgplan een theoretische achtergrond heeft en ken deze theorie voldoende. Ik pas de theorie onvoldoende toe in het invullen van het zorgplan. | 6 | 16% |  |
| Ik weet dat het zorgplan een theoretische achtergrond heeft en ken deze theorie voldoende. Ik pas de theorie voldoende toe in het invullen van het zorgplan. | 14 | 38% |  |

Waar loop je tegenaan als het gaat over methodisch werken?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antwoordmogelijkheid** | **Aantal** | **Percentage** |  |
| Ik mis kennis van theorie. | 15 | 41% |  |
| Ik mis momenten van overleg om te komen tot een gezamenlijke aanpak. | 17 | 46% |  |
| Ik mis evaluatiemomenten. | 7 | 19% |  |
| Ik mis de vaardigheid om theorie toe te passen in de praktijk. | 4 | 11% |  |
| Ik zie het nut niet in van methodisch werken. | 0 | 0% |  |
| Ik heb het idee dat collega’s onderling niet op één lijn zitten. | 12 | 32% |  |
| Er is geen mogelijkheid voor het aanschaffen van materialen voor het werken met een bepaalde methodiek. | 5 | 14% |  |
| De manier van rapporteren helpt niet voldoende om goed methodisch te kunnen werken. | 3 | 8% |  |
| Anders, nl.  omdat we nu nog bezig zijn met kijken welke methodiek past binnen onze doelgroep kan ik op bovenstaande geen antwoord geven  n.v.t.  geen  Bewustwording van gebruik theorieën.  'ik vind dat methodieken nuttig zijn als ondergrond, maar dat ze per cliënt en/of situatie aangepast moeten worden naar wat op dat moment nodig is. Dus niet te strak met methodieken omgaan.  ik mis het uitdragen van een methodiek vanuit de Schutse  zie vraag 17 ('Ik denk dat het goed zou zijn om voor alle medewerkers meer duidelijk te maken op welke manier methodisch werken op de Schutse plaatsvindt. Nu gebeurt het wel, maar tis voor veel mensen onbewust.)  Voor begeleiders nog niet vanzelfsprekend om doelgericht te werken en correct te rapporteren.  ik loop niet ergens tegen aan  meer overleg over de achterliggende gedachte van een bepaalde aanpak.  'Ik heb vanuit de opleiding wel methodieken meegekregen maar niet specifiek voor mensen met een verstandelijke beperking. Er is ook nog veel ontwikkeling gaande op het gebied van methodieken voor mensen met een VB. D.m.v. bijscholing probeer ik mij te verdiepen hierin. Waar ik tegen aan loop: methodieken moeten bij mensen met een VB aangepast worden op hun mogelijkheden, je kunt een methodiek bijna nooit zomaar aanbieden. Het blijft zoeken naar aanknopingspunten. In de kennisoverdracht naar groepsleiding loop ik er soms tegen aan dat je met veel mensen te doen hebt. De een pakt het wel op, de ander niet. Ook het vast blijven houden van kennis en vaardigheden is een aandachtspunt.  'ik mis trainingen | 12 | 32% |  |

Heb je nog vragen, opmerkingen of suggesties waar we rekening mee kunnen houden tijdens ons onderzoek naar methodisch werken op De Schutse?

|  |
| --- |
| *Antwoorden (maximaal 100)* |
| Nee |
| Er is een veelheid aan methodieken. Vraag is beetje waar jullie op doelen met dit onderzoek. Doel je op visie, werkwijze of doel je meer op materialen? |
| misschien kunnen jullie suggesties doen naar het MT voor bijscholing e.d. |
| nee |
| - |
| ja, meer het belang van methodisch werken onder de aandacht brengen en dat elke doelgroep anders is, en er wat anders bij past. |
| De vragen zijn wisselend gericht op het persoonlijk werken of op het algemene werken binnen De Schutse. Dit maakt het vrij breed en maakt het lastig te beantwoorden, omdat ik niet Schutse-breed inzicht heb op het werken met methodieken. Ik werk niet met de cliënten zelf, waardoor ik ook vanuit andere methodieken werk dan de begeleiders verwacht ik. |
| nee |
| Welke methodiek kunnen we gebruiken op een zorgintensieve groep? |
| HBO-V geeft niet echt gerichte methodieken voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Meer verpleegtechnisch. |
| Ik ben niveau 3 en heb weinig met begeleidingsplannen te maken. Wel vul ik de dagelijkse rapportage in en zit bij evaluaties van doelen. Ik zou graag meer betrokken willen worden bij o.a methodisch werken. |
| Ik denk dat het goed zou zijn om voor alle medewerkers meer duidelijk te maken op welke manier methodisch werken op de Schutse plaatsvindt. Nu gebeurt het wel, maar het is voor veel mensen onbewust. |
| ik wens jullie veel suk6 toe. |
| Vraag 15 is lastig in te vullen omdat ik geen persoonlijk begeleider ben en dus geen zorgplannen opstel. Ik werk wel aan de doelen en rapporteer. |
| geen overige opmerkingen |
| - |
| geen |
| Ik ben zowel van Opheusden als van Achterberg orthopedagoog, maar kan dat niet aangeven. |
| nee |
| Belangrijk dat het toepasbaar is bij hoog en laag niveau. Belangrijk om het niet alleen op papier te hebben maar om het ook bij alle medewerkers te integreren in het handelen zodat ze het werken volgens een methodiek meerwaarde krijgt en gaat leven |
| n.v.t. |
| Nee. |
| Op welke manier kunnen we het beste methodisch werken binnen de Schutse? Is het mogelijk om met zn allen op 1 lijn te komen? |
| nee |
| Bewust handelen en reflecteerden van zijn handelingen. |
| nee, ik ben benieuwd naar jullie onderzoeksresultaten |
| nee geen vragen |
| nee |
| x |
| nee |
| Of er na de collega's toe in een team meer aandacht kan komen over het methodisch werken. |
| - maak gebruik van de kennis die sommige collega's al opgedaan hebben (opleiding autisme)! - maak een (beknopte) handleiding welke methodieken voor bepaalde problematieken en beperkingen ingezet kunnen worden. - schaf goede literatuur aan in het bibliotheekje of per de groep. - er is best wel kennis, alleen niet zichtbaar in het werken in de groep. laat dit zichtbaar worden! succes! |
| nee |
| Ja, op het dagverblijf zijn er alleen teambesprekingen en geen aparte groepsbesprekingen. De pb'er bepaaldt nu vaak veel alleen. |
| veel succes ermee! |
| Het begeleiden op de Schutse is volgens mij meest praktisch, we moeten voorzichtig zijn om de cliënten kost wat kost naar een hoger niveau te brengen. Ze worden dan niet altijd vrolijker of gelukkiger. Wel kunnen we via methodisch werken gedrags- en belevingswereld van onze cliënten zo fijn mogelijk maken, proberen angsten uitspattingen in te perken. De zorgplannen zijn goed maar volgens mij soms overdreven: een cliënt op leeftijd die tevreden functioneert, moeten wij die dan nog "iets" aanleren? Er valt nog heel veel te zeggen of te schrijven, laten we in alles het welzijn van onze mensen op het oog hebben. De laatste 2 jaar heb ik met dit meisje weer heel veel bij geleerd. |
| - |

Vind je het fijn om in het vervolg van het onderzoek nog een keer betrokken te zijn bij het nadenken over de werkbaarheid van bepaalde methodieken?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antwoordmogelijkheid** | **Aantal** | **Percentage** |  |
| Ja, mijn naam is  Janneke Boet  Ella Biersteker  Catharina Nouwen  Betty Kok  Cora ´t Hart  'Marja van der Slikke  Joke Krijgsman  Paula van de Pol  Marja van Etten  'Marieke van Kampen  Hanneke Bisschop  Anieta van den Bosch | 12 | 32% |  |
| Nee | 25 | 68% |  |

## Gecategoriseerde antwoorden open vragen.

**Welke methodiek worden er volgens jou gebruikt op De Schutse?**

*Methodes:*

methodische cyclus 14x

Gordon 2x

Oplossingsgerichte methode 2x

PACT

Heijkoop

positief gedrag belonen, negatief gedrag negeren

GGGGG-model

competentiegericht begeleiden

aspecten uit SOVA-trainingen

Competentiegerichte methode

Constructionele gedragstherapie

Active support

Ontwikkelingsgericht werken

Contactgericht spelen en leren

*Benaderingswijze/visie:*

affectief neutrale benadering 4x

vraaggericht werken 3x

eclectisch gewerkt (mix van diverse methoden/zienswijzen, oa Heykoop en T.A.)

De 3 R’s

Overeenkomstig Gods Woord

Ontwikkelingsgericht begeleiden

Geen idee 4x

**Welke methodes gebruik je in de begeleiding van cliënten?**

*Methodes:*

Heikoop 7x

methodische cyclus 7x

affectief (neutraal) 5x

Belonen 2x / Straffen en belonen 2x

Gentle teaching 3x

Vlaskamp 3x

PACT 2x

Contextuele hulpverlening 2x

Methodieken voor seksuele ontwikkeling

Basale stimulatie

Oplossingsgericht werken

Video interactie begeleiding

RET

Elementen uit methodes voor communicatie (totale communicatie, autisme)

Transactionele analyse

Ervaringsgerichte hulpverlening

ABB

Teach-methode (Niet gentle-teaching, maar Teach methode)

Competentiegericht

Systematisch werken

Geef me de 5

Gedragspsychologie

Validation

Contactgericht spelen en leren

Constructionele gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie

Active support

Asservisiteits training

EE (Expressed Emotion

*Benaderingswijze/visie:*

(ortho)pedagogiek

Ontwikkelingspsychologie

Behoeftenbevrediging (Pavlof)

Groepsdynamica

Perspectiefgericht

3 R’s

Cliëntgericht

*Vaardigheden:*

positief benaderen 2x

structuur bieden

voorspelbaar zijn

Dagstructurering

Doorpakmethode

Rust

Duidelijkheid

Ontspanning

tijd voor bewoner(indien mogelijk)

signaleringsplan

**Met welk doel zet je die verschillende methodes in?**

*Kwaliteit:*

Kwaliteit van begeleiding verbeteren en daarmee de kwaliteit van het bestaan van de persoon

Ook stukje bewaking van de voortgang van proces: hoe wordt er gewerkt aan doelen, welke worden behaald en welke niet.

Voor een zo goed mogelijk resultaat, en kwaliteit van zorg.

om zo je werk te verbeteren

kwaliteit van zorg verbeteren,

*Professionaliteit:*

Professionele houding tov cliënten.

op een verantwoorde, gemotiveerde wijze aan het werk te zijn. Met gemotiveerd bedoel ik dan dat je kunt onderbouwen waarom je bepaalde interventies toepast en waarom je dat op die manier doet.

Professioneel werken

gebruik maken van kennis van mensen die er onderzoek naar gedaan hebben wat we in kunnen zetten bij bepaald gedrag of beperkingen.

zodat je professioneel te werk gaat

Professionele begeleiding voor de cliënten.

Perspectief-/oplossingsgericht denken

Doelgericht werken

Juiste analyse van gedrag.

*Begeleiding:*

Actie houden in het zo adequaat mogelijk ingaan op gedrag van de bewoners

Om te komen tot een zo adequaat mogelijke begeleiding.

de begeleiding aanpassen op het niveau en het aankunnen van de cliënt.

Afhankelijk van gesignaleerd gedrag, ontwikkeling, zorgvraag, etc.

Om zo dichter tot je cliënt te komen,(alle methodes)

om te bereiken dat bepaald gedrag beheersbaar wordt voor zowel begeleiding als cliënt, (doorpakmethode)

Gedragsverandering, meer begrijpen van gedrag, leren hanteren van gedrag, leren inspelen op gedrag.

Om de cliënt zo goed mogelijk te kunnen begeleiden.

het op de juiste wijze begeleiden van de verschillende cliënten

om ze op zo'n goed mogelijke manier te begeleiden en met ze om te gaan/te begrijpen.

en bevordering van gedrag of de instandhouding daarvan.

Gaat vooral om beter afstemming tussen cliënt en begeleider

Uitgaan van mogelijkheden in plaats van de beperking

om de bewoners zo optimaal mogelijk te begeleiden.

Rekening houden met de context van de cliënt

Om psycho-educatie/inzichtgevende gespreken te houden.

Om inzicht te krijgen in de situatie/hulpvraag van de cliënt.

*Welzijn:*

lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn en welbevinden

Om het beste te zoeken voor de bewoners.

en het welzijn van de cliënt.

en dat de cliënten een hogere eigenwaarde krijgen

en zich thuis voelen

Het welbevinden van de cliënt vind ik belangrijk.

Ter bevordering van het welzijn van de cliënt, dus ter verbetering van de kwaliteit van leven in zoverre we daar invloed op kunnen hebben.

welzijn van cliënten

optimale zorg bieden aan cliënten.

het gevoel geven zichzelf te kunnen zijn een thuisgevoel

Om te bereiken wat meerwaarde heeft voor de cliënt

*Continuïteit waarborgen:*

om een duidelijke werkwijze te hebben.

Het maakt ook dat je met diverse collega´s kunt samenwerken, dat je vanuit eenzelfde methodiek werkt.

en om het programma voor je cliënt te structuren (dagstructurering en Teach-methode)

Doel van inzetten van een methodiek is dat de cliënt eenduidig benaderd wordt, dit is goed voor de cliënt en ook prettig voor de medewerkers

zoveel als mogelijk is zorg verlenen vanuit eenzelfde visie, aangepast op de individuele zorgvraag.

continuïteit waarborgen.

De structuur in de groep behouden

*Ontwikkeling stimuleren/in stand houden:*

Recht doen aan de ontwikkeling

Ook zijn er punten waar de cliënt zich in kan ontwikkelen en dat stimuleer ik dan.

Het meisje wat ik nu 2 jaar individueel begeleid functioneerde 2 jaar geleden op 5 jarige leeftijd terwijl ze 19 jaar was. Door traumatische ervaringen was dit meisje totaal overspannen en meer psychiatrisch patiënt dan verstandelijk gehandicapt. Door op haar niveau te beginnen met begeleiden en zo vertrouwen te winnen zijn we nu na 2 jaar bijna op het niveau van haar leeftijd, nu 21 jaar. Het is voor mij nog niet helder in hoe ver dit meisje werkelijk licht verstandelijk gehandicapt is. Ze gaat nog steeds vooruit in haar ontwikkeling, werkt nu 2 morgens in de huishouding bij een extern persoon.

de cliënt zoveel mogelijk te helpen en te stimuleren om zelf de activiteiten/handelingen te doen.

het bevorderen van groei of behoud van aangeleerde vaardigheden.

Stimuleren van de ontwikkeling van een kind.

**Wat betekent het handelen vanuit deze methodes voor jouw dagelijks handelen? In welke praktische handelingen en materialen zie je die methodiek terug?**

*Teamsamenwerking:*

gesprek,

intervisie

benadering van groepsleiding

Overleg in teamvergadering.

Je werkt volgens een eigen begeleidingsstijl in combinatie met algemene afspraken t.a.v. de cliënt.

*Overleg disciplines:*

gebruik van disciplines

(zo nodig MDO) kan meewerken aan verheldering van en rechtdoen aan zorgvraag.

adviseren van gebruik van bepaalde methodieken in begeleiding van de cliënt

Wanneer er knelpunten in de begeleiding zijn en wanneer er gesprekken met de orthopedagoog plaatsvinden, komt dit veel meer naar voren en ben je er bewuster mee bezig. Het geeft je dan inzicht in waarom je de dingen inzet.

Overleg met orthopedagoog.

*Zorg- en begeleidingsplan:*

zorgplan

Persoonsbeeld zet neer wie de persoon is en welke hulpvragen hij heeft. Deze worden vertaald naar hoofd- en werkdoelen. Samengebracht in begeleidingsplan.

evaluatie van doelen (geënt op Vlaskamp) –

Niet praktisch in het werken op de groep. Ik zie het vooral terug in het cyclisch werken (continu evalueren en bijstellen)

Elke dag rapporteren op de doelen.

de begeleidingsplannen werken volgens een bepaalde methodiek.

Elke dag wordt er aan de doelen gewerkt en wordt hierop gerapporteerd, zo blijf ik bewust bezig in het begeleidingsproces.

rapporteren aan de hand van doelen, en deze per kwartaal evalueren.

Systematisch werken stap voor stap uitvoeren.

Andere methodes bij het uitwerken van de begeleidingsplannen.

Elk jaar heeft persoonlijk begeleider bespreking met ouder(s)/ verzorgers over begeleidingsplan

Door dagelijks te rapporteren op de doelen, blijf je alert.

Regelmatig kijken of er meer mogelijkheden zijn waarin bewoners zelf kunnen (mee-)beslissen.

Procesbeschrijvingen,

Een goede evaluatie en bijstelling van het begeleidingsplan, is dan ook erg belangrijk.

dat je eerst de achtergrond van de bewoner weet voor je de juiste begeleiding kan geven

formulieren voor oriëntatie, aanmelding en intake.

Het werken volgens protocollen bij het uivoeren van verpleegtechnische handelingen.

*Gedragsanalyse:*

signaleringsplan

Onderzoek,

observatie,

meedenken met groepsleiding over betekenis/duiding van gedrag van cliënten (heeft het te maken met zijn ontwikkeling(sniveau),

regelmatig video-opnames maken en bespreken met groepsleiding

Bij (dreigende)agressie handelen volgens signaleringsplan om spanning te verminderen, anders interventies toepassen volgens afspraken.

Het analyseren van gedrag

en het gebruikmaken van video-analyse.

signaleringsplannen

*Dagelijkse begeleiding:*

bieden van veiligheid (risicomaatregelen/preventie)

pedagogisch klimaat

omgevingsfactoren

In het begeleiden, en hulp geven. Bijv. medicatie

In het verlenen van zorg aan de cliënten.

een dagelijks terugkerende structuur voor bepaalde bewoners, wat maakt dat je voorspelbaar bent.

en het begeleiden tussen gehandicapten met verschillende manier van denken en doen.

Vooral in de verzorging van de persoon zelf

In de adviezen die ik geef combineer ik de theorie met de praktijk van alle dag.

Competentiegerichte benaderingswijze moet nog verder uitgewerkt worden.

Streven naar een goede zorgverlening,

tegelijkertijd zorg op maat bieden.

Een positieve instelling hebben en mee beginnen

en de achtergronden van de cliënten kennen om ze te kunnen begrijpen.

Het betekent in de praktijk beginnen op het niveau waar de cliënt zich bevindt,

voorzichtig aftasten waar mogelijkheden voor vooruitgang zijn,

alert zijn op lichamelijke en psychische veranderingen, angst, zweten, wit worden, trillen, boos worden, agressief, depressief, enz.

Mijn praktische handelingen zie ik terug in rust geven,

voldoende aandacht,

spel en materiaal aanleveren voor voldoende ontwikkeling en ontspanning,

kijken wanneer het genoeg is en geen grenzen overschrijden, vaak zie je dan geen vooruitgang maar een terugval.

*Communicatie naar cliënten:*

Gebruik van picto's (communicatie),

duidelijkheid bieden door vertellen wat bewoner kan verwachten, wat programma is etc.

Daar evt time-timer voor gebruiken.

Duidelijk en consequent zijn bij opdrachten.

Zorgen voor eenvoudige/begrijpelijke communicatie, evt met gebruik van picto's of verwijzers.

wel gebruiken we hulpmiddelen, bijv. picto's,

time-timer.

Als negatief aandacht gevraagd wordt, is het beter affectief neutraal te reageren en om te buigen naar positieve aandacht.

De methodiek affectief neutraal wordt wel actief mee gewerkt.

In mijn contact met familieleden van cliënten zet ik hulpverleningsmethodieken in die ik

meegekregen heb vanuit mijn opleiding.

*Persoonlijke motivatie:*

In de dagelijkse praktijk sta je weinig stil bij het werken vanuit een bepaalde methode.

Het is interessant en het levert vaak wat op.

Maar vaak ga je onbewust te werk.

Ik zie dit weinig terug.

De hele dag door.

we zijn hier nog niet bewust mee bezig meer een vooronderzoek.

als je hiermee bedoelt of je er thuis wat van ziet bij mij niet dan ben ik een stress persoon

dat je kan reflecteren aan de hand van methodes

ik neem het 'in mijn achterhoofd mee', ik ben me er niet dagelijks bewust van dat ik via een bepaalde methode werk.

dat ik steeds meer toepas van wat ik op school nu leer.

De theorieën had ik heus niet altijd schriftelijk voor me, maar door ervaringen wel in mijn hoofd.

**Hoe wordt er aandacht gegeven aan methodisch werken binnen de Schutse?**

*Rol orthopedagoog:*

Als ortho ervaar ik veel vrijheid.

Wanneer er uit eigen initiatief gesprekken met bijv. orthopedagoog plaatsvinden is er meer aandacht voor.

Ik krijg van de orthopedagoog informatie over aanpak.

Via de orthopedagogen

En alles kan besroken worden met een orthopedagoog.

*Teamsamenwerking:*

Binnen team.

in de teamvergaderingen bij vragen over cliënten

overleg in team en met orthopedagogen over welke methodes ingezet moeten worden, hoe ze

ingezet moeten, etc.

tijdens teamvergaderingen worden regelmatig protocollen besproken,

proberen duidelijk met dezelfde methode,s te werken als alle collega,s

tijdens teamvergaderingen word dit besproken.

Afhankelijk van de persoon van de groepsleiding hoe hij/zij het oppakt,

*Kennis:*

Ik begrijp dat het ook zoeken is naar de toepassing van methodieken bij deze doelgroep.

Veel wordt gedaan omdat dit al lange tijd geleden zo opgesteld is.

Kennis wordt als vanzelfsprekend ingezet, men in zich denk ik niet altijd bewust van de achterliggende methodieken.

Af en toe een bijscholing. Dat vind ik ook erg belangrijk dat dit wordt gedaan.

Er worden cursussen gevolgd.

*Zorg- en begeleidingsplan:*

Met name door gebruik van zorgplan en alles hieromheen.

In begeleidingsplannen wordt beschreven welke begeleiding individuele personen behoeven.

tijdens het opstellen van plannen, hier zit vaak een logische opbouw in.

en dit wordt naar mijn idee goed geëvalueerd tijdens team vergaderingen zodat gewenste veranderingen tijdig naar boven komen.

Format begeleidingsplan wordt regelmatig aangepast.

Iedereen werkt met plancare en dezelfde manier van doelen opstellen, rapportere en evalueren.

Ik denk dat als je dit in je opleiding hebt meegekregen dat het er in zit en dan wordt het niet speciaal bij naam genoemd, maar je handelt wel zo.

Per kwartaal wordt er (zo nodig in bijzijn van paramedici, orthopedagoog) overlegd en geëvalueerd.

Nieuwe afspraken, doelen o.i.d. worden meegenomen in het begeleidingsplan, waar weer op gerapporteerd wordt.

bij speciale bijeenkomsten met het team over een bepaalde theorie.

evaluatiemomenten

Wel wordt er volgens vaste begeleidingsplannen gewerkt.

er wordt veel geëvalueerd en vergaderd voor de bewoners om de zorg op peil te houden.

Door middel van kwaliteitshandboek.

*Gemis:*

Vanuit het MT denk ik te weinig.

maar ik vind over het algemeen dat er weinig gebruik van wordt gemaakt.

Ik kom ook bijna geen ingevoerde methodieken tegen.

Minimaal.

Weinig mogelijkheid tot bijscholing in de theorie van de methodes.

'k Zou er toch graag meer aandacht voor willen hebben in de zin van bijscholing van groepsleiding (bijv. in basale stimulatie en PACT)

geen idee.

Weinig mijns inziens.

Niet.

Een goede afstemming van verschillende disciplines.

Er is nauwelijks bekendheid over gebruikte methodieken.

weinig tot geen aandacht voor begeleidingsmethodes.

Verder vind ik dat er (te) weinig aandacht gegeven wordt aan het methodisch werken binnen de Schutse.

Weinig cursussen om de begeleiding beter te maken.

Hier wordt weinig aandacht aan gegeven,

maar er zou meer aandacht aan methodisch werken kunnen worden gegeven door bijvoorbeeld klinische lessen.

volgens mij weinig

Er is geen scholing ofzo op.

Naar mijn idee zou er meer scholing moeten komen om geleerde theorie vast te houden.

wel mag hier meer aandacht voor zijn.

ik zie er weinig tot niets van terug op de groep waar ik werk.

geen

niet extreem veel

Ik denk dat er binnen de Schutse genoeg methodisch gewerkt wordt maar hier wordt in de praktijk weinig over gepraat.

Weinig.

de doelgroep waar ik nu mee werk was 3 jaar geleden geheel nieuw voor de schutse. als er dan niks uitgedacht wordt, denk ik dat er te weinig aan gedaan is, en te weinig over gedacht is. Bewoners zijn eigenlijk niet genoeg serieus genomen. we wilden met de kesteren-doelgroep-kennis verder, maar dat is mis.

Je moet er langzamerhand achter komen dat er methodiek achterkomt. Door vragen te stellen kom je daar achter, maar het is niet duidelijk uiteengezet m.i.

*Onwetendheid:*

ik denk veel te weinig.

Weet ik echt niet,

Geen idee.

????

?

**Heb je nog vragen, opmerkingen of suggesties waar we rekening mee kunnen houden tijdens ons onderzoek naar methodisch werken op De Schutse?**

*Ideeën voor implementatie:*

misschien kunnen jullie suggesties doen naar het MT voor bijscholing e.d.

ja, meer het belang van methodisch werken onder de aandacht brengen

Ik ben niveau 3 en heb weinig met begeleidingsplannen te maken. Wel vul ik de dagelijkse rapportage in en zit bij evaluaties van doelen. Ik zou graag meer betrokken willen worden bij o.a methodisch werken.

Ik denk dat het goed zou zijn om voor alle medewerkers meer duidelijk te maken op welke manier methodisch werken op de Schutse plaatsvindt. Nu gebeurt het wel, maar tis voor veel mensen onbewust.

hebben maar om het ook bij alle medewerkers te integreren in het handelen zodat ze het werken volgens een methodiek meerwaarde krijgt en gaat leven

Belangrijk dat het toepasbaar is bij hoog en laag niveau. Belangrijk om het niet alleen op papier te

Of er na de collega's toe in een team meer aandacht kan komen over het methodisch werken.

maak gebruik van de kennis die sommige collega's al opgedaan hebben (opleiding autisme)!

maak een (beknopte) handleiding welke methodieken voor bepaalde problematieken en beperkingen ingezet kunnen worden.

schaf goede literatuur aan in het bibliotheekje of per de groep.

Ja, op het dagverblijf zijn er alleen teambesprekingen en geen aparte groepsbesprekingen. De pb'er bepaald nu vaak veel alleen.

*Persoonlijke motivatie:*

Ik werk niet met de cliënten zelf, waardoor ik ook vanuit andere methodieken werk dan de begeleiders verwacht ik.

Welke methodiek kunnen we gebruiken op een zorgintensieve groep?

HBO-V geeft niet echt gerichte methodieken voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Meer verpleegtechnisch.

Op welke manier kunnen we het beste methodisch werken binnen de Schutse? Is het mogelijk om met zn allen op 1 lijn te komen?

er is best wel kennis, alleen niet zichtbaar in het werken in de groep. laat dit zichtbaar worden!

Het begeleiden op de Schutse is volgens mij meest praktisch, we moeten voorzichtig zijn om de cliënten kost wat kost naar een hoger niveau te brengen. Ze worden dan niet altijd vrolijker of gelukkiger.

Wel kunnen we via methodisch werken gedrags- en belevingswereld van onze cliënten zo fijn mogelijk maken, proberen angsten uitspattingen in te perken,

De zorgplannen zijn goed maar volgens mij soms overdreven: een cliënt op leeftijd die tevreden functioneert, moeten wij die dan nog "iets" aanleren?

Er valt nog heel veel te zeggen of te schrijven, laten we in alles het welzijn van onze mensen op het oog hebben. De laatste 2 jaar heb ik met dit meisje weer heel veel bij geleerd.

*Vragen bij het invullen:*

Er is een veelheid aan methodieken. Vraag is beetje waar jullie op doelen met dit onderzoek. Doel je op visie, werkwijze of doel je meer op materialen?

De vragen zijn wisselend gericht op het persoonlijk werken of op het algemene werken binnen De Schutse. Dit maakt het vrij breed en maakt het lastig te beantwoorden, omdat ik niet Schutse-breed inzicht heb op het werken met methodieken.

Vraag 15 is lastig in te vullen omdat ik geen persoonlijk begeleider ben en dus geen zorgplannen opstel. Ik werk wel aan de doelen en rapporteer.

*Overig:*

en dat elke doelgroep anders is, en er wat anders bij past.

Bewust handelen en reflecteerden van zijn handelingen.

## Opvallende verbanden vanuit de enqeute

Hoeveel jaar geleden heb je jouw opleiding gevolgd?

* De grootste groep werknemers heeft de opleiding 1-3 jaar geleden afgerond. (getal is naar boven afgerond).
* De groep personen die de opleiding 4 jaar geleden of meer heeft afgerond is 46%. Onder die groep vind iedereen kennis ‘belangrijk’ of ‘heel belangrijk’.

In welke mate heeft de opleiding bijgedragen aan je kennis van methodisch handelen?

* We zien vanuit de antwoorden op de vraag: ‘In welke mate heeft de opleiding bijgedragen aan je kennis van methodisch handelen’ dat de meeste mensen (68% van het geheel) kiezen voor ‘voldoende’. Het valt op dat er weinig mensen zijn die zeggen dat de opleiding meer dan voldoende of veel kennis heeft aangereikt (voor beide antwoorden 8% van het geheel). Er zijn enkele mensen (16% van het geheel) die vinden dat de opleiding onvoldoende aan kennis heeft bijgedragen.
* Mensen met een opleiding helpende/verzorgende/verzorgende-IG/MBO-verpleegkundige/HBO-V (die bij elkaar 27% van alle opleidingen vormen) vullen geen van allen in dat ze ‘meer dan voldoende’ of ‘veel’ kennis voor het methodisch handelen hebben meegekregen tijdens de opleiding.
* Conclusie: De theorie over methodisch werken is binnen de opleiding van verpleegkundig personeel schamel.
* Er is geen duidelijk verband te leggen tussen de mate waarin de opleiding heeft bijgedragen aan de kennis van methodisch handelen en de hoeveelheid jaar dat het is geleden dat de opleiding is afgerond.
* 3 van de 10 groepsbegeleiders vonden hun kennis onvoldoende.
* 1 van de 16 persoonlijk begeleiders vond hun kennis onvoldoende.

Welk belang hecht je aan kennis van theorieën om professioneel hulp te verlenen?

* De groep personen die de opleiding 4 jaar geleden of meer heeft afgerond is 46%. Onder die groep vind iedereen kennis ‘belangrijk’ of ‘heel belangrijk’.
* 16% van het geheel aan mensen die de enquête heeft ingevuld vind kennis een beetje belangrijk. (Dat zijn mensen die nog in opleiding zijn of 1-3 jaar werkervaring hebben.
* Verder zijn er geen opmerkelijke uitkomsten als het gaat over het belang dat gehecht wordt aan kennis van theorieën. We zien dat groepsleiders en persoonlijk begeleiders ongeveer gelijke uitkomsten hebben. Groepsleiders hechten er gemiddeld genomen iets meer waarde aan, dan persoonlijk begeleiders.

In welke mate heb je het idee dat je voldoende kennis bezit van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening?

* Bij de vraag ‘In welke mate heb je het idee dat je voldoende kennis bezit van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening?’ zien we dat 30% vind dat hij onvoldoende kennis heeft, 62% voldoende en 8% in ruime mate.
* We zien dat groepsleiders en persoonlijke begeleiders ongeveer gelijke uitkomsten hebben. Groepsleiders hebben er gemiddeld genomen iets minder het idee dat ze voldoende kennis hebben, dan persoonlijk begeleiders.
* Het valt op dat mensen met een SPW-4 diploma meer het idee hebben dat ze onvoldoende kennis bezitten. (38%)
* Hoeveel jaar geleden de opleiding heeft afgerond heeft niet direct invloed op voldoende kennis. Daar zijn geen opvallende resultaten uit te halen.

Het volgende resultaat valt op:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Groep die vraag 5 beantwoordde met: De opleiding heeft me voldoende theorie aangereikt. | | | |
| Antwoordmogelijkheid | Aantal | Percentage |  |
| Ik bezit geen kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening. | 0 | 0% |  |
| Ik bezit onvoldoende kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening. | 5 | 20% |  |
| Ik bezit voldoende kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening. | 19 | 76% |  |
| Ik bezit in ruime mate kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening. | 1 | 4% |  |

In welke mate heb je het idee dat je voldoende kennis toepast in de praktijk?

* Onder de groep die 4-6 jaar geleden de opleiding heeft afgerond is een hoog percentage mensen die vinden dat ze onvoldoende kennis toepassen in de praktijk.

Hieronder ziet u de resultaten (zonder verband):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Antwoordmogelijkheid | Aantal | Percentage |  |
| Ik pas geen kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening, toe in de praktijk. | 1 | 3% |  |
| Ik pas onvoldoende kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening, toe in de praktijk. | 11 | 30% |  |
| Ik pas voldoende kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening, toe in de praktijk. | 23 | 62% |  |
| Ik pas in ruime mate kennis van theorieën die gebruikt worden in de hulpverlening, toe in de praktijk. | 2 | 5% |  |

In welke mate ben je ervan op de hoogte dat het zorgplan vanuit een theoretisch model is opgezet?

De antwoorden zijn veelzijdig.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Antwoordmogelijkheid | Aantal | Percentage |  |
| Ik wist niet dat het zorgplan een theoretische achtergrond heeft. | 6 | 16% |  |
| Ik weet het zorgplan een theoretische achtergrond heeft, maar ken deze theorie onvoldoende om te gebruiken bij het invullen. | 11 | 30% |  |
| Ik weet dat het zorgplan een theoretische achtergrond heeft en ken deze theorie voldoende. Ik pas de theorie onvoldoende toe in het invullen van het zorgplan. | 6 | 16% |  |
| Ik weet dat het zorgplan een theoretische achtergrond heeft en ken deze theorie voldoende. Ik pas de theorie voldoende toe in het invullen van het zorgplan. | 14 | 38% |  |

Het is onduidelijk of de vraag goed is begrepen.

De resultaten zijn erg verdeeld binnen alle categorieën.

Alle orthopedagogen weten de theoretische achtergrond en passen hem toe.

Mensen die zeggen onvoldoende en voldoende kennis van theorieën te hebben, hebben deze vraag heel verschillend ingevuld. Mensen die zeggen dat ze veel kennis hebben, hebben meer aangegeven dat ze de theorie van het zorgplan kennen en toepassen.

Waar loop je tegenaan als het gaat over methodisch werken?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Antwoordmogelijkheid | Aantal | Percentage |  |
| Ik mis kennis van theorie. | 15 | 41% |  |
| Ik mis momenten van overleg om te komen tot een gezamenlijke aanpak. | 17 | 46% |  |
| Ik mis evaluatiemomenten. | 7 | 19% |  |
| Ik mis de vaardigheid om theorie toe te passen in de praktijk. | 4 | 11% |  |
| Ik zie het nut niet in van methodisch werken. | 0 | 0% |  |
| Ik heb het idee dat collega’s onderling niet op één lijn zitten. | 12 | 32% |  |
| Er is geen mogelijkheid voor het aanschaffen van materialen voor het werken met een bepaalde methodiek. | 5 | 14% |  |
| De manier van rapporteren helpt niet voldoende om goed methodisch te kunnen werken. | 3 | 8% |  |
| Anders, nl. | 12 | 32% |  |

omdat we nu nog bezig zijn met met kijken welke methodiek past binnen onze doelgroep kan ik op bovenstaande geen antwoord geven

n.v.t.

geen

Bewustwording van gebruik theorieën.

‘ik vind dat methodieken nuttig zijn als ondergrond, maar dat ze per cliënt en/of situatie aangepast moeten worden naar wat op dat moment nodig is. Dus niet te strak met methodieken omgaan.

Ik mis het uitdragen van een methodiek vanuit de Schutse

zie vraag 17 (‘Ik denk dat het goed zou zijn om voor alle medewerkers meer duidelijk te maken op welke manier methodisch werken op de Schutse plaatsvindt. Nu gebeurt het wel, maar tis voor veel mensen onbewust.)

Voor begeleiders nog niet vanzelfsprekend om doelgericht te werken en correct te rapporteren.

Ik loop niet ergens tegen aan

meer overleg over de achterliggende gedachte van een bepaalde aanpak.

‘Ik heb vanuit de opleiding wel methodieken meegekregen maar niet specifiek voor mensen met een verstandelijke beperking. Er is ook nog veel ontwikkeling gaande op het gebied van methodieken voor mensen met een VB. D.m.v. bijscholing probeer ik mij te verdiepen hierin. Waar ik tegen aan loop: methodieken moeten bij mensen met een VB aangepast worden op hun mogelijkheden, je kunt een methodiek bijna nooit zomaar aanbieden. Het blijft zoeken naar aanknopingspunten. In de kennisoverdracht naar groepsleiding loop ik er soms tegen aan dat je met veel mensen te doen hebt. De een pakt het wel op, de ander niet. Ook het vast blijven houden van kennis en vaardigheden is een aandachtspunt.

‘ik mis trainingen

* Er valt geen duidelijk verband te trekken.

## Resultaten vanuit de observatie

Hoofdvraag: Hoe is in de praktijk zichtbaar dat er door begeleiders doelgerichte interventies worden ingezet?

Doelstelling:

We hebben geanalyseerd hoe methodieken en methodes worden toegepast door begeleiders.

We hebben de werkbaarheid van de methodieken en methodes die toegepast worden, beoordeeld.

Topics: functionele mogelijkheden, adaptief gedrag, interacties/sociale rollen, gezondheid, context.

Beschrijving situatie

Er zijn 2 kinderen aan tafels met een schot er tussen. Hier zitten ze aan de tafeltjes te werken. 1 kind is een afgelegen ruimte aan het spelen.

Wij komen binnen en een kind (r) let op ons, gaat lachen en maakt wilde gebaren. Er zijn twee begeleiders op de groep. Ze werken beiden aan de tafeltjes. Na ongeveer 5 minuten gaat 1 begeleider met een jongen die aan tafel zat te werken, weg. We laten hen ook verder buiten beschouwing.

Na enige tijd wordt de kind (l) uit de afgelegen ruimte gehaald en aan een tafeltje gezet. Ook zij gaat aan de tafel werken. De begeleider switcht van het ene kind naar het andere kind en stimuleert het kind om te gaan werken. Er worden objecten op een papier geplakt.

Als kind (l) klaar is met het werkje wordt ze in een aparte ruimte binnen de unit gezet om te gaan spelen. Ze doet een kleed over haar hoofd en wiegt heen en weer. De andere begeleider stimuleert kind (r) om door te werken.

Daarna gaan we met elkaar aan een andere tafel drinken en ontbijtkoek eten.

(Noot: Het lokaal was erg gehorig. De vloer en de wanden waren hoorbaar als er op werd gelopen, geklopt, gestampt enz. Geluiden kwamen sterk op je af.)

Beschrijving interactie

Ik beschrijf vooral de interactie tussen een begeleidster en de twee kinderen die ik het langst heb gezien.

Kind (r) keek naar ons en reageerde door lachen en wilde gebaren. De begeleidster gaf aan kind (r) te kennen dat wij langs kwamen om te kijken. Kind blijft wel kijken en lachen. De begeleidster stimuleert om een peer op te plakken.

Als kind (r) wordt gehaald, wordt er meegelopen. Begeleidster zegt: “Zitten, benen onder je stoel, aanschuiven.”

De begeleidster loopt daarna heen en weer tussen het ene kind en het andere kind. Ze geeft korte aanwijzingen en stimuleert en gaat dan naar het andere kind.

Begeleidster zegt tegen kind (r): “Die moet bij het boek.” Kind herhaalt het woord “boek” een paar keer. Dat doet de begeleidster ook.

Begeleidster zegt tegen kind: “Heel goed. Fles.” En herhaalt het woord “fles” enkele keer.

De begeleidster loopt heen en weer tussen de kinderen en laat onderdelen opplakken.

(Noot: De begeleidster maakt op mij wel een behoorlijk onrustige indruk. Ze loopt snel heen en weer, en neemt niet meer dan 5 seconden tijd bij het kind om contact te maken.)

Tegen kind (l) zegt begeleidster: “Ja. Ja, dat is een vis. Zie je dat Mathea\*? Goed zo heel goed gedaan!” \*De naam is geanonimiseerd.

Kind (r) is op dat moment stiller. Na ongeveer 1 a 2 minuten gaat ze kloppen en mompelen. De begeleidster stimuleert haar dan weer om wat op te plakken.

(Noot: Het valt me op dat de begeleidster vooral het voortouw neemt, maar niet echt reageert op het mompelen van kind (r).)

Begeleidster zegt tegen kind (l): “Ben je klaar met werken? Dan ga ik drinken maken voor jullie.”

Wanneer de pauze begint en alle kinderen aan de tafels zitten, het drinken en de ontbijtkoek op tafel staan, word er per bewoner aan de hand van plaatjes laten zien dat de vorige activiteit klaar is en dat de nieuwe activiteit begint, de pauze. Dan gaan de begeleiders een liedje zingen.

De begeleidsters proberen de kinderen zelf drinken te laten inschenken, wel door ze te helpen om de kan vast te houden en drinken in de beker te schenken. Kind (r) krijgt een mes om haar eigen koek in stukjes te snijden om op te eten. De aandacht van het kind richt zich echter meer op ons, dan op het snijden van de koek, dus wordt het overgenomen. Tijdens de pauze probeert kind (l) af en toe een kusje te geven of een arm vast te pakken van een begeleidster. Dat wordt toegelaten. Een keer zegt de begeleidster wel: “Voorzichtig.”

Na afloop wordt er individueel per bewoner opnieuw aangegeven dat de activiteit is afgerond en dat een nieuwe activiteit begint.

(Noot: Het viel me op dat kinderen Roosvicee kregen. Dat is ook nog eens gezond.)

Interventies ingedeeld per Topic

- Functionele mogelijkheden, cognitieve, motorische en zintuiglijke mogelijkheden.

- Adaptief gedrag: Vaardigheden voor het dagelijks leven, bijv. gebruiken symbolen.

- Interacties, sociale rollen: Contact met de omgeving.

- Gezondheid: lichamelijke en/of geestelijke conditie

- Context: niet-specifieke omgevingssituatie, samenwerking met bijv. vrijwilligers.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Functionele mogelijkheden** | **Adaptief gedrag** | **Interacties/ sociale rollen** | **Gezondheid** | **Context** |
| Begeleiden bij opplakken van objecten | Begeleiden bij zitten aan een tafeltje. | Praten tegen kinderen. En reageren op woorden van kind. | Pauze, eten en drinken (roosvicee) | Contact met onderzoeker hebben, maar niet verder betrekken. |
| Begeleiden met inschenken van drinken | Benoemen van naam van object. | Kind vastpakken en speels door elkaar schudden |  |  |
|  |  | Kind toelaten om kusje te geven |  |  |

Observatieverslag (vanuit perspectief Caroline, met voorinformatie, door plan te lezen en ervaring binnen de sector.)

Cliënten in het algemeen (Kind r):

Communicatie:

De begeleider benoemt dat de cliënt afgeleid is door onze aanwezigheid. De begeleider zegt dat de cliënt naar haar werk moet kijken. Bij een ander activiteit zegt de begeleider dat de cliënt en de begeleider dat samen gaan doen. De begeleider stimuleert de cliënt constant door te zeggen: ‘doe maar’. De begeleider zegt dat de cliënt een activiteit met twee handen moet doen. De begeleiders praten met duidelijke korte zinnen.

Cliënt waarvan ik het zorgplan heb gelezen (Kind l):

Communicatie:

De begeleider benoemt elke kleine handeling, wanneer dit goed gaat, krijg de cliënt direct een compliment.

De begeleider stimuleert de cliënt door steeds te zeggen, doe maar.

De begeleider stimuleert de cliënt ook door het hoofd van de cliënt naar het werk te buigen en te zeggen dat ze naar haar werk moet kijken.

De begeleider zegt dat de kralenketting mooi is geworden, weer een compliment dus.

De begeleider benoemt steeds de vormen van de vormenstoof en geeft ook steeds een compliment.

Activiteiten:

De cliënt gaat kralen rijgen. Dat is een vaardigheid die deze cliënt al bezit. De begeleider pakt steeds een aantal kralen en biedt deze aan. Biedt op die manier steeds weer kralen aan.

De cliënt moet vervolgens de vormenstoof doen om de oog-hand-coördinatie te oefenen. Hiervoor is ook een nieuwe oefening omdat deze cliënt de vormenstoof al kan. Deze nieuwe activiteit wordt tijdens de observatie niet aangeboden. Anderzijds sluit dit toch wel aan op het plan omdat er in het plan staat dat deze cliënt moeite heeft met het zich verder ontwikkelen. Ze biedt weerstand tegen nieuwe activiteiten. Daarom worden nieuwe activiteiten rustig geïmplementeerd in het activiteitenaanbod.

De volgende activiteit is een blokkentoren bouwen. Dit is een werkdoel. De begeleider werkt precies volgens dit doel. Ze laat de cliënt zelf de blokjes op elkaar stapelen maar als het scheef gaat geeft ze het blokje terug. Voordat de cliënt zelf de blokjes op elkaar moet zetten, doet de begeleider er een paar voor. De begeleider handelt hier precies volgens het plan. Wat mij hierin nog opviel is dat de begeleider de cliënt de blokjes in het zakje liet doen. Dit is een duidelijke afsluiting van de activiteit.

Het een na laatste activiteit is met een pen een sjabloon inkleuren. Vanuit het plan weet ik dat het doel is dat de cliënt een pen vasthoudt zoals dit hoort. Laat de cliënt eerst even zelf krassen. Zegt daarna dat ze de pen even samen vast gaan houden. Dit is om het doel te behalen, namelijk dat de cliënt de pen vasthoudt zoals dat hoort. Ook hier krijgt de cliënt weer een flink compliment.

De begeleider zegt dat de cliënt nog een puzzel moet maken en dat ze dan klaar is. Dit is een activiteit wat de cliënt al kent en goed ontwikkeld heeft. Volgens het plan moet de cliënt wel afwisseling krijgen in puzzels omdat het anders te makkelijk voor haar wordt.

Wanneer de puzzel klaar is zegt de begeleider heel duidelijk dat het activiteit klaar is en ondersteunt dit met het gebaar van klaar.

De cliënt kan zelf drinken maar doet dit niet altijd. Dit heeft te maken met haar stemming. Een actief doel is dat de cliënt de vaardigheden die ze heeft met betrekking tot eten en drinken behoudt. De begeleider werkt hieraan door samen met de cliënt een pan met limonade vast te houden en zo samen drinken in te schenken. Vervolgens stimuleert de begeleider de cliënt verbaal om ook echt te gaan drinken.

Wanneer het drinkmoment start geeft de begeleider met behulp van fotopicto’s, verwijzers en gebaren aan dat het werken klaar is en dat ze daarna gaan drinken. Na het drinken zegt ze met dezelfde hulpmiddelen dat het drinken klaar is en dat ze gaan wandelen.

Het drinkmoment start elke dag met een liedje over het lekkere drinken.

Bejegening:

De cliënt zoekt veel contact. Je merkt dat de begeleider hier wel op ingaat maar wel kaders aanbiedt. Bijvoorbeeld door te zeggen dat ze zachtjes moet doen. Je merkt dat de cliënt het erg fijn vindt om lichamelijk contact te maken en dat de begeleider ook reageert vanuit het perspectief dat de cliënt er mag zijn. In het begeleidingsplan lees je er ook veel over dat deze cliënt erg gericht is op lichamelijk contact. Vooral in fase 0 van het signaleringsplan. Ik herkende de gedragskenmerken van fase 0 en ook de interventies van de begeleider die daarbij hoort.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Functionele mogelijkheden** | **Adaptief gedrag** | **Interacties/ sociale rollen** | **Gezondheid** | **Context** |
| De begeleider zegt dat de cliënt naar haar werk moet kijken | De cliënt gaat kralen rijgen. Dat is een vaardigheid die deze cliënt al bezit. De begeleider pakt steeds een aantal kralen en biedt deze aan. Biedt op die manier steeds weer kralen aan. | Bij een ander activiteit zegt de begeleider dat de cliënt en de begeleider dat samen gaan doen | Na het drinken zegt ze met dezelfde hulpmiddelen dat het drinken klaar is en dat ze gaan wandelen. | De begeleider benoemd dat de cliënt afgeleid is door onze aanwezigheid. De begeleider zegt dat de cliënt naar haar werk moet kijken. |
| De begeleider zegt dat de cliënt een activiteit met twee handen moet doen. | Deze nieuwe activiteit wordt tijdens de observatie niet aangeboden. Anderzijds sluit dit toch wel aan op het plan omdat er in het plan staat dat deze cliënt moeite heeft met het zich verder ontwikkelen. Ze biedt weerstand tegen nieuwe activiteiten. Daarom worden nieuwe activiteiten rustig geïmplementeerd in het activiteitenaanbod. | De begeleider stimuleert de cliënt constant door te zeggen: ‘doe maar’ | In het begeleidingsplan lees je er ook veel over dat deze cliënt erg gericht is op lichamelijk contact. Vooral in fase 0 van het signaleringsplan. Ik herkende de gedragskenmerken van fase 0 en ook de interventies van de begeleider die daarbij hoort. |  |
| De begeleider stimuleert de cliënt ook door het hoofd van de cliënt naar het werk te buigen en te zeggen dat ze naar haar werk moet kijken. | Ze laat de cliënt zelf de blokjes op elkaar stapelen maar als het scheef gaat geeft ze het blokje terug. Voordat de cliënt zelf de blokjes op elkaar moet zetten, doet de begeleider er een paar voor. De begeleider handelt hier precies volgens het plan. | De begeleider benoemt elke kleine handeling, wanneer dit goed gaat, krijg de cliënt direct een compliment. |  |  |
| De cliënt moet vervolgens de vormenstoof doen om de oog-hand- coördinatie te oefenen. | Wat mij hierin nog opviel is dat de begeleider de cliënt de blokjes in het zakje liet doen. Dit is een duidelijke afsluiting van de activiteit. | De begeleider zegt dat de kralenketting mooi is geworden, weer een compliment dus. |  |  |
| Het een na laatste activiteit is met een pen een sjabloon inkleuren. Vanuit het plan weet ik dat het doel is dat de cliënt een pen vasthoudt zoals dit hoort. Laat de cliënt eerst even zelf krassen. Zegt daarna dat ze de pen even samen vast gaan houden. Dit is om het doel te behalen, namelijk dat de cliënt de pen vasthoudt zoals dat hoort. | De begeleider zegt dat de cliënt nog een puzzel moet maken en dat ze dan klaar is. Dit is een activiteit wat de cliënt al kent en goed ontwikkeld heeft. Volgens het plan moet de cliënt wel afwisseling krijgen in puzzels omdat het anders te makkelijk voor haar wordt.  Wanneer de puzzel klaar is zegt de begeleider heel duidelijk dat het activiteit klaar is en ondersteund dit met het gebaar van klaar. | Ook hier krijgt de cliënt weer een flink compliment. |  |  |
|  | De cliënt kan zelf drinken maar doet dit niet altijd. Dit heeft te maken met haar stemming. Een actief doel is dat de cliënt de vaardigheden die ze heeft met betrekking tot eten en drinken behoudt. De begeleider werkt hieraan door samen met de cliënt een pan met limonade vast te houden en zo samen drinken in te schenken. Vervolgens stimuleert de begeleider de cliënt verbaal om ook echt te gaan drinken. | De cliënt zoekt veel contact. Je merkt dat de begeleider hier wel op ingaat maar wel kaders aanbiedt. Bijvoorbeeld door te zeggen dat ze zachtjes moet doen. Je merkt dat de cliënt het erg fijn vind om lichamelijk contact te maken en dat de begeleider ook reageert vanuit het perspectief dat de cliënt er mag zijn. |  |  |

## Verslag Literatuurstudie

**Titel: Opvoedingsprogramma’s voor meervoudig gehandicapten**

**Auteur: Carla Vlaskamp, Ruud van Wijck, Han Nakken**

*Zinnen die cursief staan, zijn citaten*

Inleiding

*Professionele zorgverleners worden, op basis van verworven kennis en ervaring, geacht in staat te zijn de zorg te verlenen die van ouders niet kan en mag worden verwacht.*

Deze opvoeding is een moeilijke opgave. De werkdruk is hoog, bewoners stellen geen directe vragen, het is niet duidelijk welke opvoedingsperspectieven reëel zijn.

Er wordt veel ‘intuïtieve’ zorg verleend, maar er is behoefte aan expliciete zorg. Om effectiviteit en kwaliteit te verhogen is systematiek en doelgerichtheid noodzakelijk.

Hoofdstuk 1 Opvoeding van ernstig meervoudig gehandicapten

1.1 Er is kritiek op de beschrijving van ernstig meervoudig gehandicapten in termen van stoornissen en functiebeperkingen. In de hulpverlening wordt liever gesproken over conflicterende handelingsprogramma’s.

Het gebruik van het woord ernstig geeft aan dat het gedrag van de geestelijk gehandicapte moeilijk verstaanbaar is. De pedagogische relatie wordt belemmerd en kan extra worden belemmerd door gedragsproblemen en/of autismeverwante stoornissen.

1.2 Opvoeding van gehandicapten wordt door diverse functies uitgevoerd, dat is dus geen continu en geïntegreerd proces. De problemen bij het opvoeden zijn talrijk. Lichamelijke verzorging is tijdrovend, motorische beperkingen kunnen belemmerend zijn, wat ook training en ervaring vraagt. *Zorgverleners (groepsopvoeders, therapeuten, pedagogen) zijn degenen die moeten proberen duidelijkheid te verkrijgen over de behoeften van de ernstige meervoudig gehandicapten, en de voorwaarden schappen tot bijvoorbeeld communicatie…*

*Het is, kortom, moeilijk om een pedagogische relatie tot stand te brengen. Om een pedagogische relatie tot stand te kunnen brengen is het in ieder geval nodig dat er individualisering en continuïteit in de zorg plaatsvindt.*

1.3 Intuïtieve zorg is inefficiënt voor de organisatie en onbevredigend voor de zorgverleners en bewoners. *Zorgverleners kunnen geen gebruik maken van gangbare ideeën en opvattingen, en het ontbreekt hen vaak aan kennis en vaardigheden om een ‘anders dan gewone’ richting te geven aan de opvoeding. De opleidingen en stages bereiden de zorgverleners over het algemeen niet adequaat voor op de opvoeding van deze specifieke groep gehandicapten.* Om verbetering aan te brengen in het professionele opvoeden, met de zorg expliciet worden gemaakt; gesystematiseerd, en doelgericht worden geëvalueerd. Uiteindelijk levert dit ook inzicht op in de effectiviteit van de verleende zorg. Er dient daarom bezinning plaats te vinden op de zorg. De behoeften van bewoners dient centraal te staan. Professionaliteit is noodzakelijk om aan benodigde eisen te voldoen.

Hoofdstuk 2 Evalueren van opvoedingsprogramma’s in de residentiële zorg

2.1 *Evalueren betekent het geven van een waarde-oordeel achteraf op basis van gegevens die op systematische en controleerbare wijze zijn verkregen.*

*Het gaat dus om een geheel van doelstelling, daarbij in te zetten middelen en een fasering in tijd, in dit verband samen te vatten met de term programma.*

*De toename van kennis en inzicht betekent, dat er een bijdrage wordt geleverd aan de voorwaarden voor individualisering en continuïteit in de opvoeding.*

2.2 Er is een toegenomen aandacht voor de kwaliteitsaspecten van de zorg. Planmatig werken ziet men vaak als oplossing voor ervaren problemen. Het structuren van informatie volgens een plan zou meer ‘zorg op maat’ leveren. *Er is echter meer nodig om kwaliteit in de zorg, en ‘zorg op maat’ te realiseren. De kwaliteit van de zorg wordt niet bepaald door de organisatorisch kenmerken van die zorg.* Het gaat om samenleven en een pedagogische relatie. *Zorgorganisatie (planmatig werken) en zorginhoud (opvoedingsprogramma’s) zijn daarbij met elkaar verweven.*

*In residentiële voorzieningen is het over het algemeen van belang eerst te kijken naar de ideeën die de instelling heeft over organisatie en inhoud van de zorg.*

*De directie van een instelling weet vaak niet in welke mate algemene doelstellingen worden gerealiseerd en of de ingezette middelen wel goed zijn voor iedere (ernstig meervoudig gehandicapte) bewoner. Dit wordt moeilijk gevonden omdat concrete meetmogelijkheden lijken te ontbreken.*

Het uitwisselen van informatie tussen de werkvloer en het management en toetsbare criteria zijn dus van belang.

2.3 Om een programma te kunnen evalueren is het van belang om het proces in te delen met een vage omschrijving van een doelstelling, een toenemende specificatie met toetsbare criteria, een nauwkeurig omschreven uitvoeringsproces. (Een regulatieve cyclus.) *Dit oordeel* (de evaluatie) *kan in principe drie consequenties hebben: het doel wordt gewijzigd, de aangewende middelen worden gewijzigd, of besloten wordt om op dezelfde voet door te gaan.*

2.4 Bij de opstelling, uitvoering en controlere van evaluatieprocedures moet worden gedacht aan een verantwoordelijke voor de zorginhoud (orthopedagoog), de zorgorganisatie (afdelingsmanager) en een verantwoordelijke voor de directe uitvoering van de zorg (teamleider). *De leden van het zorg-evaluatieteam zijn verantwoordelijk voor de formulering van de algemene en specifieke doelstellingen op een leefgroep. Daarnaast zijn zij verantwoordelijk voor het afleiden van criteria uit de specifieke doelstellingen.* De directe zorgverleners dragen verantwoordelijkheid voor de uitvoering. Een hechte samenwerking is dus nodig.

Hoofdstuk 3 Ontwikkelen van individuele opvoedingsprogramma’s

Inleiding Het evalueren van bewonersdoelstellingen heeft een sterk modelkarakter. Het werkmodel ziet er als volgt uit:

Beeldvorming (Persoonsbeeld

Perspectief

Hoofddoel

Werkdoel

Activiteit

Rapportage

GAS

3.1 Stap 1: Beeldvorming

*De mate van kennis is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de duur van het verblijf van een bewoner in een instelling, het aantal overplaatsingen, de inhoud van de rapportage over de bewoner, aanwezigheid van vast personeel enzovoorts. Veel kennis is uitsluitend impliciet aanwezig, dat wil zeggen dat deze kennis letterlijk ligt in de handen van degenen die dagelijks met de bewoner omgaan.* Om ervaringskennis systematisch te kunnen verzamelen heeft Carla Vlaskamp een instrument ontwikkeld. Daar ga ik nu niet verder op in.

Het instrument kan het beste dynamisch worden gebruikt; zo wordt steeds duidelijker welke behoeften een bewoner heeft.

Carla Vlaskamp heeft ook een inventarisatie gemaakt van de kenmerken van de opvoedingssituatie. *Langdurig gebruik van het instrument kan leiden tot het verkrijgen van inzicht in welke kenmerken de kwaliteit van de pedagogische zorg beïnvloeden.*

3.2 Stap 2: Vaststellen van het perspectief

In de tweede stap wordt een toekomstbeeld geschetst, welke richting het uit moet met de betrokken bewoner. Er wordt door het zorg-evaluatieteam een voorlopige formulering van het perspectief opgesteld en deze formulering wordt voorgelegd aan de overige betrokkenen, omdat een perspectief door iedereen onderschreven moet worden. Een perspectief zal veelal gelden voor een periode van anderhalf tot twee jaar. Dit perspectief wordt schriftelijk vastgesteld en voorzien van een evaluatiedatum.

3.3 Stap 3: Vaststellen van het hoofddoel

*Hoofddoelen hebben een specifieker karakter dan een perspectief. Meerdere hoofddoelen kunnen een bijdrage leveren aan eenzelfde perspectief.* Er moet hierbij rekening gehouden worden met het feit dat ernstig meervoudig gehandicapten beperkte ontwikkelingsmogelijkheden hebben. Bij nieuwe bewoners kan wel eens sprake zijn van een inhaaleffect, dus wees voorzichtig met verwachtingen op dit gebied.

*Bij het vaststellen van hoofddoelen betekent dit, dat er vooral gestreefd zal worden naar een verbreding van het bestaande niveau van functioneren van bewoners.*

Er zijn verschillende functioneringsgebieden: Lichaamservaringen, stemming, communicatie, cognitie, motoriek. Het is van belang dat allen, die betrokken zijn bij de bewoners, met elkaar van gedachten wisselen over de prioriteitenstelling van het functioneringsgebied.

3.4 Stap 4: Opstellen van werkdoelen

*In een werkdoel wordt vastgelegd, wat bewoner en zorgverleners op betrekkelijk korte termijn kunnen bereiken. Meerdere werkdoelen zijn mogelijk om het hoofddoel te kunnen bereiken. Een hoofddoel geldt voor alle betrokken zorgverleners, een werkdoel wordt per discipline opgesteld.*

De directe zorgverleners nemen hierin een centrale rol in.

Doel voor zorgverleners is: 1.) Er moet kennis worden verzameld door systematische observatie en rapportage. Dit zijn werkdoelen die vaak voor een periode van twee tot drie weken worden opgesteld. 2.) Zorgverleners willen op basis van hun verworven kennis, stimuleren. 3.) Zorgverleners willen komen tot handelingsafspraken en regels. Deze pedagogische handelingsregels lopen vaak langer, het gaat om dan permanente veranderingen. Bijvoorbeeld tijdstippen voor vaste activiteiten.

3.5 Stap 5 Kiezen van activiteiten (zie ook hoofdstuk 4)

*Een activiteit is een middel om het gestelde werkdoel te bereiken. Er moet worden gekozen, aangezien er in de meeste gevallen meerdere activiteiten mogelijk zijn om een werkdoel te realiseren.*

*Met het formuleren van een activiteit bedoelen wij het vaststellen en nauwkeurig vastleggen van de activiteiten en van de voorwaarden en de wijze waarop de activiteit moet worden uitgevoerd.*

De voorwaarden zijn: 1.) Planning, 2.) conditie (hoe lang houd jij en de bewoner het vol), en de 3.) benodigde kennis betreffende de mogelijkheden en beperkingen van een bewoner. Veel activiteiten kunnen uitgevoerd worden gedurende of in combinatie met verzorgingshandelingen.

3.6 Stap 6: Opstellen van rapportagepunten

Rapporteren doe je in relatie tot de gestelde doelen. Het geeft duidelijkheid over het verloop en resultaat van de activiteit. Dat is nodig om goed te kunnen evalueren. *Het dient de voorkeur te rapporteren in de vorm van het opstellen van punten waarop met hetzij een korte beschrijving, hetzij een simpel ja of nee geantwoord wordt.* Dat kost weinig tijd en is eenduidig.

3.7 Stap 7: Opstellen van ‘Goal Attainment Scales’

(Samenvatting) *We hebben inmiddels, op basis van visie en beeldvorming, het perspectief voor de bewoner vastgesteld, daaruit een hoofddoel voor de bewoner afgeleid en werkdoelen van zorgverleners voor bewoners vastgesteld. Vervolgens hebben we een keuze gemaakt voor activiteiten om die werkdoelen te bereiken. Door het vaststellen van rapportagepunten kunnen we gegevens verkrijgen over het verloop en de uitvoering van de activiteit. De volgende stap is het opstellen van een zogenaamde Goal Atainmant Scale. Een GAS is een meetlat voor een doel in de vorm van een vierpuntschaal.*

+ 2: Het doel is bereikt.

+ 1: er is verandering in de richting van het doel

0 : de beginsituatie

- 1: achteruitgang ten opzichte van de huidige situatie.

Het beschrijven van deze GAS vereist deskundigheid de leden van het zorg-evaluatieteam komen hiervoor als eersten in aanmerking.

3.8 Stap 8: Evaluatie

*Evalueren van het werkdoel houdt in, dat op basis van de rapportagegegevens aan de hand van de indicatoren van de GAS wordt vastgesteld, in hoeverre we erin geslaagd zijn het werkdoel daadwerkelijk te bereiken.* Als +2 niet wordt bereikt, dan kan ofwel het werkdoel bijgesteld worden, of de periode waarin het doel gerealiseerd moest worden, worden verlengd, er moeten andere activiteiten worden gemaakt, andere te observeren gedragingen moeten worden gekozen, of de GAS-schaal moet anders worden geformuleerd.

Een eindpunt is eigenlijk nooit bereikt, omdat de werkwijze zich richt op het realiseren van een opvoedingsperspectief. Er worden vaak kleine stappen gezet om dit perspectief te realiseren*. Ieder geëvalueerd werkdoel draagt vervolgens bij tot een uitbreiding van ervaringskennis en tot nuances in de beeldvorming.*

De evaluatie is tevens het beginpunt van een nieuwe cyclus.

*Het uiteindelijke effect is een betere kwaliteit van zorg.*

Hoofdstuk 4: Vaststellen van activiteiten

*In vrijwel alle gebieden van hun gebieden hebben ernstig (meervoudig) gehandicapten ernstige beperkingen en zijn voortdurend aangewezen op het handelen van zorgverleners. De zorgverleners zijn er verantwoordelijk voor dat er, bijvoorbeeld, voldoende contactmomenten zijn en dat zorgverlener en bewoner elkaar kunnen (leren) ‘verstaan’.* In dit hoofdstuk worden de doelstellingen van een opvoedingsprogramma gecategoriseerd op basis van een matrix. Ook wordt er uitgebreid stilgestaan bij de voorwaarden, uitvoeringswijzen en rapportagepunten.

De matrix ziet er als volgt uit:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Functioneren bewoners →  Handelen hulpverleners  ↓ | Lichaamservaring, basale ervaring en contact | stemming | communicatie | cognitie | motoriek |
| Kennis over actuele situatie of kennis over effect van handelen |  |  |  |  |  |
| Stimuleren |  |  |  |  |  |
| Pedagogische handelingsregels |  |  |  |  |  |

Om tot de keuze van een geschikte activiteit te komen moeten achtereenvolgens een aantal beslissingen worden genomen. Het zijn negen stappen.

1.) Boven de bladzijde staat het werkdoel genoemd.

2.) Er wordt aangegeven of de activiteit binnen of buiten de verzorgingssituatie uitgevoerd kan worden. V/B

3.) In de matrix wordt gearceerd in welk gebied en welk patroon van handelen de doelstelling is ingedeeld.

4.) Links naast de matrix wordt met symbolen aangegeven in welke specifieke situaties de activiteiten plaatsvinden: bed, kleden, eten, drinken, wassen/dochen, wc/po/verschonen. Het nut van het gebruik van symbolen is dat in een oogopslag helder wordt welke situatie is bedoeld. (*Voor gebruik in de eigen werksituatie zijn mogelijk andere tekeningen of symbolen van nut.)*

5.) Er wordt aangegeven welke zintuiglijke ervaring bij de activiteit zijn betrokken. Wij onderscheiden: voelen, kijken, bewegen, luisteren en ruiken.

6.) Onder de matrix en de symbolen kan het gekozen materiaal worden vermeld.

7.) De voorwaarden worden opgeschreven. *De voorwaarden zijn aspecten van het handelen, die vermelden welke specifieke informatie over de bewoner beschikbaar moet zijn (gebruik handen, gezichtsvermogen of gehoor, e.d.) welke attitude van de hulpverlener is gewenst, welke materiële voorzieningen er moeten zijn (of worden) getroffen (tijd, bepaalde ruimte, speciaal blad, speciale stoel e.d.) of welke omgevingskenmerken gewenst zijn (bijvoorbeeld rust, geen verstoring, veel of juist gedimd licht, e.d.)*

*8.)* Onder de rubriek uitvoering geeft meestal puntsgewijs aan hoe een activiteit zou moeten verlopen.

9.) Bij het laatste onderwerp in het kader kunnen de rapportagepunten worden vermeld.

(Eventueel aan te vullen met een voorbeeld.)

Hoofdstuk 5: Gevolgen van het werken met opvoedingsprogramma’s op verschillende organisatieniveaus.

*Het zorg-evaluatieteam zal aan de gegevens omtrent de hoofddoelen (bewonersniveau) ook consequenties voor het groeps- en instellingsniveau kunnen verbinden.*

Er wordt verder uitgewerkt hoe hoofddoelen van bewoners kunnen leiden tot aanpassingen op instellingsniveaus. Dat gaat nu te ver.

Hoofdstuk 6: Toepassen van programma-evaluatieprocedures in de praktijk *(Niet echt samen te vatten, omdat het concrete opdrachten zijn voor bijvoorbeeld een stagiair.)*

## Taakomschrijving orthopedagogen

**Orthopedagogen binnen De Schutse**

Binnen De Schutse zijn diverse orthopedagogen werkzaam. Zij zijn elk voor een aantal uur per week op declaratiebasis beschikbaar om hun taak binnen De Schutse uit te voeren. De orthopedagogen dragen er zorg voor dat zij ontwikkelingen in hun vakgebied bijhouden en dat hun werk gekenmerkt wordt door kwaliteit. De orthopedagogen verdelen onderling de aandachtsgebieden, waaronder: ‘ouderen en dementie’, ‘zorg voor vrijheid/BOPZ’, ‘seksualiteit’, ‘MCG’ en ‘het jonge kind’.

De orthopedagogen worden aangestuurd door de zorgmanager.

Dit document geeft een omschrijving van de aard, de inhoud en het doel van de werkzaamheden van de orthopedagogen.

De taken van de orthopedagoog op De Schutse zijn onder te verdelen in drie onderdelen: algemene taken, diagnostiek en begeleiding /behandeling.

*I. Algemene taken van de orthopedagoog binnen De Schutse*

a. Instroom

Een afvaardiging van de orthopedagogen heeft zitting in het plaatsingsteam, waarin besluitvorming plaatsvindt ten aanzien van de plaatsing van cliënten die vanuit de thuissituatie dan wel vanuit een andere instelling geplaatst wensen te worden binnen De Schutse.

De orthopedagoog weegt af of als Schutse antwoord gegeven kan worden op de zorgvraag.

In overleg met leidinggevenden wordt nagegaan welke afdeling/groep een passende omgeving zou kunnen zijn voor de aangemelde cliënt. Zonodig worden oriënterende bezoeken afgelegd in de thuissituatie en/of andere leefomgeving om tot besluitvorming over te kunnen gaan.

b. Overleg tussen orthopedagogen

De structuur van De Schutse brengt met zich mee dat orthopedagogen per groep/afdeling hun werkterrein hebben. Ten aanzien van cliënten die op De Schutse een plaats hebben in twee leefomgevingen, vindt overleg en afstemming plaats tussen de betreffende orthopedagogen ten aanzien van aspecten als persoonsbeeld, perspectief, hoofd- en werkdoelen (begeleidingsplan), diagnostiek en begeleidingsstijl.

Daarnaast organiseren de orthopedagogen onderling overleg over relevante thema’s.

c. Overleg met zorgmanager

Op initiatief van de zorgmanager vinden regelmatig overlegmomenten plaats met de orthopedagogen rond relevante thema’s die verband houden met organisatorische zaken en beleidszaken. Daarnaast bevat het overleg bespreekpunten die de kwaliteit van de zorg en begeleiding aan cliënten aangaan.

d. Werkgroepen / projectgroepen

In voorkomende gevallen worden orthopedagogen door de zorgmanagers gevraagd zitting te nemen in werkgroepen of projectgroepen waarin sprake is van raakvlakken met het werkveld van de orthopedagoog.

e. Ontwikkelingen in woon- en/of dagbestedingssituatie

Bij ontwikkelingen rond de woon- en/of dagbestedingssituatie (zoals herplaatsing, herziening van groepsindeling, nieuwbouw) wordt de orthopedagoog door de clustermanager/zorgmanager betrokken bij het proces. Dit houdt concreet in dat de orthopedagoog advies geeft over de plaats die voor de individuele cliënt als best passend wordt gezien en meedenkt in het traject van verandering.

f. Scholing van medewerkers

De orthopedagoog kan een rol spelen in de scholing van medewerkers. Deze scholing kan gaan over specifieke informatie rond ziektebeelden / handicaps, methodieken, nieuw beleid (zoals BOPZ) of algemene onderwerpen (zoals bejegening). De scholing vindt plaats op verzoek van de clustermanager / zorgmanager. Eventueel wordt in overleg met de zorgmanager en orthopedagoog besloten tot externe scholing.

g. Coaching

Op verzoek van de zorgmanager kan de orthopedagoog (in overleg) ingezet worden als coach in een team. Deze taak is echter in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de clustermanager en zorgmanager. Het heeft voorkeur om de coaching extern op te lossen, zodat de onafhankelijke en onbevangen positie van de orthopedagoog zo veel mogelijk gehandhaafd kan blijven.

*II. Diagnostiek*

De orthopedagoog is verantwoordelijk voor het verzamelen van diagnostische gegevens en het opstellen van rapportage. Van elke cliënt zijn recente diagnostische gegevens beschikbaar (niet ouder dan drie jaar bij kinderen; niet ouder dan vijf jaar bij volwassenen).

In 2010 zijn richtlijnen opgesteld voor het uitvoeren van diagnostiek (zie document: Richtlijnen voor diagnostiek 2010). Deze richtlijnen worden door de orthopedagoog gevolgd en worden zo nodig bijgesteld in overleg met alle orthopedagogen. De Richtlijn voor diagnostiek is onderverdeeld in twee categorieën: basisdiagnostiek en aanvullende diagnostiek. De basisdiagnostiek zorgt ervoor dat voor iedere cliënt recente diagnostische gegevens aanwezig zijn wat betreft ontwikkelingsniveau en/of zelfredzaamheid. De aanvullende diagnostiek vindt plaats in specifieke situaties, in overleg met orthopedagoog en persoonlijk begeleider.

*III. Begeleiding / behandeling*

a. Begeleidingsplan

Voor elke cliënt binnen De Schutse wordt een begeleidingsplan opgesteld. De orthopedagoog is samen met de persoonlijk begeleider van de cliënt verantwoordelijk voor de inhoud van het begeleidingsplan waarin beschreven staat op welke wijze doelgericht gewerkt wordt aan de zorgvraag van de cliënt. De orthopedagoog is verantwoordelijk voor het opstellen van het persoonsbeeld en het perspectief van waaruit hoofd- en werkdoelen worden geformuleerd ten aanzien van de zorg en begeleiding.

Het plan wordt jaarlijks met de ouders/wettelijk vertegenwoordigers besproken en elk kwartaal geëvalueerd. Bij deze evaluatiemomenten heeft de orthopedagoog een inhoudelijke bijdrage. Bij kinderen of als er sprake is van gedragsveranderingen en/of moeilijk verstaanbaar gedrag, is de orthopedagoog aanwezig bij de jaarevaluatie / begeleidingsplanbespreking met ouders. In de overige gevallen is de orthopedagoog aanwezig als die vraag vanuit ouders, persoonlijk begeleiders of de orthopedagoog zelf naar voren komt.

Met de collega’s van de paramedische dienst vindt zonodig overleg en afstemming plaats.

b. Consultatie

Persoonlijk begeleiders doen een beroep op de deskundigheid van de orthopedagogen in geval van vragen rond ontwikkeling en gedrag van cliënten. De orthopedagoog bepaalt welke middelen ingezet worden om consultatie te verlenen. De orthopedagoog beschikt over verschillende mogelijkheden: gesprek (verheldering van de hulpvraag en probleemstelling), observatie/video-opname (kijkvraag van de begeleider is leidraad), diagnostiek, het opstellen van een signaleringsplan en de toepassing hiervan in de praktijk, literatuur, bespreking in breder verband (betrokkenen rond de cliënt). Vanuit de contacten die de orthopedagoog met de cliënten en/of de persoonlijke begeleider/clustermanagers heeft, is het ook mogelijk dat de orthopedagoog het initiatief neemt tot bespreking over het gedrag of de ontwikkeling van een cliënt.

De consultatie mondt uit in het in gang zetten van een veranderingsproces. De orthopedagoog bewaakt dit proces; de persoonlijk begeleider is verantwoordelijk voor de voortgang. Mocht dit veranderproces niet de gewenste resultaten hebben, kan de orthopedagoog in samenwerking met de persoonlijk begeleider een beroep doen op het MDO of zonodig op externe expertise, zoals het CCE.

c. Training van team in begeleiding van specifieke cliënt

Als consultatie niet voldoende blijkt te zijn, kan het team door de orthopedagoog getraind worden in de begeleiding van de specifieke behoeften van een cliënt. Dit zal in de meeste gevallen plaatsvinden aan de hand van een methodiek welke toegepast wordt op de situatie van de cliënt. Video kan hierin een belangrijke rol spelen.

d. Training van cliënten

Op verzoek van clustermanagers is het mogelijk om training te geven aan cliënten, zoals een sociale vaardigheidstraining in groepsverband. In enkele gevallen is het mogelijk dat de orthopedagoog individuele training biedt aan cliënten. Dit zal aangevraagd worden door de persoonlijk begeleider.

e. BOPZ

De orthopedagogen hebben een verantwoordelijke taak ten opzichte van de BOPZ. Een van de orthopedagogen vormt samen met een clustermanager en de AVG de BOPZ-commissie. In deze BOPZ-commissie worden de aanvragen voor het toepassen van Middelen en Maatregelen verwerkt en wordt besloten tot toestemming of afwijzing om Middelen en Maatregelen toe te passen.

De orthopedagogen hebben tot taak te streven naar het beperken van het toepassen van Middelen en Maatregelen en in de begeleiding toe te werken naar het gebruik van alternatieven.

f. MDO

Het MDO dient twee doelen. Allereerst het multidisciplinair bespreken van intensieve problematiek bij cliënten. Als tweede worden de Middelen en Maatregelen die toegepast worden in het MDO, geëvalueerd.

Op aanvraag van de persoonlijk begeleider en/of op advies van de orthopedagoog kan een cliënt aangemeld worden voor bespreking in het MDO. Het gaat hierbij om intensieve, langer durende problematiek, waarbij het overleg van meerdere disciplines noodzakelijk is. In het MDO zijn in ieder geval de AVG, de orthopedagoog en de persoonlijk begeleider aanwezig.

Daarnaast wordt het toepassen van Middelen en Maatregelen jaarlijks geëvalueerd door, in ieder geval, de orthopedagoog en de AVG.

Voor het MDO is de orthopedagoog van de woongroep aanspreekpunt. Deze overlegt, voor het MDO, in voorkomende gevallen met de orthopedagoog van dagbesteding.

## Procedure begeleidingsplan

PROCEDURE BEGELEIDINGSPLAN

De cliënten van De Schutse ontvangen zorg en begeleiding, conform gemaakte afspraken vastgelegd in de zorg- en dienstverleningsovereenkomst. Periodiek wordt de indicatie voor de te bieden zorg en begeleiding opnieuw vastgesteld door het CIZ.

Jaarlijks wordt voor elke cliënt van De Schutse een begeleidingsplan opgesteld waarin tot uiting komt hoe de zorg en begeleiding vormgegeven wordt, welk proces daarin de afgelopen periode is doorlopen en aan welke begeleidingsdoelen de komende periode gewerkt zal worden.

In dit document wordt de procedure beschreven van de totstandkoming van het begeleidingsplan. De procedure wordt uitgewerkt voor het tot stand komen van begeleidingsplannen voor de:

1. *cliënt die thuis of elders woont*
2. *cliënt die op De Schutse woont en op de Schutse dagbesteding heeft*
3. *cliënt die elders dagbesteding heeft.*
4. *nieuwe cliënt*

A. CLIËNT DIE THUIS OF ELDERS WOONT

X = het tijdstip van het jaarlijkse gesprek met ouder(s)/ wettelijke vertegenwoordiger(s) aan de hand van het begeleidingsplan.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actie** | **Tijdstip** | **Betrokkenen[[15]](#footnote-15)** | **Aandachtspunten** |
| Informatie verzamelen voor opstellen plan | X-6 | *persoonlijk begeleider DAC* | * wensen van ouder(s) / wettelijke vertegenwoordiger(s) * verslagen paramedici * aandachtspunten verzamelen van betrokken collega’s |
| Opstellen begeleidingsplan | X-5 | *persoonlijk begeleider DAC* | * deel 1 van het begeleidingsplan (zie uitwerking procedure A) * afspraak orthopedagoog over persoonsbeeld. * deel 2 van het begeleidingsplan (zie uitwerking procedure A) |
| Verspreiden begeleidingsplan groepsleiding/ CM/LM | X-4 | collega’s  *persoonlijk begeleider DAC*  leidinggevende DAC | * Van CM/LMs en directe groepsbegeleiders komen zo nodig suggesties ter aanvulling. Deze suggesties worden verwerkt in het plan. * Leidinggevende checkt het plan qua stijl en taal. |
| Sturen van begeleidingsplan naar orthopedagoog via de mail. | X-3 | *persoonlijk begeleider DAC*  orthopedagoog DAC | * Plan naar orthopedagoog. * Orthopedagoog levert suggesties ter aanvulling. * Orthopedagoog voegt definitieve persoonsbeeld in. * Persoonlijk begeleider voert doelen van fysio en logo in het plan in. |
| Verspreiding definitief begeleidingsplan | X-1 | leidinggevende  fysiotherapeut  logopedist  *persoonlijk begeleider DAC*  orthopedagoog DAC  ouder(s)/verzorger(s)/wettelijk vertegenwoordiger(s) |  |
| Gesprek begeleidingsplan | week X  jaarlijks | leidinggevende  fysiotherapeut  logopedist  *persoonlijk begeleider DAC*  orthopedagoog DAC  ouder(s)/verzorger(s)/wettelijk vertegenwoordiger(s) | Ondertekend begeleidingsplan krijgt plaats in dossier |
| Definitieve vaststelling begeleidingsplan | X+4 | leidinggevende  *persoonlijk begeleider DAC*  orthopedagoog DAC  ouder(s)/verzorger(s)  team DAC | * Definitieve doelen in Formulier Evaluatie Begeleidingsplan zetten. * Persoonlijk begeleider DAC koppelt de aandachtspunten uit de bespreking en het jaarrapport terug naar het team en brengt de wijzigingen aan in het plan. * De ouders krijgen het gewijzigde plan. * Het gespreksverslag wordt verstrekt aan de betrokkenen. * Origineel wordt ondertekend door de betrokkenen en in het dossier gedaan. |
| Evaluatie doelen | X+16/28/40 | *persoonlijk begeleider DAC*  orthopedagoog DAC  fysiotherapeut  logopedist | * Gebruik het Formulier Evaluatie Begeleidingsplan (zie intranet). * Verzamel ook de informatie voor het jaarverslag. |

B. CLIËNT DIE OP DE SCHUTSE WOONT EN OP DE SCHUTSE DAGBESTEDING HEEFT

X = het tijdstip van het jaarlijkse gesprek met ouder(s)/ wettelijke vertegenwoordiger(s) aan de hand van het begeleidingsplan.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actie** | **Tijdstip** | **Betrokkenen[[16]](#footnote-16)** | **Aandachtspunten** |
| Informatie verzamelen voor opstellen plan | X-7 | *persoonlijk begeleider DAC*  *persoonlijk begeleider Wonen* | * wensen van ouder(s)/wettelijke vertegenwoordiger(s) * verslagen paramedici * aandachtspunten verzamelen van betrokken collega’s |
| Opstellen begeleidingsplan | X-6 | *persoonlijk begeleider Wonen* / persoonlijk begeleider DAC | * deel 1 van het begeleidingsplan (zie uitwerking procedure B) * Afspraak orthopedagoog over persoonsbeeld. Persoonsbeeld wordt in principe gemaakt door orthopedagoog wonen. Afstemming met orthopedagoog DAC wordt door orthopedagoog wonen geregeld. * deel 2 van het begeleidingsplan (zie uitwerking procedure B). |
| Verspreiden begeleidingsplan leidinggevende en groepsleiding | X-4 | collega’s  leidinggevende wonen  leidinggevende DAC  *persoonlijk begeleider Wonen* / persoonlijk begeleider DAC | * Van directe groepsbegeleiders/leidinggevende komen zo nodig suggesties ter aanvulling. * Leidinggevende checkt het plan qua stijl en taal. |
| Sturen van begeleidingsplan naar orthopedagoog via de mail. | X-3 | persoonlijk begeleider DAC  *persoonlijk begeleider wonen*  orthopedagoog DAC  orthopedagoog wonen | * Plan naar orthopedagoog. * Orthopedagoog levert suggesties ter aanvulling. * Orthopedagoog wonen voegt definitieve persoonsbeeld in. * Persoonlijk begeleider voert doelen van fysio en logo in het plan in. |
| Verspreiding definitief begeleidingsplan | X-1 | leidinggevende Wonen  leidinggevende DAC  fysiotherapeut  logopedist  persoonlijk begeleider DAC / *persoonlijk begeleider Wonen*  orthopedagoog DAC  orthopedagoog wonen  ouder(s)/verzorger(s)/wettelijk vertegenwoordiger(s)/cliënt |  |
| Gesprek begeleidingsplan | X  jaarlijks | leidinggevende Wonen  evt. leidinggevende DAC  fysiotherapeut  logopedist  persoonlijk begeleider DAC / *persoonlijk begeleider Wonen*  orthopedagoog wonen  (orthopedagoog DAC)  ouder(s)/verzorger(s) /  wettelijk vertegenwoordiger(s) | Orthopedagoog Wonen stemt af met orthopedagoog DAC over aanwezigheid.  Ondertekend begeleidingsplan krijgt plaats in dossier. |
| Definitieve vaststelling begeleidingsplan | X+4 | leidinggevende Wonen/DAC  orthopedagoog wonen/DAC  ouder(s)/verzorger(s)  *persoonlijk begeleider Wonen*/DAC  team Wonen en DAC | * Definitieve doelen in Formulier Evaluatie Begeleidingsplan zetten. * Persoonlijk begeleider DAC en Wonen koppelen de aandachtspunten uit de bespreking en het jaarrapport terug naar het team en wijzigen de bespreekpunten in het begeleidingsplan. * De ouders krijgen het gewijzigde begeleidingsplan toegestuurd. * Gespreksverslag wordt verstrekt aan de betrokkenen. * Origineel wordt ondertekend door de betrokkenen en in het dossier gedaan bij zowel wonen als DAC. |
| Evaluatie doelen | X+16/28/ 40 | fysiotherapeut/logopedist  orthopedagoog wonen  orthopedagoog DAC  *persoonlijk begeleider Wonen* / *persoonlijk begeleider DAC*  (evt. tweede persoonlijk begeleider) | Gebruik het formulier Evaluatie Begeleidingsplan (zie intranet).  Verzamel ook de informatie voor het jaarverslag.  Het evaluatieformulier wordt van DAC naar wonen gemaild en van wonen naar DAC. Over dit evaluatieformulier is telefonisch contact tussen pb’ers. |

C. CLIËNT DIE ELDERS DAGBESTEDING HEEFT

X = het tijdstip van het jaarlijkse gesprek met ouder(s)/ wettelijke vertegenwoordiger(s) aan de hand van het begeleidingsplan.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actie** | **Tijdstip** | **Betrokkenen[[17]](#footnote-17)** | **Aandachtspunten** |
| Informatie verzamelen voor opstellen plan | X-6 | *Persoonlijk begeleider wonen* | * wensen van ouder(s) / wettelijke vertegen­woordiger(s) * verslagen paramedici * aandachtspunten verzamelen van betrokken collega’s |
| Opstellen begeleidingsplan | X-5 | *persoonlijk begeleider Wonen* | * deel 1 van het begeleidingsplan (zie uitwerking procedure C) * afspraak orthopedagoog over persoonsbeeld. * deel 2 van het begeleidingsplan (zie uitwerking procedure C). |
| Verspreiden begeleidingsplan groepsleiding/cb’ er | X-4 | collega’s  leidinggevende wonen  *persoonlijk begeleider Wonen* | * Van directe groepsbegeleiders komen zo nodig suggesties ter aanvulling. Deze suggesties worden verwerkt in het plan. * Leidinggevende checkt het plan qua stijl en taal. |
| Sturen van begeleidingsplan naar orthopedagoog via de mail | X-3 | orthopedagoog Wonen  *persoonlijk begeleider Wonen* | * Plan naar orthopedagoog. Orthopedagoog levert suggesties ter aanvulling. * Orthopedagoog voegt definitieve persoonsbeeld in. * Persoonlijk begeleider voert doelen van fysio en logo in het plan in. |
| Verspreiding definitief begeleidingsplan | X-1 | leidinggevende Wonen  orthopedagoog Wonen  ouder(s)/verzorger(s)/wettelijk vertegenwoordiger(s)  *persoonlijk begeleider Wonen* |  |
| Gesprek begeleidingsplan | X  jaarlijks | leidinggevende Wonen  *persoonlijk begeleider Wonen*  orthopedagoog Wonen  ouder(s)/verzorger(s)/wettelijk vertegenwoordiger(s) | Ondertekend begeleidingsplan krijgt plaats in dossier |
| Definitieve vaststelling begeleidingsplan | X+4 | leidinggevende Wonen  orthopedagoog Wonen  ouder(s)/verzorger(s)  *persoonlijk begeleider Wonen*  team Wonen | * Definitieve doelen in Formulier Evaluatie Begeleidingsplan zetten. * Persoonlijk begeleider Wonen koppelt de aandachtspunten uit de bespreking en het jaarrapport terug naar het team en wijzigt dit in het plan. * De ouder(s) / wettelijk vertegenwoordiger(s) krijgen het gewijzigde plan. * Gespreksverslag wordt verstrekt aan de betrokkenen. * Origineel wordt ondertekend door de betrokken en in het dossier gedaan. |
| Evaluatie doelen | X+16/28/40 | orthopedagoog wonen  *persoonlijk begeleider Wonen* | * Gebruik het Formulier Evaluatie Begeleidingsplan (zie intranet). * Verzamel ook de informatie voor het jaarverslag. |

D. NIEUWE CLIËNT DIE OP DE SCHUTSE DAGBESTEDING KRIJGT EN/OF WOONT

Y = het tijdstip van komst cliënt

Z = het tijdstip van het eerste gesprek met ouder(s)/ wettelijke vertegenwoordiger(s) aan de hand van het begeleidingsplan.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actie** | **Tijdstip** | **Betrokkenen[[18]](#footnote-18)** | **Aandachtspunten** |
| Informatie verzamelen voor opstellen plan | Y-3 | *Persoonlijk begeleider Wonen/DAC* | * wensen van ouder(s) / wettelijke vertegenwoordiger(s) * verslagen vorige instelling, informatie vanuit plaatsingsteam, informatie van ouderbezoek, informatie vanuit aanmeldingsformulier etc. * Deel 1 van het begeleidingsplan, m.u.v. persoonsbeeld, perspectief en hoofddoelen. * Plan van aanpak voor eerste weken. |
| Opstellen begeleidingsplan | Y+6 | *persoonlijk begeleider Wonen/DAC*  orthopedagoog Wonen/DAC | * afspraak orthopedagoog over persoonsbeeld, perspectief en hoofddoelen. * deel 2 van het begeleidingsplan (zie uitwerking procedure D). |
| Verspreiden begeleidingsplan groepsleiding, CM/LM | Y+8 | collega’s  *persoonlijk begeleider Wonen/DAC*  Leidinggevende | * Van directe groepsbegeleiders en CM/LM komen zo nodig suggesties ter aanvulling. Deze suggesties worden verwerkt in het plan. * Leidinggevende checkt het plan qua stijl en taal. Als cliënt woont en dagbesteding heeft, is dit de taak van CM/LM Wonen. |
| Sturen van begeleidingsplan naar orthopedagoog via de mail | Y+9 | orthopedagoog Wonen  *persoonlijk begeleider Wonen/DAC* | * Plan naar orthopedagoog. Orthopedagoog levert suggesties ter aanvulling. * Orthopedagoog voegt definitieve persoonsbeeld in. * Persoonlijk begeleider voert doelen van fysio en logo in het plan in. |
| Verspreiding definitief begeleidingsplan | Y+11 | leidinggevende Wonen/DAC  orthopedagoog Wonen/DAC  ouder(s)/verzorger(s)/wettelijk vertegenwoordiger(s)  *persoonlijk begeleider Wonen/DAC* |  |
| Gesprek begeleidingsplan | Z = Y+12 | leidinggevende Wonen/DAC  *persoonlijk begeleider Wonen/DAC*  orthopedagoog Wonen/DAC  ouder(s)/verzorger(s)/wettelijk vertegenwoordiger(s) | Ondertekend begeleidingsplan krijgt plaats in dossier |
| Definitieve vaststelling begeleidingsplan | Z+4 | leidinggevende Wonen/DAC  orthopedagoog Wonen/DAC  ouder(s)/verzorger(s)  *persoonlijk begeleider Wonen/DAC*  team Wonen/DAC | * Definitieve doelen in Formulier Evaluatie Begeleidingsplan zetten. * Persoonlijk begeleider Wonen koppelt de aandachtspunten uit de bespreking en het jaarrapport terug naar het team en wijzigt dit in het plan. * De ouder(s) / wettelijk vertegen­woordiger(s) krijgen het gewijzigde plan. * Gespreksverslag wordt verstrekt aan de betrokkenen. Origineel wordt ondertekend door de betrokken en in het dossier gedaan. * Vanaf dit moment wordt de procedure A, B of C gevolgd met betrekking tot de jaarlijkse bespreking op moment X. |

## Handleiding begeleidingsplan

**Handleiding bij nieuw begeleidingsplan De Schutse**

*Juni 2008 (versie 1); oktober 2008 (versie 2); maart 2009; maart 2010 (versie 3)*

Deze handleiding is een hulpmiddel bij het maken van begeleidingsplannen voor de deelnemers van De Schutse. Per deel van het plan staat informatie toegevoegd, die bij het maken van het begeleidingsplan nodig kan zijn.

Voor het maken van de werkdoelen is een werkwijze toegevoegd en een checklist. De checklist kan ook bij de ondersteuningsdoelen gebruikt worden.

**Inhoud van de handleiding**

1. Begeleidingsplan

Deel I Algemeen  
 Persoonlijke gegevens

Persoonsbeeld  
 Perspectief  
 Hoofddoelen en werkdoelen

Zorgvraag/wensen

Deel II Begeleidingsplan

Overzicht werkdoelen

Checklist

Ondersteuningsdoelen

Preventieve maatregelen n.a.v. risicoinventarisatie

Behandelaars

Individuele protocollen

Deel III Toestemmingsverklaring

2. Formulieren

Formulier Tussentijdse Wijzigingen Begeleidingsplan

Formulier Evaluatie Begeleidingsplan

Format gespreksverslag begeleidingsplanbespreking

## 3. Verantwoording van wijzigingen in het begeleidingsplan en het evaluatieformulier1. Begeleidingsplan

**Deel I Algemeen**

1. **Persoonlijke gegevens**

Juridische status : mentorschap, bewindvoering, curatele, minderjarig.

Status in kader BOPZ : vrijwillig, gedwongen, geen bereidheid geen bezwaar (art.60), minderjarig.

Voor *gedwongen* en *art. 60-regeling* is een rechterlijke uitspraak nodig.

Kinderen zijn minderjarig. Hiervoor beslissen ouders.

Inzagerecht dossier : wie hebben er naast de cliënt, wettelijk vertegenwoordiger en directe begeleiders inzagerecht gekregen van de cliënt / wettelijk vertegenwoordiger?

Ziektekostenverzekering : gemoedsbezwaard aangeven indien van toepassing.

Deze gegevens zijn op te vragen bij de administratie.

Sociale voorzieningen

Uitkering : welke uitkering persoon ontvangt: WAJONG, WIA,

AOW, WSW.

Vervoersvoorziening : hoe vervoer vanuit WMO geregeld is: vervoerspassen etc.

Hulpmiddelen : voeg hier hulpmiddelen toe die belangrijk zijn voor de persoon, bijv. rolstoel, bril, gehoorapparaat, bepaald soort fiets, etc. Deze dingen zijn bijvoorbeeld belangrijk om aan te denken bij een bewonersvakantie of ziekenhuisopname.

1. **Persoonsbeeld**

Het persoonsbeeld wordt opgesteld door orthopedagoog, in samenwerking met persoonlijk begeleider.

Het persoonsbeeld bevat de volgende onderdelen:

* Korte typering van persoon: wat is kenmerkend voor de persoon, wat intrigeert ons in hem/haar, wat is eigenheid, wat is basisstemming en wat zijn behoeften.
* Ziektebeeld/ syndroom met uiterlijke kenmerken.
* Woonsituatie, werk en dagbesteding; typering van de groep.
* Lichamelijke gezondheid.
* Motorische en/of zintuiglijke beperkingen en niveau van functioneren.
* Cognitieve mogelijkheden en beperkingen, intelligentie en/of ontwikkelingsniveau.
* Sociaal-emotionele mogelijkheden en beperkingen.
* Sociale redzaamheid, mogelijkheden en beperkingen, niveau van functioneren.
* Zelfredzaamheid
* Risico op over- en/of onderschatting op grond van prestatie.
* Wijze van communiceren: relaties met groepsleiding, groepsgenoten en anderen.
* Zelfbeeld, zelfbewustzijn.
* Op welke momenten heeft de persoon ondersteuning nodig en welke?
* Seksuele ontwikkeling.
* Levensovertuiging.
* Ingrijpende gebeurtenissen in het leven van de persoon.
* Waar liggen interesses? Ontspanning en vrijetijdsbesteding. Wat vindt persoon plezierig/ onplezierig?
* Ontwikkelingsmogelijkheden op allerlei ontwikkelingsgebieden.

Deze onderdelen komen voor zover van toepassing terug in het persoonsbeeld. De volgorde is niet bindend, maar dient als leidraad.

Dit alles zo mogelijk onderbouwd met recente diagnostische gegevens, zoals intelligentieonderzoek en zelfredzaamheidschalen (niet ouder dan 3 jaar).

Onderzoeksgegevens:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Onderzoeksinstrument | Datum van het onderzoek | Conclusie/niveaubepaling |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Perspectief**Aan de hand van het persoonsbeeld wordt een gezamenlijk perspectief opgesteld. Hierbij kan een drietal vragen gesteld worden:

1. Welke vragen/belemmeringen/problemen worden momenteel ervaren in de begeleiding en/of zorg van deze persoon?

2. Welke situatie of ontwikkeling verwacht of wens je voor deze persoon in het komende jaar/ in de komende twee jaar?

3. Kan iedereen zich vinden in het voorgestelde perspectief?

**Hoofddoelen**In dit onderdeel worden de hoofddoelen geformuleerd. De hoofddoelen zijn bedoeld om het perspectief te bereiken. Het hoofddoel is een eerste stap richting het perspectief en wordt daarom direct afgeleid van het perspectief. Om het perspectief te bereiken, zijn soms meerdere hoofddoelen na elkaar nodig. Ook kan het dat verschillende hoofddoelen naast elkaar nodig zijn. Ook bij het opstellen van een hoofddoel kunnen drie vragen gesteld worden:

1. Wat is het belangrijkste om aan te gaan werken, wat heeft prioriteit?
2. Aan welk functioneringsgebied (kijk naar gebied 1 tot 9) wil je gaan werken?
3. Kan iedereen zich vinden in het voorgestelde hoofddoel?

Na het hoofddoel komt een weergave van het werkdoel/ de werkdoelen. Hierdoor heb je een overzicht van de werkdoelen per hoofddoel.

1. **Zorgvraag/ wensen van de cliënten en wettelijke vertegenwoordigers.**Voor bespreking van het begeleidingsplan aan laten geven door ouder(s) of wettelijk vertegenwoordiger(s) (evt. telefonisch of schriftelijk) wat zij wensen in de begeleiding van de cliënt.

**Deel II Begeleidingsplan**

**Overzicht werkdoelen**

Werkdoelen zijn uitwerkingen van het hoofddoel en bedoeld om het hoofddoel te bereiken. Werkdoelen moeten SMART geformuleerd worden. SMART staat voor Specifiek (niet vaag, maar concreet), Meetbaar (doelen zijn te evalueren), Acceptabel (voldoende draagvlak), Realistisch (doelen zijn haalbaar) en Tijdgebonden (duidelijke begin- en einddatum). Het is bij lange-termijndoelen niet altijd mogelijk om een begin- en einddatum aan te geven.

*Een doel* is iets wat je de cliënt wil leren, of een aanpak die je als begeleiders uit wilt gaan werken en opzetten. Doelen richten zich op: aanleren van dingen, afleren van iets, in stand houden van vaardigheden, observaties, uitwerken van een begeleidingsstijl.

Bij een doel geldt:

1. Bij het werkdoel wordt de aanleiding voor het opstellen van het doel beschreven. Voor de lezer is de context waarin de vraag staat op die manier duidelijk.
2. Je formuleert een begeleidingsvraag. De vraag wordt niet geformuleerd vanuit de ik-vorm, maar vanuit de begeleider (dus: Piet heeft veel moeite met het wassen van zijn haren, hoe kan hij dit leren?).
3. Vervolgens formuleer je een doel: volgens de bijgevoegde SMART-principes.
4. Tot slot beschrijf je de werkwijze; hoe je aan het doel gaat werken. Dit concreet uitwerken.
5. In de kolom ‘ Verantwoordelijk’ wordt ingevuld wie aan de doelen werken (groepsleiding, fysio, logo, etc.). Als het een plan is van wonen en DAC en een doel is specifiek voor wonen of DAC, zet dit dan ook in dit vak.

**Checklist**

Onderstaand is een checklist gegeven voor mogelijke onderwerpen voor werkdoelen. Zorg dat boven elk werkdoel staat welk onderdeel het betreft (bijv. 1. identiteit en geloofsbeleving, 2. lichamelijk functioneren).

In het begeleidingsplan moeten de vetgedrukte kopjes uit de checklist, die van toepassing zijn, letterlijk worden overgenomen. Onder de vetgedrukte kopjes staan de onderwerpen/punten die in het begeleidingsplan onder dat kopje kunnen worden beschreven. Het is niet de bedoeling dat alle vetgedrukte punten van de checklist in het begeleidingsplan worden opgenomen. Bij het maken van het begeleidingsplan kan deze checklist erbij worden gehouden, om te kijken welke punten nog belangrijk of van toepassing op de deelnemer zijn. Ook kan gezien worden welke punten onder welke kopjes kunnen worden beschreven. De checklist is dus een hulpmiddel, zodat zo min mogelijk in het begeleidingsplan wordt vergeten en het begeleidingsplan zo volledig mogelijk is!

1. **Identiteit en geloofsbeleving**

**LET OP! Een begeleidingsplan bevat altijd een werkdoel of een ondersteuningsdoel m.b.t. identiteit!**

**- Algemeen**

* kerkelijke achtergrond

**- Godsdienstige kennis**

1. besef van normen en waarden
2. kennis van bijbelse geschiedenis e.d.
3. kennis van psalmen

**- Godsdienstige houding**

1. betrokkenheid vanuit eigen gemeente
2. betrokkenheid bij dag-, middag- en avondsluiting e.d.

**- Godsdienstige activiteiten**

1. bidden/ danken/ lezen/ zingen
2. catechisatie
3. deelname aan kerkelijke activiteiten
4. godsdienstige begeleiding
5. huisbezoek
6. kerkgang

**2. Lichamelijk functioneren**

**- Algemeen**

1. gewicht
2. gezondheid
3. lengte
4. lichaamstemperatuur
5. pijngrens: hoog of laag
6. slaapgedrag
7. specialistenbezoek
8. vatbaarheid voor ziekte

**- Bewegingsstelsel**

1. botontkalking
2. botziekte
3. contracturen
4. heupproblemen
5. rugklachten
6. protheses
7. sclerose
8. spieren; tonus
9. verlammingen

**- Cardiologie (hart en vaten)**

1. bloeddruk
2. hart(afwijkingen)
3. hart- of hersenbloedingen
4. spataderen

**- Gehoor**

1. gehoorapparaat
2. gehoorstoornissen

**- Hormonaal systeem**

1. (geslachts)hormonen
2. menstruatie
3. schildklier
4. suikerziekte

**- Huid en/of haar**

1. allergie
2. eczeem
3. haar- en/of huidproblemen

**- Luchtwegen**

1. ademhaling (frequentie, ritme, geluiden)
2. keel(ontsteking)
3. long(problemen)
4. verkoudheid
5. zuurstof

**- Medicatie**

1. medicijngebruik

**- Neurologisch systeem**

* evenwicht
* hersenen
* zenuwstelsel

**- Voedselopname en/of uitscheiding**

1. blaasklachten
2. braakneigingen
3. darmkrampen
4. defaecatie
5. diarree
6. dieet
7. eetlust
8. incontinentieklachten
9. maag- en darmklachten
10. obstipatieklachten
11. sonde
12. stoma
13. tanden (behandeling)
14. voeding, voedselintolerantie

**- Visus**

1. bril
2. gezichtsstoornissen
3. gezichtsvermogen

**- Ziekte / stoornis**

1. dementie
2. diabetes
3. epilepsie
4. galstenen
5. hepatitis

**3. Gedrag**

**- Agressief of opstandig gedrag**

1. agressie
2. plagen
3. uitdagen
4. uitproberen
5. vernielen
6. weglopen
7. zelfverwondend gedrag

**- (omgang met) Emoties**

1. angst
2. blijdschap
3. boosheid
4. emoties (uiten van, omgaan met)
5. emotionele stabiliteit
6. omgang met teleurstelling
7. omgang met verdriet
8. verdriet

**- Frustratietolerantie**

1. frustratietolerantie
2. omgang met conflicten
3. omgang met kritiek
4. omgang met stress / veranderingen

**- Gedragsaanpak**

1. behoefte aan structuur
2. behoefte aan duidelijkheid
3. beloning gewenst gedrag
4. gedragsregulerende medicatie
5. rust (behoefte aan)
6. sancties bij ongewenst gedrag

**- Gedragsstoornis(sen)**

1. contactstoornis
2. driftbuien
3. dwangmatig gedrag
4. persoonlijkheidsstoornis
5. psychiatrische stoornis
6. psychose
7. stereotypen
8. storend gedrag
9. tic(s)
10. wanen/hallucinaties

**- Karakter of stemming**

1. aandacht vragen
2. achterdochtigheid
3. chaotisch zijn
4. claimen
5. depressiviteit
6. dominantie
7. grondstemming (b.v. opgewekt, pessimistisch)
8. gewetensontwikkeling
9. impulsiviteit
10. invloed interne of externe prikkels op gedrag
11. karakter
12. naïviteit
13. nieuwsgierigheid
14. onrust
15. onzekerheid
16. passiviteit
17. sfeergevoeligheid
18. starheid
19. stemming, stemmingsveranderingen
20. temperament
21. wantrouwen
22. weerbaarheid
23. wilskracht

**- Verslavende middelen**

1. alcoholgebruik
2. roken
3. verdovende middelen

**- Werkhouding**

1. concentratievermogen
2. doorzettingsvermogen
3. exploratiedrang/ondernemingszin
4. interesse
5. motivatie
6. zelfstandigheid

**- Zelfbeeld**

1. gevoel van eigenwaarde
2. zelfbeeld
3. zelfvertrouwen

**4. Zelfredzaamheid**

**- ADL-handelingen**

1. aan- en uitkleden
2. eten en drinken
3. hygiëne
4. kledingverzorging: uitkiezen, klaarleggen, wassen
5. lichaamsverzorging: scheren, haarverzorging, zichzelf wassen/afdrogen, tandenpoetsen, nagels knippen
6. zindelijkheid

**- Besef van tijd en ruimte**

1. besef van datum of dag
2. klok kijken
3. oriëntatie m.b.t. plaats, tijd en ruimte
4. tijdsbesef

**- Huishoudelijke vaardigheden**

1. corveetaken
2. boodschappen doen
3. kamer bijhouden
4. klusjes in en om het huis
5. schoonmaken

**- Maatschappelijke vaardigheden**

1. besef van de waarde en functie van geld
2. geldbeheer; omgang met geld
3. telefoneren

**- Zelfredzaamheid m.b.t. vervoer**

1. eigen vervoermiddelen
2. fietsen
3. openbaar vervoer
4. verkeersdeelname
5. vervoer naar dagbesteding/ werk

**5. Communicatie en contact**

**- Communicatiemiddelen**

1. computeren
2. logopedie (geen inhoudelijke informatie)
3. ondersteunende communicatiemiddelen: gebaren, voorwerpen, foto's, picto's
4. pictogrammen

**- Communicatiewijze**

* articulatie
* geluiden, klanken
* imiteren
* lichaamstaal
* luisteren
* manier van aanspreken
* manier van dingen duidelijk maken
* manier van spreken
* reacties uitlokken
* specifiek taalgebruik
* taalgebruik (niveau); woordenschat

**- Contact**

1. aanwezigheid behoefte/motivatie om te communiceren
2. actief reageren op de ander
3. afspraken over contacten met familie e.d.
4. bezoekregeling
5. contactname
6. contact/relatie met buurtgenoten
7. contact/relatie met groepsleiding
8. contact/relatie met groepsgenoten/medebewoners
9. contact/relatie met onbekenden
10. contact/relatie met ouders/familie
11. contact/relatie voorziening - ouders/familie
12. gastgezin
13. omgangsvormen
14. taalbegrip (niveau)
15. telefonische contacten
16. vriendschappen
17. visite
18. wijze van contact nemen: verbaal/ non-verbaal

**- Stoornissen in de communicatie**

1. ontactische opmerkingen
2. onduidelijke articulatie
3. stotteren
4. taalstoornissen
5. verlies van spraakvermogen

**6. Motoriek**

**- Grove en fijne motoriek**

1. ambulantie / mobiliteit: kruipen, rollen, lopen, fietsen, rolstoelgebruik, transfers
2. bewegingsbehoefte
3. bewegingstempo
4. evenwicht
5. fijne motoriek
6. grove motoriek
7. mondmotoriek
8. oog-handcoördinatie
9. spierspanning

**- Motorische hulpmiddelen**

1. fysiotherapie (geen inhoudelijke informatie)
2. hulpmiddelen/aanpassingen
3. orthopedisch schoeisel

**- Motorische stoornissen**

1. contracturen
2. spasticiteit
3. verlammingen
4. vergroeiingen (scoliose)

**7. Activiteiten en spel**

**- Algemeen**

1. activiteitenprogramma (weekprogramma; eventueel bijlage)
2. contact voorziening met dagbesteding/ werk
3. deelname aan clubs of verenigingen
4. hobby’s
5. inhoud dagbesteding/ werk
6. vakantiebesteding
7. vorm van dagbesteding/ werk

**- Arbeidsmatige activiteiten**

1. assemblage
2. bakken en koken
3. boodschappen doen
4. corveetaken: tafeldekken, afdrogen, opruimen, etc.
5. dierenverzorging
6. houtbewerking
7. huishoudelijke werkzaamheden
8. kamer bijhouden
9. klusjes in en om het huis
10. tuinieren
11. werkzaamheden (soort en inhoud)
12. zelfredzaamheid in arbeidsmatige activiteiten

**- Ontwikkelingsactiviteiten**

1. leerbaarheid
2. ontwikkelingsgerichte activiteiten
3. ontwikkelingsmogelijkheden
4. schoolse vaardigheden: lezen, schrijven, rekenen, tekenen
5. voorbereidende schoolse vaardigheden

**- Vrijetijdsbesteding**

1. activiteiten in vrije tijd
2. behoefte aan vrijetijdsbesteding
3. invulling vrijetijdsbesteding
4. vaste afspraken m.b.t. vrijetijdsbesteding
5. zelfstandigheid bij invulling vrije tijd

**- Werkhouding**

1. concentratie
2. initiatief nemen
3. interesse in activiteiten
4. motivatie
5. samenwerking
6. taakbesef
7. taakgerichtheid
8. werktempo
9. zelfstandigheid

**- Spel**

1. buitenspel
2. creatieve bezigheden
3. muziek
4. projectmatige activiteiten (zintuiglijke stimulatie)
5. sensopatische materialen
6. spelen in hoeken
7. spelniveau
8. speltraining

**- Ontspanning**

1. muziek luisteren
2. R&O
3. snoezelen

**8. Seksualiteit**

1. betrokkenheid op andere geslacht
2. menstruatie
3. ontwikkeling secundaire geslachtskenmerken
4. seksuele problematiek
5. schaamtegevoel
6. zelfbevrediging

**9. Veiligheid en vrijheidbeperkende maatregelen**

1. besef van gevaar/inzicht in gevaarlijke situaties
2. bijzondere risico’s
3. middelen & maatregelen in het kader van de wet BOPZ (o.a. fixatie en afzondering)
4. veiligheid bij epilepsie/bewustzijnsstoornissen
5. verkeersveiligheid
6. vrijheidbeperkende maatregelen
7. zorgmaatregelen

**Ondersteuningsdoelen**

Bij ondersteuningsdoelen kan ook gebruik gemaakt worden van bovenstaande checklist. Ondersteuningsdoelen moeten gezien worden als afspraken die gelden voor de begeleiding van een cliënt. Denk er ook aan dat zo nodig een aanleiding of reden in het doel geformuleerd wordt. Dit is om te voorkomen dat na een aantal jaren wel het doel gevolgd wordt, maar de reden daarvan onbekend is.

**Preventieve maatregelen in verband met risico’s**

Veiligheid is erg belangrijk tijdens de zorgverlening. We willen graag zo veilig mogelijk werken en de cliënt zo min mogelijk gevaar laten lopen. Maar wat is veilig? Wat moeten we doen om gevaar te voorkomen? Om die vraag te beantwoorden, moeten we weten welke risico’s er zijn en hoe we die risico’s kunnen voorkomen. Dat doen we door de risico’s expliciet op te nemen in het begeleidingsplan en preventieve maatregelen te nemen. De meeste risico’s worden al ‘automatisch’ voorkomen. Maar om bewust te zijn van de gevolgen van de maatregelen voor een cliënt moeten ze eerst benoemd zijn. Zo kunnen ze ook geëvalueerd worden.

De persoonlijk begeleider gaat na of er veiligheidsrisico’s zijn voor deze cliënt. Voor onderstaande veiligheidsrisico’s wordt beoordeeld of die van toepassing zijn en in welke mate. Risico’s gaan over de factoren die bij de cliënt zelf liggen. Voorbeeld: Wanneer het gaat over risico’s op lichamelijk geweld gaat het over de weerbaarheid van de persoon zelf, niet over een medecliënt die agressief kan zijn. Bestaat er een gering of hoog risico, dan worden daarop preventieve maatregelen genomen. Deze maatregelen worden hieronder beschreven. Dit gelden alleen de maatregelen die specifiek voor die cliënt gelden (dus niet: bad en doucheregels zijn aanwezig in de badkamer, maar: de cliënt krijgt bij het baden geen badschuim i.v.m. gevaar voor inslikken.)

Bad/douche incident

Maatregelen ter voorkoming van verdrinken, inslikken van zeep e.d., verslikken, verbranden/onderkoelen, uitglijden, verwonden

Vallen

Maatregelen ter voorkoming van vallen (denk aan vallen ten gevolge van obstakels, motoriek, drempels, insulten), knellen, uitglijden, stoten

Verslaving

Maatregelen ter voorkoming van verslaving op het gebied van roken, alcoholische dranken, drugs

Lichamelijk geweld

Maatregelen ter voorkoming van lichamelijk geweld door anderen (denk aan weerbaarheid en bescherming, (lichamelijk) contact, uitdaging)

Emotioneel misbruik

Maatregelen ter voorkoming van emotioneel misbruik (denk aan weerbaarheid en bescherming, (sociale) contacten, emotioneel niveau)

Seksueel misbruik

Maatregelen ter voorkoming van seksueel misbruik (denk aan weerbaarheid, (lichamelijk) contact, taalgebruik, besef van eigen grenzen, besef van eigen lichaam, privacy)

Eenzaamheid

Maatregelen ter voorkoming van eenzaamheid, zowel emotionele eenzaamheid als fysieke eenzaamheid (denk aan sociale contacten, psychische gesteldheid (bijv. terugtrekgedrag), (afstotend) gedrag)

Pesten

Maatregelen ter voorkoming van pesten, buitensluiting (denk aan sociaal gedrag, aanpassingsvermogen, weerbaarheid)

Weglopen

Maatregelen ter voorkoming van weglopen, vermissing (denk aan fysieke omgeving, besef van gevolgen, toezicht)

Zelfverwonding

Maatregelen ter voorkoming van automutilatie; o.a. rumineren, haren trekken, bijten, krabben, slaan, stoten (denk aan lichamelijke en psychische gesteldheid, begeleiding, medicatie, middelen en maatregelen)

**Behandelaars**

Hier komen verslagen van fysiotherapie en logopedie. De doelen van fysio en logo komen in het plan zelf. Logo en fysio zorgen zelf voor de SMART-formulering van de doelen. De persoonlijk begeleider voegt dit toe in het begeleidingsplan.

**Individuele protocollen**

Gedragsprotocollen, medische protocollen, signaleringsplan e.d.

**Deel III Toestemmingsverklaring**

Ieder jaar geeft de cliënt / wettelijk vertegenwoordiger al dan niet het akkoord of toestemming voor de genoemde onderwerpen. Videobewaking en baden zonder toezicht gelden niet voor alle cliënten en kunnen al dan niet aangekruist worden.

2. Formulieren

Formulier Tussentijdse Wijzingen Begeleidingsplan

Dit formulier moet ingevuld worden als bij evaluatie van de doelen veranderingen in het begeleidingsplan optreden (veranderingen in doelen, in werkwijze etc.).

Het ingevulde formulier moet worden ondertekend door de persoonlijk begeleider en de wettelijke vertegenwoordiger. Op deze manier is altijd communicatie over veranderingen in het begeleidingsplan. Ook is altijd de meest recente versie van het begeleidingsplan ondertekend.

Formulier Evaluatie Begeleidingsplan

Voor de evaluatie:

* Vul de gegevens van de cliënt in.
* Direct na de bespreking van het begeleidingsplan worden de doelen vanuit het plan gekopieerd naar het formulier Evaluatie Begeleidingsplan.

Evaluatie:

Per 3 maanden vult de persoonlijk begeleider het evaluatieformulier in en brengt dit in zijn team in om de stand van zaken te melden en om vragen te bespreken. Wanneer pb-er Wonen en DAC aan eenzelfde doel werken, houden zij elkaar hiervan op de hoogte door het evaluatieformulier door te mailen. Hierna is (telefonisch) contact van pb’ers over de stand van zaken.

De pb’ers van Wonen/DAC evalueren op hun eigen doelen en op de gezamenlijke doelen.

Om de doelen te evalueren moeten de volgende punten beschreven worden:

* Bevindingen met betrekking tot het doel

Beschrijf hier de bevindingen van het afgelopen kwartaal. Beschrijf dit concreet, zodat je op basis van duidelijke argumenten tot een conclusie kunt komen. Je kunt dit zien als een samenvatting van de rapportage.

* In welke mate is het doel behaald

Vul hier het percentage in. Vraag je hierbij af hoeveel je nog moet doen om het doel te behalen. Als het doel niet haalbaar blijkt, vul je het percentage in tot hoever je gekomen bent. Het doel moet dan aangepast worden. Wanneer het doel bestaat uit meerdere niet opeenvolgende stappen, neem je het gemiddelde over het hele doel.

* Vervolg  
  Beschrijf hier wat is behaald en wat nog niet. Waar ga je in de komende periode op letten? Wat is de reden dat een doel wel of niet behaald is? Wat kan er eventueel veranderd worden, zodat het doel wel behaald wordt?
* Vragen voor de kwartaalbespreking

Welke vragen heb je? Deze kun je opschrijven om met het team te bespreken.

* Algemene informatie

Onder het kopje algemene informatie, kan algemene informatie genoemd worden. Deze informatie kan na een jaar samengevat worden tot een jaarverslag. Onder dit kopje komen ook de begeleidingsafspraken te staan die gedurende het jaar gemaakt worden.

* Jaarevaluatie

Hier worden de bijzonderheden vermeld over de ondersteuningsdoelen en preventieve maatregelen.

Ieder jaar moet de medicatie door een arts of apotheker geëvalueerd worden. De datum van evaluatie wordt ingevuld.

De afspraken / wensen vanuit een oudergesprek worden hier opgenomen. Ook de acties die gedaan zijn naar aanleiding van dit gesprek worden benoemd. De nieuwe wensen van de cliënt(-vertegenwoordiger) worden in het gesprek gevraagd en opnieuw beschreven. Deze komen ook in het begeleidingsplan te staan. Het gaat hierbij alleen om zorginhoudelijke wensen!

De cliënt(-vertegenwoordiger) krijgt voor het gesprek de kwartaalevaluatie toegestuurd. In de begeleidende brief staat de vraag of ze willen nadenken over de tevredenheid op de genoemde punten in het formulier. Tijdens het gesprek worden deze scores besproken en eventueel vraagt de begeleider door waarom een bepaalde score gegeven wordt. (bij het puntje over communicatie met begeleiders geldt het voor degene met wie je een gesprek hebt. Is het gesprek met de cliëntvertegenwoordiger, dan gaat het om de communicatie tussen begeleiders en cliëntvertegenwoordiger. Als je het gesprek voert met de cliënt zelf, gaat het over de communicatie tussen de cliënt en de begeleiders)

**Format gespreksverslag begeleidingsplanbespreking**

Vul in:

- Naam van de cliënt

- Datum van het gesprek

- Alle aanwezigen met hun functie. Als het verslag klaar is, wordt het aan alle aanwezigen voorgelegd ter controle en om te ondertekenen. Als laatst wordt het formulier met alle andere handtekeningen opgestuurd naar de ouders. Zij zetten de laatste handtekening.

Maak een verslag van het gesprek. Als leidraad kun je de agenda nemen.

**3. Verantwoording van wijzigingen in het begeleidingsplan en het evaluatiefor-mulier**

**Informatie over wijzigingen in het begeleidingsplan**

Tip: kies bij het maken van een nieuw plan in het ECD altijd voor een kopie. Voer onderstaande wijzigingen door in dit nieuwe plan en wijzig het versienummer in de voetnoot.

Versie 3 (maart 2010):

* Nieuwe layout, met lettertype Trebuchet MS 12, kop- en voettekst, geen tekstboxen meer
* wijziging functienaam leidinggevende in cluster- /locatiemanager
* de adresgegevens van het gastgezin worden gevraagd in deel 1
* bij de wensen van cliënten over identiteit is de zin gewijzigd in: De familie en cliënt wensen identiteitsgebonden zorg, zoals vermeld staat in de statuten en ondertekend is in de identiteitsbrief.
* Aan het einde van deel 2 is een gedeelte opgenomen over preventieve maatregelen ivm risicoinventarisatie
* Deel III toestemmingsverklaring is toegevoegd.
* Het formulier tussentijdse wijzigingen is uit het document verwijderd

Versie 3.1 (juni 2010):

* lettertype gewijzigd in Trebuchet MS 11
* bij persoonlijke gegevens de dietist toegevoegd
* kopjes en nummering aangepast (waren een paar foutjes ingeslopen)

Versie 3.2 (februari 2011):

* het gedeelte over preventieve maatregelen zodanig aangepast dat de risicoinventarisatie (geen, gering, hoog risico) bij de te nemen maatregelen staat. Nu hoeft er geen risicoinventarisatie ingevuld te worden in het evaluatieformulier (zie bij evaluatieformulier 3.3) *(actie om te wijzigen: 1) het gedeelte ‘Preventieve maatregelen’ uit de nieuwe versie kopieren (zie format begeleidingsplan in het handboek) en in de huidige versie in het ECD eroverheen plakken; 2) versienummer in de voetnoot aanpassen)*

**Wijzigingen in het evaluatieformulier**

Versie 3 (maart 2010):

* nieuwe layout, met lettertype Trebuchet MS 12, kop- en voettekst
* bij Jaarevaluatie de volgende onderwerpen toegevoegd:
  + afspraken uit oudergesprek en ondernomen acties
  + evaluatie ondersteuningsdoelen
  + evaluatie preventieve maatregelen
  + inventarisatie veiligheidsrisico’s

Versie 3.2: Is een intern werkdocument geweest, niet op de werkvloer.

Versie 3.3 (februari 2011):

* lettertype Trebuchet MS 11
* De mate waarin een doel gehaald is. Op dit moment is voor niemand inzichtelijk hoeveel doelen nu per jaar behaald worden. Ook de onderliggende vraag of we wel de juiste (realistische) doelen stellen, kunnen we dan niet beantwoorden. Om dit wel inzichtelijk te maken hebben we de vraag toegevoegd in welke mate een doel behaald is. Deze kan gescoord worden in percentages.
* De mate waarin ouders tevreden zijn over de zorg en begeleiding. Eens in de drie jaar wordt een cliënttevredenheidonderzoek uitgevoerd. Tussentijds komt er erg weinig informatie over hoe tevreden zij zijn. Naast dat we dan niet ontevredenheid op korte termijn kunnen verhelpen, is het ook een verplichting van het HKZ om tussentijds kleine metingen uit te voeren over de tevredenheid. In het oudergesprek werd er vaak wel naar gevraagd, maar niet op concrete punten. Daarom is er een tabel toegevoegd waarin ouders kunnen scoren op de tevredenheid. Het is de bedoeling dat je dit tijdens het gesprek invult. Zo nodig kun je doorvragen waarom ze bepaalde scores geven. In de uitnodigingsbrief worden ouders gevraagd hierover vooraf na te denken.
* Een vraag toegevoegd/gewijzigd bij de jaarevaluatie over de wensen en afspraken uit het oudergesprek, zodat daar ook beschreven moet worden wat ermee gedaan is. Daarna de vraag voor nieuwe wensen. Deze moeten ook overgenomen worden in het begeleidingsplan, maar zo komen ze in ieder geval ter sprake en kunnen ouders er vooraf over nadenken.
* Verder waren er wat onduidelijkheden over de risicoinventarisatie. Daarom hebben we dat stukje ook aangepast. In de kwartaalevaluatie is de tabel met de risicoinventarisatie vervangen door de vraag: ‘Bijzonderheden in het afgelopen jaar rondom preventieve maatregelen en ondersteuningsdoelen’. In plaats van de tabel is in het begeleidingsplan het stukje met preventieve maatregelen iets gewijzigd. Zie hieronder. We hopen dat hiermee de onduidelijkheden zijn weggenomen.

*(Deze versie wordt pas in de nieuwe cyclus van evalueren ingezet. Deze huidige cyclus tot de begeleidingsplanbespreking wordt het oude formulier nog gebruikt)*

## Vragenlijst orthopedagoog

Topiclijst

|  |
| --- |
| ***Deel 1***  *Persoon*  *Doelgroep*  *Visie*  *Opleiding*  ***Deel 2***  *Kennis*  *Toepassing*  *Doel*  ***Deel 3***  *Praktijk*  *Zorgplan*  *Samenwerking*  *Resultaat* |

Vooraf

|  |
| --- |
| ***Toestemming voor opname vragen***  ***Noemen dat het interview anoniem wordt verwerkt***  ***Noemen dat we soms tot tegen het vervelende aan zullen vragen zullen stellen om duidelijk te krijgen wat de geïnterviewde bedoeld. Dat is ook nodig voor het verwerken van het onderzoek.*** |

Inleiding

|  |
| --- |
| ***Introduceren van onszelf***  ***Beschrijf kort waar jullie onderzoek over gaat en wat de opzet van het interview is.***  ***Vooraf nog vragen?*** |

**Persoonsgegevens**

|  |
| --- |
| *Introduceer het onderwerp kort.*  Dan zou ik u nu graag wat persoonsgegevens van u willen noteren. Deze gegevens wil ik graag weten om uw antwoorden goed te kunnen plaatsen. Deze gegevens worden volledig geanonimiseerd verwerkt in de analyse van de interviews.  *🡪 Leeftijd*  *🡪 Functie*  *🡪 Jaren werkervaring*  *🡪 Loopbaan (dus verschillende instellingen waar de persoon heeft gewerkt)*  *🡪 Genoten opleidingen* |

**Interview, deel 1: Persoonlijk**

|  |
| --- |
| *Formuleer hier 5 vragen.*  *Introduceer het onderwerp kort.*  Bijvoorbeeld: Ik ga nu over naar het meer inhoudelijke deel van het interview. Ik begin met een aantal vragen over hoe je werk op De Schutse er globaal uitziet. Dit gaat dus nog niet zozeer om het methodisch handelen, maar meer de typen cliënten waar jij mee werkt, de problematiek die je tegenkomt en jou persoonlijke visie.  Begin met een brede beginvraag.  Hoe ziet jou werk binnen De Schutse eruit?  *Vervolgvragen:*  Op welke groepen ondersteun/adviseer je het personeel?  Welke problematiek komt daar aan de orde?  Wat spreekt je zo aan in deze doelgroep?  Hoe vind je het werken binnen De Schutse en voor deze groepen?  Wat vind je van methodisch hulpverlenen?  In hoeverre heeft je opleiding je gevormd als het gaat om het methodisch hulpverlenen |

**Interview, deel 2: theorie**

|  |
| --- |
| *Introduceer het onderwerp kort.*  We willen nu vragen stellen over de kennis die je hebt over verschillende methode(s) en methodiek(en).  *Begin met een brede beginvraag.*  Van welke methodieken ben je op de hoogte?  *Vervolgvragen:*  Heb je de kennis geleerd tijdens je opleiding of door bijscholing?  Vind je dat je voldoende kennis hebt over verschillende methodieken?  Wat zou jij nog willen leren over methodieken, welke kennis mis je?  Hoe was de beginperiode van het werken op De Schutse?  Welke methode(s) en/of methodiek(en) heb je geadviseerd en geïntroduceerd op de verschillende groepen?  Weet je vanuit welke methodiek het zorgplan geschreven is?  Wat vind je zo goed en zo fijn aan de methodieken die er ingezet worden? Wat zeggen deze methodieken over je persoonlijke visie?  Wat mis je bij die methodiek(en), wat zou je daarin anders willen? |

**Interview, deel 3: praktijk**

|  |
| --- |
| *Introduceer het onderwerp kort.*  Bijvoorbeeld: Er komen nu een aantal vragen naar hoe er in de praktijk methodisch wordt gehandeld. We willen een aantal vragen stellen over: het doel van het inzetten van een methodiek, de manier waarop deze toegepast wordt en welk resultaat je daarvan ziet.  *Begin met een brede beginvraag.*  Hoe zie je het methodisch werken terug in de dagelijkse praktijk?  *Vervolgvragen:*  In hoeverre lukt het om de kennis die je hebt over verschillende methodieken over te dragen naar het team?  Wat voor betekenis heeft de Schutsebrede methodiek voor jou hulpverleningspraktijk?  Als je een methodiek in wilt voeren bij een bepaalde cliënt, welke stappen onderneem je dan?  Hoe loopt het invoeren van een nieuwe methodiek voor een bepaalde cliënt?  Hoe ziet het werken vanuit die methode(s)/methodiek(en) er concreet uit?  In hoeverre ben jij betrokken bij de praktische uitvoering van een bepaalde methodiek?  In welke mate is er sprake van tijdsdruk?  Met welk doel adviseer/implementeer je bepaalde methode(s)/methodiek(en)?  Welk resultaat zie je van het werken met die methode(s)/methodiek(en)?  Hoe kan je meten of die methodiek ook echt werkt? Hoe is de rapportage?  Wat vind je van de manier waarop methodieken ingezet worden?  Hoe vind je de werkbaarheid van bepaalde methodieken?  Hoe zie je resultaten van methodieken die je inzet?  In hoeverre wordt je betrokken bij evaluatie en overleg?  Hoe vind je de samenwerking met collega’s in het methodisch handelen?  Hoe is de continuïteit van het team? Is er veel verloop?  Hoe vind je de samenwerking tussen wonen en dagbesteding in het methodisch handelen?  Wat zou je verbeterd willen zien? |

Bedenk wat synoniemen voor enkele centrale termen in het interview.

Methodiek/methode 🡪 manier/werkwijze

Heb een aantal algemene vragen paraat waarmee je kunt doorvragen. Bijvoorbeeld:

🡪 kunt u daar wat meer over vertellen?

🡪 kunt u dat verduidelijken?

🡪 kunt u dat toelichten?

🡪 kunt u dat uitleggen?

🡪 kunt u daar een voorbeeld van geven?

## Vragenlijst begeleider

Topiclijst

|  |
| --- |
| ***Deel 1***  *Persoon*  *Doelgroep*  *Visie*  *Opleiding*  ***Deel 2***  *Kennis*  *Toepassing*  *Doel*  ***Deel 3***  *Praktijk*  *Zorgplan*  *Samenwerking*  *Resultaat* |

Vooraf

|  |
| --- |
| ***Toestemming voor opname vragen***  ***Noemen dat het interview anoniem wordt verwerkt***  ***Noemen dat we soms tot tegen het vervelende aan zullen vragen zullen stellen om duidelijk te krijgen wat de geïnterviewde bedoeld. Dat is ook nodig voor het verwerken van het onderzoek.*** |

Inleiding

|  |
| --- |
| ***Introduceren van onszelf***  ***Beschrijf kort waar jullie onderzoek over gaat en wat de opzet van het interview is.***  ***Vooraf nog vragen?*** |

**Persoonsgegevens**

|  |
| --- |
| *Introduceer het onderwerp kort.*  Dan zou ik u nu graag wat persoonsgegevens van u willen noteren. Deze gegevens wil ik graag weten om uw antwoorden goed te kunnen plaatsen. Deze gegevens worden volledig geanonimiseerd verwerkt in de analyse van de interviews.  *🡪 Leeftijd*  *🡪 Functie*  *🡪 Jaren werkervaring*  *🡪 Loopbaan (dus verschillende instellingen waar de persoon heeft gewerkt)*  *🡪 Genoten opleidingen* |

**Interview, deel 1: Persoonlijk**

|  |
| --- |
| *Formuleer hier 5 vragen.*  *Introduceer het onderwerp kort.*  Bijvoorbeeld: Ik ga nu over naar het meer inhoudelijke deel van het interview. Ik begin met een aantal vragen over hoe je werk op De Schutse er globaal uitziet. Dit gaat dus nog niet zozeer om het methodisch handelen, maar meer de typen cliënten waar jij mee werkt, de problematiek die je tegenkomt en jou persoonlijke visie.  Begin met een brede beginvraag.  Hoe ziet jou werk binnen De Schutse eruit?  *Vervolgvragen:*  Op wat voor groep werk je?  Welke problematiek komt daar aan de orde?  Hoe vind je het werken binnen De Schutse en op deze groep?  Wat vind je van methodisch hulpverlenen?  In hoeverre heeft je opleiding je gevormd als het gaat om methodisch hulpverlenen? |

**Interview, deel 2: theorie**

|  |
| --- |
| *Introduceer het onderwerp kort.*  We willen nu vragen stellen over de kennis die je hebt over verschillende methode(s) en methodiek(en).  *Begin met een brede beginvraag.*  Van welke methodieken ben je op de hoogte?  *Vervolgvragen:*  Heb je de kennis geleerd tijdens je opleiding of door bijscholing?  Vind je dat je voldoende kennis hebt over verschillende methodieken?  Wat zou jij nog willen leren over methodieken, welke kennis mis je?  Hoe ben je ingewerkt?  Vanuit welke methode(s) en/of methodiek(en) werk jij op de groep?  Weet je vanuit welke methodiek het zorgplan geschreven is?  Wat vind je zo goed en zo fijn aan de methodieken die je inzet? Waarom vind jij het persoonlijk fijn om vanuit die methodiek te werken?  Wat mis je bij die methodiek, wat zou je daarin anders willen?  Hoe is de gezamenlijke visie van het team op methodieken? |

**Interview, deel 3: praktijk**

|  |
| --- |
| *Introduceer het onderwerp kort.*  Bijvoorbeeld: Er komen nu een aantal vragen naar hoe er in de praktijk methodisch wordt gehandeld. We willen een aantal vragen stellen over: het doel van het inzetten van een methodiek, de manier waarop deze toegepast wordt en welk resultaat je daarvan ziet.  *Begin met een brede beginvraag.*  Hoe zie je het methodisch werken terug in de dagelijkse praktijk?  *Vervolgvragen:*  In hoeverre lukt het om de kennis die je hebt over verschillende methodieken om te zetten in praktisch handelen?  In welke mate is er sprake van tijdsdruk?  Wat voor betekenis heeft de Schutsebrede methodiek voor jou dagelijks handelen?  *In hoeverre denk je bij het formuleren van het zorgplan aan het gebruik van methodieken?*  *Als je een methodiek in wilt voeren bij een bepaalde cliënt, welke stappen onderneem je dan?*  *Hoe loopt het invoeren van een nieuwe methodiek voor een bepaalde cliënt?*  Hoe ziet het werken vanuit die methode(s)/methodiek(en) er concreet uit? Wat betekend dat voor je relatie met de cliënt? Welke hulpmiddelen gebruik je daarbij?  Met welk doel werk je vanuit die methode(s)/methodiek(en)?  Welk resultaat zie je van het werken met die methode(s)/methodiek(en)?  Hoe kan je meten of die methodiek ook echt werkt? Hoe is de rapportage?  Heb je behoefte aan evaluatie en overleg? Is daar ook mogelijkheid voor?  Hoe vind je de samenwerking met collega’s in het methodisch handelen?  Hoe is de continuïteit van het team? Is er veel verloop?  Hoe vind je de samenwerking tussen wonen en dagbesteding in het methodisch handelen?  Hoe vind je de samenwerking en de adviezen van de orthopedagoog bij het opstellen van het zorgplan?  Wat zou je verbeterd willen zien? |

Bedenk wat synoniemen voor enkele centrale termen in het interview.

Methodiek/methode 🡪 manier/werkwijze

Heb een aantal algemene vragen paraat waarmee je kunt doorvragen. Bijvoorbeeld:

🡪 kunt u daar wat meer over vertellen?

🡪 kunt u dat verduidelijken?

🡪 kunt u dat toelichten?

🡪 kunt u dat uitleggen?

🡪 kunt u daar een voorbeeld van geven?

## Resultaten interview

Aangezien er in de uitgetypte interviews en de labels veel privacygevoelige informatie te vinden is, willen we ons in dit verslag beperken tot het weergeven van het kernlabelschema. Mocht u toch interesse hebben in de volledige informatie vanuit de interviews kunt u deze bij ons opvragen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Methodieken** | **nr.** | **Methodes** | **nr.** | **Dagelijkse praktijk** | **nr.** | **Werkbaarheid** | **nr.** |
| Belang methodiek | 1.1.44 | Opleiding | 1.2.1 | Rede opname | 1.1.6 | Tijdsdruk | 1.1.34 |
| Belang methodiek | 1.1.45 | Gemis in opleiding | 1.2.2 | Leeftijd doelgroep | 1.1.7 | Tijdsdruk | 1.1.36 |
| Zelfstudie/orthopedagoog | 1.2.7 | Zelfstudie | 1.2.3 | Personeelsbezetting | 1.1.8 | Tijdsdruk | 1.1.37 |
| Methodisch werken | 1.2.8 | Opleiding | 1.2.4 | Instellingssituatie | 1.1.9 | Methodiek aansluitend doelgroep | 1.1.46 |
| Methodiek zorgplan | 1.2.9 | Methode | 1.2.10 | Autisme/structuur | 1.1.10 | Zelfstudie | 1.2.5 |
| Inhoud methodiek | 1.2.11 | Inhoud methode | 1.2.13 | Prikkels | 1.1.11 | Zelfstudie | 1.2.6 |
| Inhoud methodiek | 1.2.12 | Inhoud methodiek | 1.2.14 | Zelfbeeld | 1.1.12 | Teamvergaderingen | 1.2.26 |
| Methodiek zorgplan | 1.2.23 | Inhoud methodiek | 1.2.15 | Zelfbeeld | 1.1.13 | Stimulatie door organisatie | 1.2.27 |
| Opstellen zorgplan | 1.3.15 | Parate kennis | 1.2.16 | Instelling- en thuissituatie | 1.1.14 | Bijscholing | 1.2.29 |
| Opstellen zorgplan | 1.3.16 | zelfstudie | 1.2.17 | Instellings- en thuissituatie | 1.1.15 | Methodisch werken | 1.3.2 |
| Opstelling zorgplan | 1.3.22 | Doelgroep | 1.2.18 | Onrustig gedrag | 1.1.16 | Begeleiding | 1.3.3 |
| Opstelling zorgplan | 1.3.23 | Zelfstudie | 1.2.20 | Tevredenheid | 1.1.17 | Indicatie aanvragen | 1.3.17 |
| Opstelling zorgplan | 1.3.24 | Werken vanuit methodiek | 1.2.24 | ontwikkeling bevorderen / doelgroep | 1.1.18 | Zorgplan opstellen | 1.3.19 |
| Opstelling zorgplan | 1.3.25 | Werken vanuit methodiek | 1.2.25 | ontwikkelingsgericht | 1.1.19 | Teamsamenwerking | 1.3.37 |
| Opstelling zorgplan | 1.3.27 | Bijscholing | 1.2.28 | ontwikkeling | 1.1.20 | Teamsamenwerking | 1.3.38 |
| Opstelling zorgplan | 1.3.28 | Methodisch kennis/praktijk | 1.3.1 | Ontwikkeling | 1.1.21 | Samenwerking dagbesteding | 1.3.43 |
| Belang zorgplan | 1.3.29 | Zelfredzaamheid aanleren | 1.3.5 | Stimulatie | 1.1.22 | Samenwerking dagbesteding | 1.3.44 |
| Rapportage | 1.3.30 | Advies orthopedagoog | 1.3.6 | Ontwikkeling | 1.1.23 | Orthopedagoog | 1.3.45 |
| Rapportage | 1.3.31 | Visie | 1.3.7 | Vaardigheden | 1.1.24 | Orthopedagoog | 1.3.46 |
| Evaluatie | 1.3.32 | Methode | 1.3.26 | Motoriek | 1.1.25 | Samenwerking paramedici | 1.3.48 |
| Belang zorgplan | 1.3.33 | Opleiding, saai | 2.2.7 | Gedragsbegeleiding | 1.1.26 | Samenwerking paramedici | 1.3.50 |
| Evaluatie zorgplan | 1.3.34 | Herhaling, doelmatig werken | 2.2.8 | Zelfredzaamheid | 1.1.27 | Samenwerking paramedici | 1.3.51 |
| Evaluatie zorgplan | 1.3.35 | Kennis | 2.2.9 | Prikkels | 1.1.28 | Samenwerking paramedici | 1.3.52 |
| Evaluatie zorgplan | 1.3.36 | Methodiek | 2.2.19 | Zelfredzaamheid | 1.1.29 | Bejegening | 1.3.53 |
| Doelmatig werken | 2.1.20 | Methodiek per groep | 2.3.39 | werkzaamheden | 1.1.30 | Groepscultuur | 2.2.2 |
| Zorgplan | 2.2.1 | Methodieken  Doelgroep | 3.2.1 | Werkzaamheden | 1.1.31 | Opleiding | 2.2.3 |
| Zorgplan, omgaan agressie | 2.2.4 | Communicatie  Hulpmiddel | 3.2.3 | Activiteitenaanbod | 1.1.32 | Relevantie methodieken | 2.2.11 |
| Zelfredzaamheid | 2.2.5 | Methodiek  Tipple-C  Team | 3.2.3 | Tijdsdruk | 1.1.33 | Relevantie zorgplan | 2.2.12 |
| Methodiektoepassing | 2.2.6 | Methodiek  Bejegening | 3.2.4 | Activiteitenaanbod | 1.1.35 | Bewonerszorg | 2.2.17 |
| Gebruik zorgplan | 2.2.10 | Methodiek  Werkgroep | 3.2.5 | Pb-taken | 1.1.38 | Opleiding persoonlijke begeleidingsstijl | 2.3.1 |
| Evaluatie zorgplan | 2.2.14 | Methodiek  Autisme | 3.2.6 | Pb-taken | 1.1.39 | Verschil instellingen | 2.3.2 |
| Evaluatie gedrag | 2.2.15 | Methodiek  Dementie | 3.2.7 | Inhoud pb-taken | 1.1.40 | Vooruitgang | 2.3.22 |
| Teamvergadering | 2.2.16 | Moeilijk | 3.2.17 | Dagelijkse zorg | 1.1.41 | Persoonlijke aandacht | 2.3.23 |
| Rapportage | 2.3.11 | Kennismaken | 3.2.18 | Inhoud pb-taken | 1.1.42 | Begeleiders | 2.3.25 |
| Kwartaalevaluaties | 2.3.12 | Inwerken  Coachen  Jaar | 3.2.19 | Dagelijkse zorg | 1.1.43 | Samenwerking DAC | 2.3.31 |
| Evaluatie | 2.3.27 | Doelgroep | 3.2.20 | Doelgroep | 1.2.19 | Doelen | 2.3.32 |
| Eenduidigheid | 2.3.28 | Doelgroep  Invalshoek | 3.2.21 | Pb-taken | 1.2.21 | Tip orthopedagoog | 2.3.37 |
| Gezamenlijke evaluatie | 2.3.33 | Rol  Orthopedagoog | 3.2.22 | Verantwoordelijkheden | 1.2.22 | Interesse  Ontwikkeling | 3.1.16 |
| Diagnostiek  Verleden  Dementie | 3.1.6 | Verpleegkunde  Rol  Orthopedagoog | 3.2.23 | Methodisch kennis/praktijk | 1.3.1 | Interesse  Gedrag | 3.1.17 |
| Diagnostiek  Heden  Vragenlijst | 3.1.7 | Ad hoc | 3.2.29 | Zelfredzaamheid aanleren | 1.3.4 | Interesse  Welzijn | 3.1.18 |
| Orthopedagogen  Protocollen | 3.1.9 | Non-specifiek | 3.3.3 | Zelfredzaamheid bevorderen | 1.3.8 | Interesse  Benadering | 3.1.19 |
| Taak  Begeleidingsplan  Persoonsbeeld | 3.1.12 | Intuïtief | 3.3.4 | Zelfredzaamheid | 1.3.9 | Methodieken  Interesse  Communicatie | 3.2.2 |
| Taak  Begeleidingsplan  Perspectief | 3.1.13 | Verweven | 3.3.7 | Bejegening | 1.3.10 | Toepassing  Complex | 3.2.8 |
| Taak  Begeleidingsplan  Doelen | 3.1.14 | Communicatie  Voorlichting  Ondersteuning | 3.3.30 | Ervaring cliënten | 1.3.11 | Triplle-C  Toepassing | 3.2.9 |
| Taak  Begeleidingsplan  Oudergesprek | 3.1.15 | Methodieken | 4.2.11 | Zelfredzaamheid aanleren | 1.3.12 | Gereedschapskist  Complex | 3.2.10 |
| Visie  Opleiding | 3.1.20 | Methodieken: Heijkoop, Durschen en Feuersteijn | 4.2.12 | Bejegening | 1.3.13 | Verweven | 3.2.11 |
| Visie  Balans | 3.1.21 | Passend | 4.2.13 | Bejegening | 1.3.14 | Ontwikkelings-niveaus | 3.2.12 |
| Visie  Kritisch | 3.1.22 | Vlaskamp | 4.2.14 | Indicatie aanvragen | 1.3.18 | Onwennig | 3.2.24 |
| Visie  Eclectisch | 3.1.23 | Optimisme | 4.2.15 | Indicatie aanvragen | 1.3.20 | Behoefte | 3.2.25 |
| Opleiding  Methodieken | 3.1.24 | Methodieken | 4.2.16 | Zorgplan opstellen | 1.3.21 | Pact  Behoefte  Doorvoeren | 3.2.26 |
| Opleiding  Non-specifiek | 3.1.25 | Begeleiding bij depressie | 4.2.17 | Teamsamenwerking | 1.3.39 | Collega | 3.2.26  Extra |
| Zorgplan  Collega | 3.2.13 | Sociaal emotionele ontwikkelings leeftijd | 4.2.18 | Begeleiding | 1.3.40 | Methodiek  Verdiepen  Inwerken | 3.2.27 |
| Zorgplan  Vlaskamp | 3.2.14 | Feuersteijn | 4.2.19 | Begeleiding | 1.3.41 | Verstrijken  Frustratie | 3.2.28 |
| Zorgplan  Onwetendheid | 3.2.15 | Relationeel | 4.2.20 | teamvergadering | 1.3.42 | Investering | 3.3.5 |
| Zorgplan  Collega | 3.2.16 | Doelgroep | 4.2.21 | Orthopedagoog | 1.3.47 | Wonen  Dagbesteding  Reflecteren | 3.3.10 |
| Visiegemis | 3.2.30 | Mediator | 4.2.22 | Samenwerking paramedici | 1.3.49 | Ervaring | 3.3.11 |
| Visiegemis  Invalshoek | 3.2.31 | Mediator | 4.2.23 | Inbreng paramedici | 1.3.54 | Taken  Werkdruk | 3.3.12 |
| Visiegemis  Compenseren | 3.2.32 | Interesse | 4.2.33 | Inbreng paramedici | 1.3.55 | Reflecteren  Stimulans  Uitlaadklep | 3.3.13 |
| Begrijpen  Advies | 3.2.33 | Toepassen methodiek | 4.2.34 | Inbreng paramedici | 1.3.56 | Reflecteren  Opleiding | 3.3.14 |
| Bewijs | 3.2.34 | Geïntegreerd | 4.3.1 | Inbreng paramedici | 1.3.57 | Reflecteren  SPW3  Coachen | 3.3.15 |
| Uitgekristalliseerd | 3.2.35 | Gedragsanalyse/teambespreking over cliënt | 4.3.11 | Samenwerking paramedici | 1.3.58 | Werkdruk  Doorvoeren | 3.3.16 |
| Kritisch | 3.2.36 | Opleidingsniveau  Structuur | 5.1.23 | Samenwerking paramedici | 1.3.59 | Doorvoeren  Collega | 3.3.17 |
| Toetsbaar | 3.2.37 | Opleidingsniveau  Motiveren | 5.1.24 | Groepssamenstelling | 2.1.7 | Gereedschapskist  Tijdsdruk | 3.3.18 |
| Toetsbaar  Advies | 3.2.38 | Kritisch  Motiveren | 5.1.25 | Gedragsproblemen | 2.1.8 | Doorvoeren  Tijdsdruk  Frustratie | 3.3.19 |
| Toetsbaar  Voorbeeld | 3.2.39 | Begeleidingsplan  Gordon | 5.2.1 | Groepssamenstelling | 2.1.9 | Aandacht | 3.3.20 |
| Bejegening  Positief | 3.2.40 | Onkunde | 5.2.2 | Groepssamenstelling | 2.1.10 | Opleiding | 3.3.21 |
| Welzijn | 3.2.41 | Opleiding  Invalshoeken | 5.2.3 | Gedragsproblemen | 2.1.11 | Zorggericht  Praktisch | 3.3.22 |
| Begeleidingsplan | 3.3.1 | Opleiding | 5.2.4 | Gedragsproblemen | 2.1.12 | Twijfel | 3.3.23 |
| Persoonsafhankelijk | 3.3.2 | Methodes  Doelgroep | 5.2.14 | Werkzaamheden | 2.1.13 | Verwachting | 3.3.27 |
| Taak | 3.3.6 | Theorie  Interesse | 5.2.15 | Gedragsproblemen | 2.1.14 | Logopedist  Disciplines | 3.3.31 |
| Taak  Bewoorden | 3.3.8 | Interesse | 5.2.16 | Uitdaging | 2.1.15 | Zelfontwikkeling | 3.3.32 |
| Nut  Motiveren  Team | 3.3.9 | Motiveren | 5.2.17 | Ervaring | 2.1.16 | Cliënten kennen | 4.1.15 |
| Doelgroep  Aandacht  Methodieken | 3.3.28 | Niveau  Verwachting | 5.2.18 | geloofsovertuiging | 2.1.17 | Inwerken | 4.1.16 |
| Pact  Ingevoerd | 3.3.29 | Onkunde | 5.3.8 | instellingsgrote | 2.1.18 | Werkzaamheden overnemen | 4.1.17 |
| Visie | 4.1.22 | Gordon  Onkunde | 5.3.9 | team | 2.1.19 | Invloed orthopedagoog | 4.1.18 |
| Visie | 4.1.23 | Methodes  Denkkaders | 5.3.40 | teamvergadering | 2.2.13 | Bejegening | 4.1.19 |
| Visie | 4.1.24 | Opleiding  Conditionering | 6.1.15 | Organisatie | 2.2.18 | Luisteren naar cliënt | 4.1.20 |
| Kwaliteit van leven | 4.1.25 | Opleiding  Non-specifiek | 6.1.16 | Basis opleiding | 2.3.3 | Begeleidingsstijl | 4.1.21 |
| visie | 4.1.26 | Methodisch werken  Methode | 6.1.18 | zelfontwikkeling | 2.3.4 | Werkplezier | 4.1.32 |
| Methodiek | 4.1.27 | Methodieken  Gentle teaching | 6.2.1 | Insteling invloed werkstijl | 2.3.5 | Samenwerking collega’s | 4.1.33 |
| Toekomstperspectief | 4.1.28 | Methode  Auti-aanpak | 6.2.3 | Werkstijl afhankelijk doelgroep | 2.3.6 | Samenwerking collega’s | 4.1.34 |
| Visie | 4.1.29 | Methode  Conditionering | 6.2.4 | Eenduidige begeleiding | 2.3.7 | Teamsamenstelling | 4.1.35 |
| Humane mensvisie | 4.1.30 | Kennis  Verdiepen | 6.2.6 | Eenduidige begeleiding | 2.3.8 | Teamsamenstelling | 4.1.36 |
| Opleiding | 4.2.1 | Kennis  Toepassen | 6.2.7 | Uitprobeergedrag | 2.3.9 | Teamsamenstelling | 4.1.37 |
| Perspectief | 4.2.2 | Kennis  Voorbeeld | 6.2.8 | Uitprobeergedrag, veiligheid zoeken | 2.3.10 | Visieverschil | 4.1.38 |
| Gedragstherapie | 4.2.3 | Opleiding  Kennis | 6.2.9 | Ontwikkelingsniveau | 2.3.13 | Overdracht visie | 4.1.39 |
| Gedragstherapie | 4.2.4 | Kennis  Orthopedagoog | 6.2.10 | Gedragsregulatie | 2.3.14 | Blinde vlekken | 4.1.40 |
| Relationeel | 4.2.5 | Opleiding  Gentle teaching | 6.2.11 | Uitleggen | 2.3.15 | Visiestuk | 4.1.41 |
| Normalisatie | 4.2.6 | Opleiding  Conditionering | 6.2.12 | Consequent gedragsregulatie | 2.3.16 | Doelstelling | 4.1.42 |
| Relationeel | 4.2.7 | Kennis  Bijscholing | 6.2.14 | Ontwikkelingsniveau | 2.3.17 | Gezamenlijke visie | 4.1.43 |
| Gedragstherapeutisch/relationeel | 4.2.8 | Kennis  Orthopedagoog | 6.2.15 | Zelfredzaamheid bevorderen | 2.3.18 | Handelen verantwoorden | 4.1.45 |
| Medisch model | 4.2.9 | Bijscholing  Toekomst | 6.2.16 | Zelfredzaamheid in stand houden. | 2.3.19 | Overdracht | 4.1.46 |
| Opleiding | 4.2.10 | Zelfsturing  Toekomst | 6.2.17 | Vooruitgang | 2.3.20 | Mediator | 4.2.24 |
| Leergierig | 4.2.30 | Onkunde  Methode | 6.2.21 | Vooruitgang | 2.3.21 | Mediator | 4.2.25 |
| Investering | 4.2.31 | Onkunde  Bijscholing | 6.2.24 | Prikkels | 2.3.24 | Orthopedagoog/moralist | 4.2.26 |
| Interesse | 4.2.32 | Complex  Onkunde | 6.2.25 | Vermindering prikkels, ontwikkeling | 2.3.26 | Gemis in opleiding | 4.2.27 |
| Trainer Vlaskamp | 4.3.14 | Visiegemis  Doelgroep  Non-specifiek | 6.2.26 | Samenwerking DAC | 2.3.29 | Opleiding | 4.2.28 |
| Opleiding | 4.3.15 | Omgang  Specifiek | 6.2.27 | Afspraken | 2.3.30 | Opleiding | 4.2.29 |
| Methodische cyclus | 4.3.16 | Methode  Conditionering  Duidelijkheid | 6.2.29 | Teamvergadering | 2.3.34 | Valkuil | 4.3.2 |
| Opleiding | 4.3.17 | Praktijk  Gentle teaching  Zelfsturing | 6.3.7 | Orthopedagoog | 2.3.35 | Valkuil | 4.3.3 |
| Weerstand methodische cyclus | 4.3.18 | Stagebegeleiding  Methodes | 6.3.9 | Probleem | 2.3.36 | Adviserende rol | 4.3.4 |
| Methodische cyclus / evaluatie | 4.3.19 | Begeleidingsplan  Gentle teaching | 6.3.11 | Aanwezigheid orthopedagoog | 2.3.38 | Adviserende rol | 4.3.5 |
| Kwartaalevaluatie | 4.3.20 | Auti-aanpak  Begeleidingsplan | 6.3.12 | Taak | 3.1.1 | Gezamenlijke doelen | 4.3.6 |
| Dagelijkse rapportage | 4.3.21 | Orthopedagoog  Kennis  Tips | 6.3.31 | Doelgroep | 3.1.2 | Doelstelling | 4.3.7 |
| Kwartaalevaluatie | 4.3.22 | Wens  Kennis  Bijscholing | 6.3.33 | Taak  Teamvergadering | 3.1.3 | Relevantie doel | 4.3.8 |
| Doelen opstellen | 4.3.23 | Stap voor stap begeleiding | 7.1.22 | Taak  Meekijken | 3.1.4 | Teambespreking over cliënt | 4.3.9 |
| Kwartaalevaluatie | 4.3.24 | Begeleiding | 7.1.23 | Taak  Diagnostiek | 3.1.5 | Teambespreking over cliënt | 4.3.10 |
| Methodische cyclus | 4.3.25 | Begeleiding | 7.1.24 | Diagnostiek  Heden  Werkdruk | 3.1.8 | Teambespreking over cliënt | 4.3.12 |
| Methodische cyclus | 4.3.26 | Stap voor stap begeleiding | 7.2.2 | Taak  Werkgroep  Werkdruk | 3.1.10 | Beleving  Uitdaging | 5.0.5 |
| Collega  Invalshoek | 5.1.10 | Zoeken begeleidingsstijl | 7.2.3 | Taak  Plaatsingsteam  Personen | 3.1.11 | Mogelijkheden | 5.0.7 |
| Relativering  Zorggericht | 5.1.11 | Belang stap voor stap begeleiding | 7.2.4 | Verwachting | 3.3.24 | Kennisgebrek | 5.0.8 |
| Methodiek  Non-specifiek | 5.1.19 | Advies orthopedagoog | 7.2.5 | Taak  Orthopedagoog | 3.3.25 | Motivatie  Relatie | 5.1.12 |
| Methodiek  Overzicht | 5.1.20 | Begeleiding a.d.h.v. picto’s | 7.2.6 | Non-specifiek  Tijdsdruk | 3.3.26 | Onmacht | 5.1.17 |
| Methodiek  Flexibel  Kritisch | 5.1.21 | Methodes | 7.2.7 | Overbrengen | 3.3.33 | Motivatie  Communicatie | 5.1.18 |
| Methodiek  Onkunde | 5.1.22 | Methodisch handelen | 7.2.8 | Werkzaamheden | 4.1.14 | Theorie  Onkunde  Wens | 5.2.13 |
| Opleidingsniveau  Structuur | 5.1.23 | Methodisch handelen | 7.2.9 | Doelgroep | 4.1.31 | Theorie  Interesse | 5.2.15 |
| Begeleidingsplan  Bijscholing | 5.2.5 | Methodisch handelen | 7.2.10 | Gezinshuis | 4.1.44 | Interesse | 5.2.16 |
| Bijscholing  Veranderingen | 5.2.6 | Opleiding | 7.2.11 | Scholingsprogramma | 4.3.13 | Beleving  Begeleidingsplan | 5.2.19 |
| Bijscholing  Begeleidingsplan | 5.2.7 | Parate kennis | 7.2.14 | Taken | 5.0.4 | Identiteit | 5.2.20 |
| Bijscholing  Belangrijk | 5.2.8 | Methode stap voor stap | 7.2.15 | Protocollen | 5.0.9 | Beschrijving  Oproepkrachten  Gezamenlijke aanpak | 5.2.21 |
| Bijscholing  Oefenen | 5.2.9 | Tijdsdruk | 7.2.16 | Doelgroep  Zorgtaken | 5.1.1 | Methodiek  Volledigheid | 5.2.22 |
| Orthopedagoog  Overleg | 5.2.11 | Kennis methodes | 7.2.17 | Dagprogramma | 5.1.2 | Tijdsdruk | 5.3.10 |
| Bijscholing  Logisch | 5.2.12 | Verdiepen achtergrond methodes | 7.2.19 | PB-er  Familie | 5.1.3 | Sneller | 5.3.11 |
| Visie  Team | 5.2.23 | Kennis methodes | 7.2.20 | Observeren | 5.1.4 | Zorgtaken | 5.3.12 |
| Begeleidingsplan  Pb-er  Verslaglegging | 5.3.1 | Motivatie verdiepen methodes | 7.2.21 | Diagnosticeren  Intuïtief | 5.1.5 | Bewust | 5.3.13 |
| Concreet | 5.3.2 | Methodes  Onkunde | 8.2.4 | Onderbouwen | 5.1.6 | Tijdsdruk  Verplichtingen | 5.3.14 |
| Observeren  Doelen | 5.3.3 | Methodes  Onderbewust | 8.2.5 | Gezondheids-problemen | 5.1.7 | Tijdsdruk  Welzijn | 5.3.15 |
| Begeleidingsplan  Orthopedagoge | 5.3.19 | Bijscholing  Wens | 8.2.6 | Randvoorwaarden | 5.1.8 | Tijdsdruk  Moe  Frustratie | 5.3.16 |
| Orthopedagoog  Coachen | 5.3.20 | Gemis  Bijscholing | 8.2.7 | Gezondheids-problemen | 5.1.9 | Tijd  Vrijheid  Ontspannen | 5.3.17 |
| PB-er  Dagcentrum | 5.3.21 | Handvaten  MDO | 8.2.8 | Communicatie | 5.1.13 | Helikopterview | 5.3.18 |
| Begeleidingsplan  Kwaliteitshandboek | 5.3.22 | Signaleringsplan | 8.2.9 | Ervaringskennis | 5.1.14 | Tijdsdruk  Orthopedagoge | 5.3.26 |
| Gesprek  Dagcentrum  Persoonsbeeld  Perspectief | 5.3.23 | Praktijk  Signaleringsplan | 8.2.10 | Visie | 5.1.15 | Orthopedagoge  Kennis  Adviezen  Samenwerking | 5.3.35 |
| Gesprek  Dagcentrum  Doelen | 5.3.24 | Praktijk  Signaleringsplan  Tijdsdruk | 8.2.11 | Motivatie  Rol | 5.1.16 | Continuïteit  Zwangerschaps-verlof  Stage | 5.3.36 |
| Begeleidingsplan  Orthopedagoge  Gesprek | 5.3.25 |  |  | Bijscholing  Praktijk | 5.2.10 | Continuïteit | 5.3.37 |
| Protocol  Kwaliteitshandboek | 5.3.27 |  |  | Begeleidingsplan  Samenwerking  Dagbesteding | 5.2.24 | Ervaring  Cliënt | 5.3.38 |
| Teambespreking | 5.3.28 |  |  | Samenwerking  Dagbesteding | 5.2.25 | Onkunde  Wens | 5.3.39 |
| Familiegesprek | 5.3.29 |  |  | Managementteam | 5.2.26 | Complex  Motivatie  Frustratie | 6.1.3 |
| Onwil | 5.3.30 |  |  | Samenwerking  Plannen | 5.2.27 | Problemen  Angst | 6.1.6 |
| Verslaglegging  Rapportagepunten | 5.3.31 |  |  | Samenwerking  Doelen | 5.2.28 | Motivatie  Uitdaging | 6.1.7 |
| Begeleidingsplan  Motiveren | 5.3.32 |  |  | PB-er  Orthopedagoge | 5.3.4 | Motivatie  Interesse | 6.1.8 |
| Evaluatie | 5.3.33 |  |  | Begeleidingsplan  Ondersteunings-doelen  Eenlijnigheid | 5.3.5 | Onkunde | 6.1.9 |
| Evaluatie  Doelen  Onkunde | 5.3.34 |  |  | PB-er  Voorbeeld | 5.3.6 | Doelen  Groei  Motivatie | 6.1.12 |
| Visie  Methodiek | 6.1.10 |  |  | Collega  Alert | 5.3.7 | Bijscholing  Toekomst | 6.2.16 |
| Visie  Methodiek  Groei | 6.1.11 |  |  | Doelgroeg  Complex | 6.1.2 | Zelfsturing  Toekomst | 6.2.17 |
| Opleiding  Methodisch werken | 6.1.13 |  |  | Dagprogramma | 6.1.4 | Steun  Wonen | 6.2.20 |
| Opleiding  Methodisch werken  Onkunde | 6.1.14 |  |  | Dagprogramma | 6.1.5 | Eenlijnig  Frustratie | 6.2.32 |
| Ervaring  Methodisch werken | 6.1.17 |  |  | Taken  Pb-schap | 6.1.23 | Methodisch werken  Resultaat  Motivatie | 6.3.4 |
| Methodisch werken  Stappen | 6.1.19 |  |  | Neventaken | 6.1.24 | Methodisch werken  Resultaat  Alternatieven | 6.3.5 |
| Methodisch werken  Signaleringsplan | 6.1.20 |  |  | Groep Samenstelling | 6.2.18 | Non-specifiek  Stagebegeleiding  Begeleidingsplan | 6.3.8 |
| Methodisch werken  Eenlijnig | 6.1.21 |  |  | Inwerken  Zelfsturing | 6.2.19 | Rapporteren  Tevreden |  |
| Methodisch werken  Voorbeeld | 6.1.22 |  |  | Inwerkperiode | 6.2.22 | Rapporteren  Tijd | 6.3.15 |
| Methodieken  Begeleidingsplan | 6.2.5 |  |  | Inwerkperiode  Zelfsturing | 6.2.23 | Tijdsdruk  Structuur | 6.3.16 |
| Opleiding  Methodisch werken | 6.2.13 |  |  | Teamsamenstelling | 6.2.33 | Tijdsdruk  Collega | 6.3.17 |
| Zorgplan  Verplichting | 6.2.28 |  |  | Praktijk  Gentle teaching | 6.3.1 | Teamoverleg  Frustratie | 6.3.18 |
| Onkunde  Wens  Kennis | 6.2.30 |  |  | Praktijk  Methodisch werken | 6.3.2 | Overleg  Besprekingen | 6.3.19 |
| Collega  Eenlijnig | 6.2.31 |  |  | Praktijk  Conditionering | 6.3.3 | Teamoverleg  Geen tijd | 6.3.20 |
| Begeleidingsplan  SMART | 6.3.10 |  |  | Praktijk  Begeleidingsplan | 6.3.6 | Continuïteit | 6.3.23 |
| Begeleidingsplan  Gentle teaching | 6.3.11 |  |  | Besprekingen  Orthopedagoog | 6.3.21 | Continuïteit  Dagbesteding  Wonen | 6.3.24 |
| Auti-aanpak  Begeleidingsplan | 6.3.12 |  |  | Teamoverleg  Geen tijd | 6.3.22 | Samenwerking  Dagbesteding  Wonen  Tevreden | 6.3.25 |
| Belang begeleidingsdoelen | 7.2.1 |  |  | Ervaren teamleden | 7.1.8 | Samenwerking  Orthopedagoog  Tijdsdruk | 6.3.26 |
| Opleiding | 7.2.12 |  |  | Stage-ervaring | 7.1.10 | Disciplines | 6.3.27 |
| Methodiek | 7.2.13 |  |  | Stage-ervaring | 7.1.11 | Samenwerking  Orthopedagoog  Tijdsdruk | 6.3.28 |
| Begeleiding signaleringsplan | 7.2.18 |  |  | Sollicitatie | 7.1.12 | Wens  Samenwerking  Orhopedagoog | 6.3.29 |
| Plan invoeren | 7.3.5 |  |  | Beleving doelgroep | 7.1.13 | Tijdsdruk  Orthopedagoog | 6.3.30 |
| Plan opstellen / orthopedagoog | 7.3.6 |  |  | Activiteiten | 7.1.14 | Orthopedagoog  Visie | 6.3.32 |
| Plan opstellen | 7.3.7 |  |  | Beleving doelgroep | 7.1.16 | Ervaring teamleden | 7.1.1 |
| Rapportagepunten/  oudergesprek | 7.3.8 |  |  | Doelgroep | 7.1.18 | Onderschatting pb-taken | 7.1.2 |
| Kwartaalevaluaties | 7.3.9 |  |  | Doelgroep, doelstelling | 7.1.19 | Onderschatting pb-taken | 7.1.3 |
| Overleg collega’s | 7.3.11 |  |  | Doelgroep | 7.1.20 | Ondersteuning collega’s bij pb-taken | 7.1.4 |
| Kwartaalevaluaties | 7.3.12 |  |  | Activiteiten | 7.1.21 | Onderschatting pb-taken | 7.1.5 |
| Rapportage | 7.3.20 |  |  | Activiteitenaanbod | 7.1.25 | Inwerken pb-taken | 7.1.6 |
| Plan opstellen | 7.3.23 |  |  | Begeleiding | 7.1.26 | tijdsdruk | 7.1.7 |
| Plan opstellen | 7.3.28 |  |  | Afwisseling werk | 7.1.27 | Beleving pb-schappen | 7.1.9 |
| Plan opstellen | 7.3.29 |  |  | Problematiek | 7.1.28 | Zichtbare ontwikkelingen | 7.1.15 |
| Methodisch werken  Tevreden | 8.2.1 |  |  | Beleving doelgroep | 7.1.29 | Beleving organisatie | 7.1.30 |
| Methodisch werken  Ervaring  Stage | 8.2.2 |  |  | Beleving team | 7.1.33 | Beleving team | 7.1.31 |
| Methodisch werken  Kwaliteit | 8.2.3 |  |  | Overleg collega’s | 7.2.28 | Beleving samenwerking | 7.1.32 |
| Zorgplan  Onkunde | 8.2.12 |  |  | Veiligheid cliënten | 7.2.29 | Bijscholing | 7.2.22 |
| Zorg op maat | 8.3.13 |  |  | Communicatie | 7.2.30 | Inwerkperiode groep | 7.2.23 |
| Werkschema | 8.3.14 |  |  | Stagiaire | 7.2.31 | Inwerkperiode pb-taken | 7.2.24 |
| Werkschema  Overzicht | 8.3.15 |  |  | Delegeren taken | 7.2.32 | Pb-taken door collega’s | 7.2.25 |
|  |  |  |  | Ervaring collega | 7.2.33 | Beleving pb-taken | 7.2.26 |
|  |  |  |  | Taken collega | 7.2.34 | Tijd | 7.2.27 |
|  |  |  |  | Delegeren | 7.2.35 | Teamvergadering | 7.3.10 |
|  |  |  |  | BBL opleiding | 7.2.36 | Samenwerking wonen | 7.3.13 |
|  |  |  |  | Gedrag analyseren | 7.3.1 | Samenwerking wonen | 7.3.14 |
|  |  |  |  | Gedrag analyseren / orthopedagoog | 7.3.2 | Samenwerking wonen | 7.3.16 |
|  |  |  |  | Gedrag reguleren | 7.3.3 | Samenwerking wonen | 7.3.17 |
|  |  |  |  | Orthopedagoog | 7.3.4 | Rapportage | 7.3.18 |
|  |  |  |  | Samenwerking wonen | 7.3.15 | Rapportage | 7.3.19 |
|  |  |  |  | Doelgroep | 8.1.1 | Mondelinge overdracht | 7.3.21 |
|  |  |  |  | Doelgroep  Dagprogramma | 8.1.2 | Rapportage | 7.3.22 |
|  |  |  |  | Dagprogramma | 8.1.3 | Rapportage | 7.3.24 |
|  |  |  |  | Doelgroep | 8.1.4 | Rapportage | 7.3.25 |
|  |  |  |  | Doelgroep  Diagnose | 8.1.5 | Overdracht/rapportage | 7.3.26 |
|  |  |  |  | Doelgroep  Complex | 8.1.6 | Communicatie binnen organisatie | 7.3.27 |
|  |  |  |  | Doelgroep  Gedrag | 8.1.7 | Motivatie  Uitdaging | 8.1.8 |
|  |  |  |  | Inwerkperiode | 8.2.13 | Motivatie  Resultaat | 8.1.9 |
|  |  |  |  | Praktijk  Bejegening  Team | 8.2.14 | Motivatie  Relatie | 8.1.10 |
|  |  |  |  | Eenlijnig | 8.2.15 | Frustratie  Top-down beleid | 8.1.11 |
|  |  |  |  | Groepsbespreking  Kwartaalevaluatie | 8.2.16 | Frustratie  Top-down beleid  Voorbeeld | 8.1.12 |
|  |  |  |  | Planmatig werken  Werkschema | 8.3.6 | Frustratie  Top-down beleid | 8.1.13 |
|  |  |  |  | Planmatig werken  Signaleren | 8.3.7 | Tijdsdruk  Verschillend | 8.3.1 |
|  |  |  |  | Dossier | 8.3.8 | Tijdsdruk  Verschillend | 8.3.2 |
|  |  |  |  | Werkschema  Overzicht | 8.3.9 | Intensiviteit | 8.3.3 |
|  |  |  |  | Rapporteren | 8.3.10 | Privé | 8.3.4 |
|  |  |  |  | Rapporteren  Oproepkrachten | 8.3.11 | Tegemoetkoming | 8.3.5 |
|  |  |  |  | Doelen  Evalueren | 8.3.12 | Werkmoment  Beleving | 8.3.16 |
|  |  |  |  | Oproepkrachten  Werkschema  Overzicht | 8.3.17 | Samenwerking  Duidelijkheid | 8.3.20 |
|  |  |  |  | Werkschema  Verplichting | 8.3.18 | Groei  Motivatie | 8.3.23 |
|  |  |  |  | Verjaardag  Structuur houden | 8.3.19 | Voorbeeld  Groei  Motivatie | 8.3.24 |
|  |  |  |  | Samenwerking  Doelen  KDC | 8.3.21 | Orthopedagoog  Samenwerking  Duidelijkheid  Tevreden | 8.3.25 |
|  |  |  |  | Samenwerking  Doelen | 8.3.22 | Verbetering  Organisatie | 8.3.28 |
|  |  |  |  | Rapportage | 8.3.26 | Verbetering  Onwetendheid | 8.3.29 |
|  |  |  |  | Rapportage  Ouders | 8.3.27 |  |  |

## Informatiebrochure voor cliënten

**Stichting De Schutse**

****

**Informatiebrochure voor cliënten**



**Inhoudsopgave**

[1. Voorzieningen 139](#_Toc281392541)

[2. Missie en doelstelling 140](#_Toc281392542)

[3. Geschiedenis 140](#_Toc281392543)

[4. Visie en identiteit 140](#_Toc281392544)

[5. Kwaliteitszorg 141](#_Toc281392545)

[6. Zorgaanbod 141](#_Toc281392546)

[6.1 Wonen 141](#_Toc281392547)

[6.2 Logeren 141](#_Toc281392548)

[6.3 Dagbesteding 141](#_Toc281392549)

[7. Zorgvraag 142](#_Toc281392550)

[8. Intake 142](#_Toc281392551)

[8.1 Reguliere plaatsing 142](#_Toc281392552)

[8.2 Crisisplaatsing 142](#_Toc281392553)

[9. Zorg- en dienstverleningsovereenkomst 142](#_Toc281392554)

[10. Individueel begeleidingsplan 143](#_Toc281392555)

[11. Cliëntendossier 143](#_Toc281392556)

[12. Financiën 143](#_Toc281392557)

[13. Medezeggenschap 143](#_Toc281392558)

[14. Gedragscode 143](#_Toc281392559)

[15. Cliëntenrecht 144](#_Toc281392560)

[15.1 Recht op privacy 144](#_Toc281392561)

[15.2 Klachtenregeling en vertrouwenspersoon 144](#_Toc281392562)

[16. Wet BOPZ 144](#_Toc281392563)

**Voorwoord**

Geachte cliënt,

Voor u ligt de informatiegids van De Schutse, samengesteld voor huidige en toekomstige cliënten van De Schutse. Wij realiseren ons dat niet alle cliënten in staat zijn deze informatie te lezen. In dat geval is het allereerst bedoeld voor de familie, vrienden, kennissen en (wettelijk) vertegenwoordiger van de cliënt.[[19]](#footnote-19) Om het informatieboekje leesbaar te houden, zijn alle personen in de mannelijke vorm geschreven, ook als er vrouwen bedoeld worden. Verder hebben we het over de ‘cliënt’, ook wanneer het de (wettelijke) vertegenwoordiger aangaat.

In deze brochure vindt u informatie over onze organisatie, het zorgaanbod, wederzijdse rechten en plichten en overige voor u belangrijke informatie betreffende de zorgverlening.

Mocht u naar aanleiding van de informatie uit de gids behoefte hebben aan een persoonlijk gesprek, dan kunt u contact met ons opnemen.

Met vriendelijke groet,

Dhr. dr. K. Ruitenberg

*Raad van Bestuur*

**1. Voorzieningen**



Woonboerderij / Dagactiviteitencentrum Achterberg

Friesesteeg 15

3911 VR Achterberg

(w) Tel. (0317) 61 79 53

(d) Tel. (0317) 61 87 91



Woon- en dagactiviteitencentrum Kesteren

Stationsstraat 28

4041 CJ Kesteren

Tel. (0488) 48 33 22

Fax. (0488) 48 17 19

E-mailadres: administratie@deschutse-kesteren.nl

****

Gezinshuis Lunteren

Edeseweg 1

6741 CP Lunteren

Tel. (0318) 48 60 81



Woonvoorziening Opheusden

Lindelaan 7

4043 MA Opheusden

Tel. (0488) 44 91 70

Woon- en dagactiviteitencentrum Oud-Vossemeer

Coentjesweg 43

4698 CL Oud-Vossemeer

Tel. (0166) 67 73 14

Fax. (0166) 67 73 17

**2. Missie en doelstelling**

De Schutse is een identiteitsgebonden instelling die zorg en dienstverlening biedt aan mensen met een verstandelijke beperking. De Schutse heeft woonvoorzieningen in Kesteren, Achterberg, Opheusden, Lunteren en in Oud-Vossemeer. Verder zijn in Kesteren, Achterberg en Oud Vossemeer een dagactiviteitencentrum (DAC) gevestigd. Circa 200 medewerkers bieden zorg en dagbesteding aan circa 160 cliënten.

De hulp- en zorgvragen lopen uiteen van situaties van zeer intensieve verzorging en begeleiding binnen de instelling tot situaties van ondersteuning en begeleiding van heel zelfstandig functionerende cliënten. Vanuit het gegeven dat De Schutse er wil zijn voor haar gehele achterban en wanneer de deskundigheid er voor aanwezig is, staat de instelling ook klaar voor hulpvragen die liggen op het randgebied van de doelgroep.

**3. Geschiedenis**

Binnen het kerkverband van de Gereformeerde Gemeenten in Nederland was er de behoefte om mensen met verstandelijke beperkingen identiteitsgebonden zorg te bieden in eigen kring.

De Schutse probeert een omgeving te bieden waarin Gods Woord en de drie formulieren van enigheid centraal staan. Van daaruit wordt gewoond en gewerkt. De cliënten en medewerkers van De Schutse onderschrijven dit gedachtegoed.

De Schutse opende haar deuren in 1985 in Veenendaal waar dagbesteding werd geboden. Al snel groeide de voorziening in Veenendaal uit haar jasje. In Kesteren werd een nieuwe voorziening gebouwd. Naast dagbesteding namen ook twee woongroepen hun intrek in de zorginstelling. De Schutse was een begrip geworden en mocht op veel steun vanuit de achterban rekenen.

Er kwam aanvullende huisvesting in Kesteren in 2001. In het nieuwe gebouw kwam dagbesteding en werden de ondersteunende diensten gehuisvest. De dagbesteding breidde zich uit met de zorg voor kleine kinderen. Het kinderdagcentrum werd gerealiseerd. In het bestaande gebouw werden nieuwe woongroepen geplaatst.

Sinds 2003 wordt in Achterberg aan een kleine groep cliënten zorg geboden. Tevens biedt de locatie Achterberg mogelijkheden voor dagbesteding.

Vrijwel gelijktijdig werd in Zeeland, in Oud Vossemeer, een locatie voor dagbesteding ontwikkeld. Een steeds groter wordend aantal cliënten neemt deel aan de activiteiten. In oktober 2010 is in Oud Vossemeer ook een wooncentrum geopend. In 2007 werd in Opheusden een woonvoorziening gerealiseerd voor 25 cliënten en enkele logees. In 2010 is in Lunteren een gezinshuis gestart. Hierin begeleidt een echtpaar drie tot vier cliënten in hun daarvoor aangepaste woning.

**4. Visie en identiteit**

Mensen met een verstandelijke beperking zijn in de eerste plaats mens. Het Bijbelse mensbeeld laat geen ruimte voor het beoordelen van mensen op grond van aan- of afwezigheid van (bepaalde) kwalitatieve kenmerken. De waarde van het leven van mensen met een verstandelijke handicap is gelijk aan de waarde van elk ander mensenleven.

God gaf de Tien Geboden als norm en richtsnoer, uniek en onvervangbaar, voor het ethisch handelen van elk mens. De Bijbel plaatst deze wet binnen het kader van het liefhebben van de naaste, zoals we onszelf liefhebben. Daarin rust ook de zorgplicht ten opzichte van de medemens, vooral als die extra zorg nodig heeft. Dan is het leven met een bepaalde handicap ook gewaarborgd. Dan draagt de hulpverlening bij aan een optimale ontplooiing, ook van dat leven. De hulpvraag wordt gekleurd door de diepste overtuigingen (identiteit). Vanuit de mensvisie dat ieder mens een gevallen schepsel van God is, voor wie de eis geldt om God lief te hebben boven alles en de naaste als zichzelf, stelt De Schutse de hulpvraag van de cliënt centraal en houdt zoveel mogelijk rekening met ontwikkelingsniveau, aanleg, geaardheid, mogelijkheden en tempo. De identiteit die de cliënt van huis uit gewend is, dient zichtbaar te zijn in de dagelijkse praktijk van wonen en werken op De Schutse. Dagelijks wordt met en voor cliënten gebeden en gelezen en verteld uit de Bijbel en de Bijbelse geschiedenis. Op eenvoudige wijze wordt geprobeerd de leer en boodschap van Gods Woord over te brengen en aansluiting te vinden bij de beperkte verstandelijke vermogens.

De identiteit van De Schutse komt niet alleen tot uitdrukking in het lezen uit de Bijbel, het bidden en de kerkgang, maar in de gehele leefsfeer. Het gebruik van media, video en internet, de inhoud en vorm van muziekkeuze, vrijetijdsbesteding en kleding en haardracht zijn daarbij onder andere aandachtspunten. Zowel van de cliënt als van de groepsleiding wordt verwacht dat zij zich in de praktijk van alledag hieraan conformeren. Het gaat erom dat leer en leven in overeenstemming zijn, gegrond op Gods Woord en getuigenis. De Schutse hecht grote waarde aan de eenheid tussen gezin, kerk en instelling. Vanuit genoemde identiteit wil de Schutse dienstbaar zijn voor alle hulp- en zorgvragen van en rond cliënten met een verstandelijke beperking.

**5. Kwaliteitszorg**

De Schutse mag vanaf juli 2009 het HKZ-keurmerk voeren. Het keurmerk heeft betrekking op het kwaliteitsmanagementsysteem van de organisatie. Het keurmerk maakt zichtbaar dat het kwaliteitsmanagementsysteem voldoet aan eisen die vanuit de sector zelf, door financiers, cliënten en de overheid worden gesteld. De HKZ-normen hebben betrekking op zowel de kwaliteit van het zorgproces als op de organisatorische kwaliteit. Ze stellen eisen aan het primaire proces: intake/indicatie, de uitvoering van de diensten en evaluatie/nazorg. Daarnaast moeten ook de ondersteunende processen, zoals personeelsbeleid, diensten door derden, et cetera aan specifieke eisen voldoen. Het keurmerk biedt een basisgarantie voor kwaliteit. Een gecertificeerde instelling heeft het werk zodanig georganiseerd, dat aan alle voorwaarden is voldaan om optimale zorg te kunnen leveren. Het perspectief van u als cliënt is daarbij altijd het vertrekpunt. Vanaf 2010 is De Schutse gecertificeerd naar de HKZ-normen uit 2008. Belangrijkste verschil met de HKZ-normen die gehanteerd werden tijdens de certificering in 2009 is dat nu ook het risicomanagement aan de orde komt.

Het HKZ Keurmerk betekent dat een organisatie:

de zaken intern goed op orde heeft;

de cliënt centraal stelt;

betrouwbare resultaten kan presenteren;

voortdurend werkt aan het verbeteren van de zorg- en ondersteuning.

**6. Zorgaanbod**

*6.1 Wonen*

De Schutse biedt een begeleide woonvorm aan voor kinderen, volwassenen en ouderen met een verstandelijke beperking. Er is geen leeftijdsgrens. De doelstelling is om de cliënten een veilige en deskundige thuissituatie te bieden waarbij men tegemoet komt aan hun hulpvraag.

Bij het indelen van de groepen wordt er rekening gehouden het niveau, de mogelijkheden en gedragskenmerken van de zorgvragers. Zo zijn er groepen waar de begeleiding gericht is op moeilijk verstaanbaar gedrag en andere groepen waar meer aandacht nodig is voor verzorging en structuur bieden. Meer informatie kunt u vinden van de verschillende woongroepen.

*6.2 Logeren*

De voorzieningen in Kesteren, Opheusden en Oud Vossemeer bieden de mogelijkheid voor thuiswonende cliënten om gebruik te maken van logeerplaatsen.

*6.3 Dagbesteding*

De Schutse biedt dagbesteding aan cliënten die thuis wonen en cliënten die al op de Schutse wonen.

Aanvullend is vakantiedagopvang mogelijk tijdens de zomervakantie. Afhankelijk van de mogelijkheden en (lichamelijke) beperkingen krijgt de cliënt activiteiten aangeboden die aansluiten op zijn belevingswereld. Veel aandacht wordt er gegeven aan de ontwikkelingsmogelijkheden van kinderen. De groepsgrootte varieert van 4 tot 14 cliënten, afhankelijk van de verzorging en de begeleiding die geboden moet worden.

In overleg met de cliënt kan gekozen worden voor arbeidsmatige activiteiten, zoals tuinwerkzaamheden, inpakwerk, bakken, dierenverzorging, opruimwerk en het verkopen van groenten. Daarnaast worden ook creatieve, vormende en bezinnende activiteiten aangeboden zoals het werken rond thema’s en het samen zingen of muziek maken.

Het aanbod voor cliënten met een ernstige (meervoudige) beperking zijn met name activiteiten waarbij de zintuigen en de motoriek gestimuleerd wordt. Dit kan variëren van het waterbed, ballenbad, bewegingsspellen tot muziek en lichteffecten.

Bij cliënten met een visuele- en/of gehoorbeperking worden de andere zintuigen gestimuleerd zodat hij de activiteiten en zijn omgeving kan meebeleven.

Bij de kindergroepen zijn de activiteiten gericht om voor te bereiden op (speciaal) onderwijs. Als die mogelijkheid niet aanwezig is zijn er verschillende groepen voor de leeftijd van 6-18 jaar, waarbij veel aandacht wordt besteed aan vorming en ontwikkeling van vaardigheden.

Voor de doelgroep ouderen biedt De Schutse aangepaste activiteiten aan. De activiteiten richten zich vooral op het in stand houden van de aanwezige vaardigheden.

Wat leeftijd betreft is binnen het dagactiviteitencentrum een verdeling gemaakt tussen het kinderdagcentrum (1-18 jaar), de volwassenen vanaf 18 jaar en de ouder wordende cliënt. Binnen deze 3 afdelingen zijn groepen gevormd van deelnemers met een vergelijkbaar niveau, mogelijkheden en gedragskenmerken. Zo zijn er groepen waar de begeleiding gericht is op moeilijk voorspelbaar gedrag en andere groepen waar meer aandacht nodig is voor verzorging en structuur bieden.

**7. Zorgvraag**

Mensen die zorg en begeleiding nodig hebben bij ziekte, handicap of ouderdom, komen in aanmerking voor (langdurige) zorg uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Als men voor deze zorg in aanmerking wilt komen, is er een onafhankelijk oordeel nodig over de aard en de hoeveelheid zorg die nodig is. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft dit oordeel. Dit wordt ook wel de indicatie genoemd. Deze indicatie wordt door de cliënt aangevraagd. Het CIZ beoordeelt de aanvraag en geeft een indicatiebesluit af waarin staat hoeveel zorg er nodig heeft. Als het CIZ oordeelt dat vanwege de beperkingen niet alleen behoefte is aan verzorging en begeleiding maar ook aan een speciale verblijf- of woonvorm, dan indiceert het CIZ ‘zorg met verblijf’. De intakemedewerker van De Schutse helpt (toekomstige) cliënten bij het aanvragen van de indicatie.

**8. Intake**

Bij de intakeprocedure maakt de Schutse onderscheid tussen een reguliere plaatsing en een crisisplaatsing.

*8.1 Reguliere plaatsing*

Als de toegestuurde informatie aansluit bij de wensen, wordt een oriëntatiegesprek gevoerd. Als blijkt dat de zorgvraag en identiteit aansluit bij De Schutse, wordt een indicatie aangevraagd. Nadat de benodigde informatie uitgewisseld is met het zorgkantoor en het aanmeldingsformulier is ingevuld, wordt in het plaatsingsteam besproken of een plaatsing ook te realiseren is binnen de betreffende afdeling(en). Afhankelijk hiervan wordt het traject plaatsing voortgezet, of wordt contact opgenomen om te kijken naar mogelijke alternatieven binnen de organisatie. Als deze alternatieven geen optie zijn, of mogelijk zelfs niet voorhanden, wordt de cliënt op de wachtlijst geplaatst. Niet voor elke zorgvraag is binnen De Schutse direct een oplossing voorhanden. Bijvoorbeeld omdat er een wachtlijst is of omdat de zorgvraag niet in het bestaande zorg- en ondersteuningspakket past. Als dat zo is, zal De Schutse dat zo vroeg mogelijk aan de cliënt bekendmaken. Samen met de cliënt wordt dan bekeken of het zinvol is de aanvraag voort te zetten.

*8.2 Crisisplaatsing*

Zoals de naam al doet vermoeden gaat het in geval van een crisisplaatsing om een dusdanig moeilijke situatie die in de huidige vorm niet langer hanteerbaar is. Een aanmelding voor crisisplaatsing verloopt dan ook in een wat andere volgorde als de reguliere plaatsing.

De Raad van Bestuur beslist in dergelijke situaties over de plaatsing en bekijkt de mogelijkheden binnen de organisatie om op een goede manier invulling te geven aan uw zorgvraag. Ook bij crisisplaatsingen wordt de zorg- en dienstverleningsovereenkomst en de identiteitsbrief ondertekend.

Na plaatsing wordt binnen het plaatsingsteam bekeken of de huidige noodoplossing ook kan dienen voor een structurele oplossing. Mocht dit niet het geval zijn, dan wordt gezocht naar een passende oplossing.

**9. Zorg- en dienstverleningsovereenkomst**

Als plaatsing te realiseren is, dan zal De Schutse een aantal zorgvoorwaarden met de cliënt doornemen. Hieronder vallen het beheer van financiën, afspraken rond dagbesteding, identiteit en andere onderwerpen. Nadat over deze zorgvoorwaarden een overeenkomst is bereikt, wordt een zorg- en dienstverleningsovereenkomst opgesteld.

De bedoeling van een zorgovereenkomst is om de rechten en plichten van de cliënt en van de organisatie voor alle betrokkenen te verhelderen. De zorg- en dienstverleningsovereenkomst wordt ondertekend door de cliënt en de organisatie. De zorgverleningsovereenkomst is een raamovereenkomst. Dat betekent dat het een overkoepelende afspraak is waaruit andere afspraken voortvloeien over bijvoorbeeld het begeleidingsplan. Ook zaken als informatievoorziening, klachten / onvrede en kosten van de zorg zijn terug te vinden in de zorg- en dienstverleningsovereenkomst.

**10. Individueel begeleidingsplan**

Nadat plaatsing een feit is krijgt elke cliënt een persoonlijk begeleider aangewezen. De persoonlijk begeleider is verantwoordelijke voor het behartigen van de belangen van de cliënt. Na plaatsing stelt de persoonlijk begeleider samen met de cliënt of diens vertegenwoordiger een individueel begeleidingsplan op waarin tot uiting komt hoe de zorg en begeleiding vormgegeven wordt, welk proces daarin de afgelopen periode is doorlopen en aan welke begeleidingsdoelen de komende periode gewerkt zal worden. Jaarlijks wordt dit plan samen met u besproken en bijgesteld. Ook wordt beoordeeld of de indicatie nog passend is, of dat een andere indicatie moet worden aangevraagd.

De Schutse maakt op deze wijze inzichtelijk hoe de zorg en begeleiding gestalte gegeven wordt. Ook wordt aangetoond aan welke doelen gewerkt wordt en in welke mate deze doelen behaald zijn.

**11. Cliëntendossier**

Per cliënt wordt een dossier aangelegd. Hierin worden alle relevante documenten, zoals de zorg- en dienstverleningsovereenkomst en het individueel begeleidingsplan, bewaard.

**12. Financiën**

De Schutse ontvangen geld via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Wanneer u in een AWBZ-instelling verblijft, betaalt de cliënt, als de cliënt ouder is dan 18 jaar, zelf ook mee aan de zorg die ontvangen wordt. Dit betreft maandelijks een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. De AWBZ-instelling verstrekt naast kost, inwoning en verzorging, ook een aantal andere producten en diensten (verstrekkingen). Een lijst van deze verstrekkingen is op te vragen bij het College voor Zorgverzekeraars (CVZ). Bij de Schutse kan de AWBZ zorg zowel in vorm van zorg in natura (ZIN) of via een persoonsgebonden budget (PGB) worden ingekocht.

Na aftrek van de eigen bijdrage van het inkomen blijft er maandelijks nog een bedrag over om te besteden. Bijvoorbeeld om dingen van te betalen die niet onder de verstrekkingen van de AWBZ instelling vallen.

Cliënten die niet bij De Schutse wonen, krijgen de deelname aan de dagactiviteiten en het vervoer van en naar huis vergoed. Deze vergoeding geldt ook voor diegenen die vanwege gemoedsbezwaren niet verzekerd zijn voor ziektekosten bij een zorgverzekering. Voor bepaalde activiteiten die niet vallen onder de AWBZ-verstrekkingen wordt een bijdrage van de cliënten gevraagd. Daarnaast storten de cliënten van de woongroepen op De Schutse per maand een bedrag in de groepskas van de betreffende woongroep. Van dit geld worden bijvoorbeeld cadeautjes gekocht bij verjaardagen van medecliënten. De groepskassen vallen onder de verantwoordelijkheid van de cliëntenraad. Jaarlijks wordt een verantwoording gegeven over de uitgaven en de begroting voor het komende jaar van de groepskassen op de familiedag.

**13. Medezeggenschap**

Sinds 1997 heeft De Schutse een cliëntenraad. Deze raad is door het bestuur ingesteld. Op De Schutse wonen tot nu toe geen cliënten die deel kunnen nemen aan de medezeggenschapsraad. De raad is daarom samengesteld uit wettelijk vertegenwoordigers van cliënten. De raad functioneert onafhankelijk van de Raad van Bestuur en heeft wettelijk erkende bevoegdheden. De Raad van Bestuur verschaft alle informatie die de cliëntenraad nodig heeft om advies uit te kunnen brengen over het beleid in De Schutse. Eén en ander is vastgelegd in de Samenwerkingsovereenkomst tussen de cliëntenraad en de Raad van Bestuur. Deze overeenkomst geeft de cliëntenraad onder andere het recht om de Raad van Bestuur -zowel gevraagd als ongevraagd- te adviseren over een groot aantal onderwerpen met betrekking tot de beleidsvorming en de beleidsuitvoering binnen De Schutse.

**14. Gedragscode**

De Schutse streeft naar een leefomgeving die voor haar cliënten zo veilig mogelijk is. Met een gedragscode wordt beoogd dat iedereen binnen De Schutse (cliënten, bezoekers en medewerkers) weet welke gedragsregels De Schutse hanteert.

**15. Cliëntenrecht**

Cliëntenrechten zijn vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WBGO). Deze wet regelt de relatie tussen cliënt en hulpverlener.

*15.1 Recht op privacy*

In een privacyreglement is vastgelegd met welke doelen en onder welke condities De Schutse persoonsgegevens verwerkt. In het privacyreglement zijn ook omschreven het recht op inzage en afschrift, het recht op aanvulling, correctie, afscherming, verwijdering van gegevens en het klachtrecht. Het privacyreglement is in te zien. Medewerkers van De Schutse hebben toegang tot de persoonsgegevens van cliënten voor zover dit noodzakelijk is voor hun taak. Medewerkers hebben een geheimhoudingsplicht tegenover derden.

Voor een goede dienstverlening is het noodzakelijk dat De Schutse deels schriftelijk en vooral een elektronisch dossier aanlegt. Dit dossier bevat uw persoons- en zorggegevens. Ook zullen daarin gegevens zijn opgenomen die met toestemming van de cliënt elders zijn opgevraagd.

Omgekeerd kunnen uit het dossier met toestemming van de cliënt persoons- en zorggegevens worden verstrekt aan andere hulpverleners binnen of buiten de instelling. Waar dit wettelijk verplicht is, verstrekt De Schutse deze gegevens aan derden.

De algemene bewaartermijn van de gegevens is vijftien jaar, maar in bepaalde gevallen kan de bewaartermijn ook langer of korter zijn. Wanneer een beroep op het vernietigingsrecht wordt gedaan, kan de bewaartermijn korter zijn.

De Schutse vindt privacy belangrijk. Daarom wordt iedereen verzocht zeer zorgvuldig met foto's om te gaan. Het zonder toestemming tonen of publiceren van foto's, video-, geluid- en filmopnamen aan derden is niet toegestaan. Dit geldt uiteraard ook voor de medewerkers van De Schutse.

*15.2 Klachtenregeling en vertrouwenspersoon*

De Schutse verleent cliënten op een professionele manier verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. Elke medewerker heeft hierin een eigen verantwoordelijkheid en dient de kwaliteit een hoge prioriteit te geven. Als cliënten niet tevreden zijn over de geboden zorg -en dienstverlening vult de medewerker in samenspraak met de cliënt een formulier in waarin het bestaande ongenoegen wordt geuit. De Schutse acht het van belang dat uitingen van onvrede zichtbaar en adequaat opgepakt worden in de organisatie. Mocht dit niet naar tevredenheid opgelost zijn, dan bestaat er ook de mogelijkheid een klacht in te dienen bij de klachtencommissie. Om ervoor te zorgen dat de klacht op een goede manier behandeld wordt en door de juiste persoon, is er in de Schutse een klachtenprocedure ontwikkeld. Een cliënt kan altijd contact opnemen met de cliëntenvertrouwenspersoon voor ondersteuning tijdens de hulpverlening of een procedure.

Alle cliënten worden aan het begin van de hulpverlening met een folder ingelicht over de klachtenprocedure. De ervaring leert dat dit soort informatie snel weer vergeten wordt. De Schutse vindt het daarom belangrijk dat de begeleiders bij evaluaties met cliënten nagaan of er ongenoegens zijn.

**16. Wet BOPZ**

In principe geeft de cliënt zelf toestemming voor de behandeling. Omdat er sprake is van een beperking is de cliënt niet altijd in staat om zijn mening kenbaar te maken. In dat geval kunnen voorschriften gelden van de Wet Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ).

Deze wet regelt de beperkingen die aan cliënten die met een BOPZ-indicatie zijn opgenomen, kunnen worden opgelegd. Alles wat met de BOPZ te maken heeft, is opgenomen in de brochure BOPZ.

Alleen in bijzondere gevallen, waar voldaan is aan de eisen van de Wet BOPZ en/of de WGBO, worden vrijheidsbeperkende middelen, maatregelen of dwang-behandeling toegepast. Hiervoor gelden strikte regels die wij in protocollen hebben vastgelegd en die ook in te zien zijn op de website van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ([www.minvws.nl](file:///C:\Documents%20and%20Settings\Eigenaar\Local%20Settings\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\IR232JWV\redirect.asp%3fhrefid=%7b7B6CA54A-B69F-4D55-A125-EA69692D23BD%7d) onder 'wetten en regels/BOPZ').

## Implementatie volgens Carla Vlaskamp

Wanneer een methode of methodiek geïmplementeerd wordt, moeten er verschillende stappen ondernomen worden, namelijk:

1. De voorbereidingsfase
   1. Opstellen van organisatieprofiel
   2. Rapportage aan het management
   3. Formeel besluit
   4. Opstellen van een implementatieplan
   5. Bespreken implementatieplan met het management
   6. Instellen van een projectteam
   7. Scholing projectleden
   8. Informatiebijeenkomst voor ouders en begeleiders
2. Implementatiefase
3. Borgingsfase

### 10.1.1 De voorbereidingsfase

#### 1. Opstellen van organisatieprofiel

Het is in de eerste plaats belangrijk om na te gaan wie er bij de implementatie betrokken zijn of daardoor beïnvloed worden. Daarnaast is het belangrijk om te weten welke doelen, belangen en verwachtingen er spelen en welke knelpunten er bestaan. Het is belangrijk dat er ook overeenstemming is over die knelpunten, dat de medewerkers binnen de organisatie daar hetzelfde over denken.

#### - Analyse belanghebbende

Wie zijn er betrokken?

Dit zijn niet alleen groepsbegeleiders en activiteitenbegeleiders maar ook locatiemanagers, clustermanagers, managementteam, therapeuten, invalkrachten, pedagogen, psychologen, artsen, maatschappelijk werkende, ouders, cliëntenraad en zelfs medewerkers van het secretariaat of van de technische dienst enzovoort, krijgen met de implementatie te maken. Vooral de ouders, cliënten- en bewonersraden kunnen voor draagvlak zorgen en speelruimte creëren als het implementeren eventjes niet zo soepel verloopt. Het is daarom belangrijk iedereen goed te informeren. Als dit niet gebeurd of als er mensen over het hoofd worden gezien levert dit vaak frustraties op. Als er geen betrokkenheid gecreëerd wordt kan dit weerstand oproepen. Daarnaast kunnen ze het als een bedreiging voor hun zelfstandigheid ervaren.

Welke doelen, belangen en verwachtingen zijn er?

Om draagvlak te creëren is het belangrijk om de doelen, belangen en verwachtingen die er zijn bij de betrokkenen te inventariseren. Die zullen bij alle verschillende betrokkene heel verschillend zijn. Het is belangrijk om te realiseren dat ook niet alle belangen en verwachtingen te achterhalen zijn. Maar het is vooral belangrijk om voor een groot deel te weten wat er speelt en leeft onder de medewerkers en dat men open staat voor deze signalen. Verwachtingen zijn te achterhalen door voorlichtingsbesprekingen te organiseren en deel te nemen aan de teambesprekingen. Ook kunnen medewerkers die binnen een bepaald team een sleutelrol vervullen aangesproken worden. Deze mensen horen en weten veel van wat er binnen de organisatie speelt en kunnen je dus veel informatie geven.

Welke knelpunten bestaan er?

Verwachtingen hangen voor een groot deel samen met de knelpunten die medewerkers in de dagelijkse praktijk ervaren. Met een knelpuntenanalyse kun je achterhalen welke problemen de implementatie vooral moet aanpakkeen. De belangrijkste vraag hierbij is of de verwachtingen realistisch zijn. Indien je vooraf de knelpunten weet, kun je aangeven of het invoeren van het programma ook daadwerkelijk een oplossing biedt voor het ervaren probleem.

#### - In kaart brengen van de huidige situatie

Analyse van de visie en ondersteuningsdoelen

Bij deze analyse gaat het erom om de huidige werkwijze van de organisatie in kaart te brengen. Het gaat om de doelen die gehanteerd worden binnen de organisatie en die betrekking hebben op de richting en inhoud van de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking. Je wilt er immers achter komen in welke mate de inhoudelijke (normatieve) uitgangspunten van het programma aansluiten bij de bestaande praktijk. De analyse geeft een beschrijving van de dagelijkse praktijk waarin de zorg plaatsvindt. Het geeft inzicht in de normen die worden nagestreefd en de wijze waarop deze worden gerealiseerd. Ook wordt inzichtelijk gemaakt of er samenhang bestaat tussen de verschillende niveaus en onderdelen van een organisatie en de doelen die medewerkers nastreven.

Hoe wordt het nieuwe programma ervaren

De mening die medewerkers hebben over de kenmerken van methodes en methodieken, beïnvloedt de voortgang van de implementatie. Medewerkers zetten zich minder in voor een programma waarvan gedacht wordt dat het niet zoveel voordelen zal opleveren in vergelijking met de bestaande manier van werken. Maar voor een programma waarvan veel verwacht wordt, zal men extra veel moeite willen doen. Alleen het implementeren van een programma waarvan medewerkers hele hoge verwachtingen hebben, mislukt als deze verwachtingen niet realistisch zijn.

Bevorderende en belemmerende factoren

De selectie van belangrijke factoren hangt samen met de kenmerken van de methode en methodieken die geïmplementeerd worden. Het is dus van belang zicht te krijgen op factoren die het implementatieproces beïnvloeden: in welk mate, wanneer en in welke richting (positief of negatief) beïnvloeden zij het implementatieproces. vijf omgevingsfactoren die daarbij van belang zijn, zijn: kenmerken van de doelgroep, kenmerken van de medewerkers, organisatiekenmerken, personeelswisselingen en concurrerende programma’s. Natuurlijk zijn er dan binnen je eigen organisatie nog allerlei factoren waarvan je denkt dat die het proces beïnvloeden, daarvan is het van belang dat je ze op dezelfde manier in kaart brengen.

#### - Conclusie en aanbevelingen omtrent implementatie

Vanuit alles wat door voorgaande punten beschreven wordt, kunnen vervolgens conclusies getrokken worden. Op basis van die conclusies moeten dan vervolgens aanbevelingen geformuleerd worden.

#### 2. Rapportage aan het management

Er dient gerapporteerd te worden over het organisatieprofiel, zoals deze beschreven is. Naast het ‘organisatieprofiel’ is het van belang dat ook het doel van de implementatie wordt aangegeven. Daarbij zijn een aantal punten van belang, namelijk: wat er geïmplementeerd moet worden, op welke doelgroepen er geïmplementeerd wordt, SMART geformuleerde doelen per implementatiefase en de concrete veranderingen en hoe de medewerkers betrokken worden in het formuleren en uitvoren van de te bereiken veranderingen.

#### 3. Formeel besluit

Dit besluit vraagt toch een behoorlijke kennis van methodes en methodieken daarom kunnen organisaties besluiten voorafgaand aan deze besluitvorming een introductiecursus te volgen. Dit besluit moet genomen worden door het management in een gezamenlijk overleg met afgevaardigden van verschillende betrokken disciplines. In dit besluit moet helder worden dát men met deze methode/methodieken en waarom.

#### 4. Opstellen van een implementatieplan

Wanneer dit besluit genomen wordt, moet er een concreet plan van aanpak geformuleerd worden. Daar behoort in te staan wie wat doet, wanneer en waarom, daarnaast behoort er ook duidelijk verwoord te staan wie waarvoor verantwoordelijk is. Ook moet er beschreven worden wat op welke momenten geëvalueerd gaat worden.

#### 5. Bespreken implementatieplan met het management

Vervolgens moet nadrukkelijk bij het plan (en de kosten) worden stilgestaan. Het moet vooraf duidelijk zijn waaraan men begint en wat het implementeren van methodes en methodieken met zich meebrengt. Het onderscheid tussen eenmalige, veelal extra, investeringen en structurele investeringen dient duidelijk te zijn. De implementatie kan pas starten voordat het plan akkoord wordt bevonden en er vanuit het management een inspanningsverplichting wordt afgegeven om het implementatieproces zo goed mogelijk te ondersteunen.

#### 6. Instellen van een projectteam

Dit team is belast met de toezicht en controle op de ondersteuning. Het team bepaalt van tevoren wie waarvoor verantwoordelijk is, begeleidt de verschillende disciplines bij het opstelen van werkdoelen en zorgt voor afstemming tussen deze doelen.

#### 7. Scholing projectleden

De projectleden worden geschoold in de toepassing van het programma ook kan men zich gaan oriënteren in organisaties waar het programma al is toegepast.

#### 8. Informatiebijeenkomst voor ouders en begeleiders

Voor deze bijeenkomst moeten alle betrokkenen worden uitgenodigd. Ook de cliëntenvertegenwoordigers en ouders moeten hierbij niet vergeten worden. Na deze bijeenkomst besluiten alle betrokkenen gezamenlijk of ze met het programma willen gaan werken.

### 10.1.2 Implementatiefase

In deze fase worden kennis en vaardigheden overgedragen over het de nieuwe methode/methodieken. Scholing is in deze fase erg belangrijk. De vorm en de inhoud hiervan wordt voor een groot deel bepaald door de informatie die uit het organisatieprofiel naar voren komt. In deze fase oefenen medewerkers met de nieuwe methode/methodieken en krijgen hierbij ondersteuning.

### 10.1.3 Borgingsfase

In deze fase wordt het geleerde in praktijk gebracht. Problemen die daarbij ontstaan worden door adviezen en ondersteuning van de leden van het projectteam zo snel mogelijk ondervangen. In deze fase wordt inzicht verkregen in aspecten van de omgeving die van invloed kunnen zijn op het blijven werken met het programma. Ook in deze fase moet rekening gehouden worden met bijvoorbeeld weerstand, tegenvallers en praktische randvoorwaarden. Het is belangrijk dat er in deze fase nog ruimte is voor bijscholings- en opfriscursussen.

### 10.1.4 De tien gouden tips

Vlaskamp formuleert vanuit de ervaring die zij heeft met het implementeren van de Vlaskamp methode de volgende tien gouden tips:

1. Neem gezamenlijk het bestluit tot de gewenste verandering;
2. Betrek zoveel mogelijk mensen bij de implementatie;
3. Informeer alle betrokkenen steeds op dezelfde manier;
4. Stel vooraf een implementatieplan op;
5. Zorg voor voldoende middelen;
6. Zorg voor voldoende mensen die over de noodzakelijke vaardigheiden beschikken;
7. Voorkom het Not-Invented-Here syndroom (Mensen worden alleen enthousiast over ideeën die ze zelf hebben bedacht);
8. Evalueer en stel op vaste tijdstippen bij;
9. Maak de projectresultaten bekend;
10. Houdt concurrentie van andere projecten in de gaten.

1. We beseffen dat de begeleiders binnen De Schutse zowel een verpleegkundige als sociaal agogisch achtergrond hebben. Toch geldt het thema afstand en nabijheid zowel voor verpleegkundig personeel als voor sociaal agogisch personeel. [↑](#footnote-ref-1)
2. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. [↑](#footnote-ref-2)
3. In bijlage E vindt u een samenvatting van de literatuurstudie die gedaan is naar deze methode. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zie bijlage L. [↑](#footnote-ref-4)
5. De lijsten GTI, IPZ en LAS zijn te bestellen. Op de site <http://www.opvoedingsprogramma.nl/> vindt u hier meer informatie over. [↑](#footnote-ref-5)
6. Zie bijlage B [↑](#footnote-ref-6)
7. Zie bijlage B [↑](#footnote-ref-7)
8. Dit document is te vinden in bijlage F. [↑](#footnote-ref-8)
9. Zie bijlage C. [↑](#footnote-ref-9)
10. Zie bijlage A. [↑](#footnote-ref-10)
11. Zie bijlage C. [↑](#footnote-ref-11)
12. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland [↑](#footnote-ref-12)
13. Abraham Maslow onderscheidt vijf behoeftenniveau’s in menselijk gedrag: primaire biologische behoefte, bestaanszekerheid, sociale behoefte, erkenning en zelfontwikkeling. [↑](#footnote-ref-13)
14. De kwaliteit van de gehandicaptenzorg wordt primair afgemeten aan de mate waarin deze bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Schalock en Verdugo (2002) onderscheiden acht domeinen die relevant zijn voor iemands kwaliteit van bestaan, namelijk: Lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welzijn, zelfbepaling en belangen en rechten. [↑](#footnote-ref-14)
15. cursief: initiatiefnemer [↑](#footnote-ref-15)
16. cursief: initiatiefnemer [↑](#footnote-ref-16)
17. cursief: initiatiefnemer [↑](#footnote-ref-17)
18. cursief: initiatiefnemer [↑](#footnote-ref-18)
19. Met cliënt wordt bedoeld: een bewoner, logé of deelnemer van De Schutse [↑](#footnote-ref-19)