

NOTA

Datum: januari 2020
Eigenaar: Pedagogen
Onderwerp: Pedagogisch concept

I. MISSIE

Monnikenheide-Spectrum wil uitmunten in warme en professionele dienstverlening aan personen met een verstandelijke beperking en hun gezin.

Uitmunten: We kiezen voor kwaliteit en zoeken daarom voortdurend naar vernieuwing en verbetering.

Warm: We werken voor en met mensen. Vanuit een inlevende grondhouding zorgen we voor een onthaltende en betrokken sfeer die alle medewerkers uitdragen.

Professioneel: We organiseren ons goed. We zetten alle middelen efficiënt in waardoor we meer en beter kunnen doen.

Personen met een verstandelijke beperking en hun gezin: We betrekken het gezin en het netwerk van elke cliënt bij het uitwerken van de dienstverlening. Elke partner wordt erkend in zijn essentiële rol. Het pedagogisch concept vormt de leidraad en het inhoudelijke kader waarbinnen we de missie realiseren.

II. INLEIDING

De zorg voor personen met een verstandelijke handicap is voortdurend in evolutie. In de beginfase van Monnikenheide-Spectrum was de zorg vooral geconcentreerd op de begrippen integratie, normalisatie en personalisatie. Geleidelijk geschiedden er een aantal accentverschuivingen in de zorg. Het zelf kiezen, het burgerschapsmodel, zorg op maat en de kwaliteit van leven van onze cliënten¹ zijn elementen die stilaan meer en meer aan bod komen in onze zorg. Het is enorm waardevol dat deze nieuwe thema's en modellen gecentraliseerd en geconcretiseerd worden in een pedagogisch concept.

Het pedagogisch concept zegt niet hoe de missie in detail gerealiseerd wordt en hoe er gewerkt zal worden op Monnikenheide-Spectrum. Het geeft enkel de richting aan waarin we willen evolueren. Het pedagogisch concept is als een goede, betrouwbare leidsman, die ons op het rechte spoor moet zetten en houden. Het is een leidsman die (over de verschillende entiteiten heen) bewaakt dat we allen vanuit dezelfde visie en houding werken.

Binnen het pedagogisch concept onderscheiden we (voorlopig) 3 delen.

Het eerste deel geeft de doelstellingen weer.

Het tweede deel beschrijft de visie van Monnikenheide-Spectrum op personen met een handicap. Het derde deel betreft het eigenlijke pedagogische concept met verduidelijking van de begrippen.

¹ We noemen onze gasten en bewoners cliënten omdat we willen benadrukken dat we hen beschouwen als volwaardige burgers en dus ook als cliënten van onze zorgverlening.

III. DOELSTELLINGEN VAN HET PEDAGOGISCH CONCEPT

1. Duidelijkheid scheppen voor alle personeelsgroepen over de visie, waarin de missie is ingebed, teneinde een congruentie te bereiken in het handelen van de hele personeelsgroep (niet enkel het pedagogisch personeel, maar ook alle ondersteunende diensten).
D.w.z. dat niet ieder op dezelfde manier moet handelen, maar wel in dezelfde richting moet evolueren, vanuit éénzelfde visie moet werken.
Om methodisch te kunnen werken zijn er globale richtlijnen voor het handelen, waarover in grote lijnen overeenstemming bestaat, nodig. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op een visie, een kijk op mens-zijn, een kijk op personen met een handicap (Gielis, 1978).
2. Kader vormen waarbinnen autonoom handelen mogelijk is.
3. Duidelijke visie formuleren naar de buitenwereld toe: het relatienetwerk van de cliënten, de andere voorzieningen, de overheid, enz. We willen het pedagogisch concept ook vertalen naar de cliënten en hun sociaal netwerk t.b.v. een duidelijke profilering van Monnikenheide-Spectrum.
4. Expliciteren van de link tussen het pedagogisch concept (visie) en de kwaliteitszorg.
De missie is de bestaansreden van Monnikenheide-Spectrum, die geconcretiseerd wordt in doelstellingen, kritische succesfactoren en acties.
De visie/ het pedagogisch concept geeft weer vanuit welk theoretisch model/gedachtengoed de missie waargemaakt wordt m.a.w. de visie voedt de missie. De visie geeft inhoud aan de missie, aan de doelstellingen, aan de kritische succesfactoren² en het kwaliteitsplan³.

IV. VISIE OP VERSTANDELIJKE HANDICAP

De afgelopen twintig jaren heeft de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap tweemaal een grondige verandering ondergaan.

Tot 1970 was **het medisch model** het meest gangbare en ging men ervan uit dat mensen met een verstandelijke handicap zieke, kwetsbare mensen waren die beschermd moesten worden. Die bescherming kon het best gebeuren in instituten, die opgezet werden als een soort ziekenhuis waarbij de gehandicapten *verzorgd* werden. De kern van het medisch model is dat de persoon met een verstandelijke handicap problemen heeft in het dagelijkse functioneren als gevolg van erfelijke factoren of van beschadigingen van het organisme voor, tijdens of na de geboorte.

Eerste verandering: jaren zeventig

De eerste verandering, die in de jaren 70 plaatsvond, werd ingeleid door kritiek op het medisch model.

De inhoud van de verandering bestond hierin dat de persoon met een verstandelijke handicap niet meer werd opgevat als patiënt, maar als een 'leerling'. Dat wil zeggen iemand met mogelijkheden die kunnen worden *ontwikkeld* door leren (**het ontwikkelingsmodel**).

Omdat de persoon met een verstandelijke handicap een gewoon mens is, moeten ook de leefomstandigheden en de leefpatronen zo gewoon mogelijk zijn. De leefsituaties moeten alleen aangepast worden voor zover dat dat nodig is. Het criterium voor de zorg was toen normalisatie.

Tweede verandering: jaren negentig

In de jaren negentig ging men inzien dat een handicap niet enkel het gevolg is van beschadigingen of beperkingen, maar ook van maatschappelijke waarden en normen. Dat een handicap met andere woorden een maatschappelijk probleem is. De oplossing van het probleem moet primair in de samenleving gezocht worden. Mensen met een handicap moeten in de eerste plaats *ondersteund* worden om een volwaardige plaats in de samenleving te krijgen ondanks de persoonlijke beperkingen en fysieke problemen (**het burgerschapsmodel**).

Deze genoemde veranderingen kunnen als volgt in een schema gezet worden. (Van Genneep, 1998)

² De kritische succesfactoren zijn de voorwaarden, die noodzakelijk zijn om de doelstellingen te kunnen realiseren.

³ Het kwaliteitsplan omvat het kwaliteitsprogramma voor de komende jaren i.f.v. het kwaliteitsbeleid.



Schema:

Model	visie op verst. bep.	persoon	begeleiding	structuren	beleid/ doel
medisch model	ziekte/ stoornis	patiënt	verzorgen/ behandelen	instituten	segregatie
ontwikkelings- model	beperking	leerling	ontwikkelen/ trainen	speciale voorzieningen	normalisatie
burgerschaps- model	handicap	burger	ondersteunen	gewone voorzieningen	emancipatie/ integratie

V. BOUWSTENEN VAN HET PEDAGOGISCH CONCEPT

Kernachtig kan het pedagogisch concept in volgende zinnen weergegeven worden:

**Vertrekkende vanuit een ortho(ped)agogische begeleiding wil Monnikenheide-Spectrum samen met de personen met een handicap werken aan hun integratie en emancipatie.
De begeleiding gebeurt planmatig en wordt getoetst aan het criterium 'kwaliteit van leven'.**

Om dit pedagogisch concept te kunnen realiseren en garanderen, doet Monnikenheide-Spectrum beroep op **gemotiveerd en gekwalificeerd personeel**.

We lichten de verschillende elementen van het pedagogisch concept nader toe:

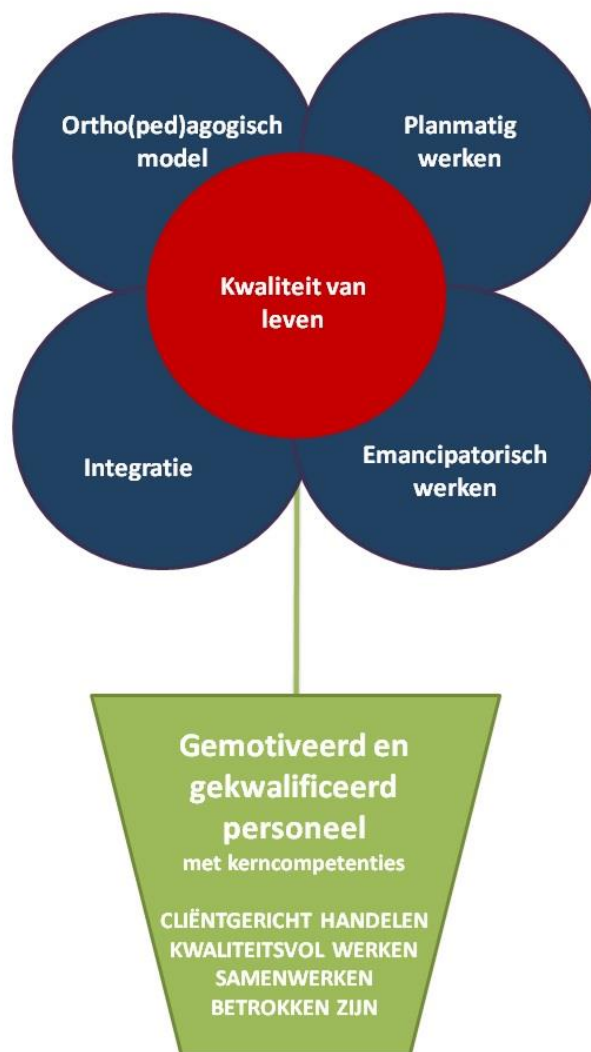
- 'vertrekkende vanuit een ortho(ped)agogische begeleiding' verwijst naar de aard van de relatie tussen begeleider en persoon met een handicap (punt 2)
- 'samen met personen met een handicap' verwijst naar de emancipatorische benadering (punt 5)
- 'aan hun integratie en emancipatie' verwijst naar het maatschappelijk model van integratie en emancipatie (punt 3 en 5)
- 'planmatige begeleiding' verwijst naar het planmatig werken (punt 6)
- 'het criterium kwaliteit van leven' verwijst naar model van kwaliteit van leven (punt 4)

Zo komen we tot de 6 bouwstenen:

- gemotiveerd en gekwalificeerd personeel (1)
- ortho(ped)agogisch model (2)
- het maatschappelijke model van integratie (3)
- model van kwaliteit van leven (4)
- emancipatorisch gedachtegoed (5)
- de methode van het planmatig werken (6)

Deze 6 bouwstenen hebben linken met elkaar, maar hebben ook elk een specifieke inhoud. Schematisch kunnen we het pedagogisch concept voorstellen als een bloem. Vier bouwstenen vormen de blaadjes van de bloem die rond het hart - de kern van de zaak - 'kwaliteit van leven' staan. De bloem kan groeien dankzij de grond en haar wortels, het gemotiveerd en gekwalificeerd personeel.





1. Gemotiveerd en gekwalificeerd personeel

Voor alle personeelsleden stellen we **samenwerken, betrokkenheid, cliëntgericht handelen en kwaliteitsvol werken** als kerncompetenties voorop.

We geloven in de groeimogelijkheden van alle medewerkers. D.m.v. coaching bespreken we competenties van medewerkers. Om de kwaliteit van ieders werk permanent te verhogen, stellen we een persoonlijk ontwikkelingsplan op voor elke medewerker.

SAMENWERKEN - Met een open en respectvolle communicatie en inzet van ieders kwaliteiten werken aan een gezamenlijk doel.

BETROKKEN ZIJN - Vanuit een empathische grondhouding levert ieder zijn bijdrage tot een onthalande en betrokken sfeer.

CLIËNTGERICHT HANDELEN - Zorgzaam, vraaggericht en respectvol handelen met elke individuele cliënt en zijn netwerk.

KWALITEITSVOL WERKEN - Kritisch zijn t.a.v. de eigen job en afvragen waarin je kunt verbeteren of vernieuwen om je deskundigheid te behouden of te optimaliseren.

Voor meer info over dit thema verwijzen we naar het kwaliteitshandboek, 'Het ondersteunen en evalueren van personeel'.



2. Ortho(ped)agogisch model: aard van de relatie tussen begeleider 4 en persoon met een handicap

In Monnikenheide-Spectrum wordt onder meer uitgegaan van de visie van Kok (1988) op opvoeden.

Kok beschouwt de opvoeding als het in relatie staan van een zorgverlener en een cliënt waarin de eerste zich als persoon in zijn wijze van mens-zijn presenteert, een klimaat creëert dat de persoonlijke groei bevordert en de leefsituatie zo hanteert dat deze optimale kansen tot zelfontplooiing biedt. (Kok, 1988)

(Dit dynamisch proces heeft een functioneel karakter, tegelijkertijd is het complementair en circulair. Complementair wil zeggen dat de begeleider en de persoon met een handicap in gelijke mate bijdragen aan het proces en mekaar daarin veronderstellen. Met de term circulair wordt bedoeld dat beide betrokkenen voor een groot stuk door het aandeel van de ander in wederzijdse relatie worden beïnvloed. Doorheen het begeleidingsproces krijgt de persoon met een handicap ontwikkelingskansen en realiseert de zorgverlener zich als begeleider.)

Acceptatie, houvast en ruimte

In Monnikenheide-Spectrum gaan we er van uit dat de omgang met personen met een handicap moet steunen op drie fundamentele pijlers: acceptatie, houvast en ruimte.

Acceptatie of aanvaarding verwijst naar geborgenheid, respect, aandacht, waardering, het gevoel 'ik ben de moeite waard' en 'ik mag zijn wie ik ben'.

Acceptatie betekent niet verwenning.

Houvast verwijst naar veiligheid, duidelijkheid, voorspelbaarheid, herkenbaarheid, heldere communicatie, duidelijke afspraken.

Houvast betekent niet autoritair leiden, sturen, controleren, betuttelen, onnodig beschermen.

Ruimte verwijst naar zelfstandigheid, gelijkwaardigheid, loslaten, leren uit fouten, greep hebben op je eigen leven, invloed hebben op je omgeving. Ruimte betekent niet: een laissez-faire houding, laat maar waaien, gebrek aan betrokkenheid, onthouden van ondersteuning, mensen stuurloos achterlaten (Bosch, 1994).

Deze drie peilers zijn in elke begeleiding terug te vinden, maar de mate waarin de peilers aanwezig zijn, is persoonsgebonden: de ene persoon heeft meer ruimte nodig, de andere persoon meer houvast, enz.

De begeleider als coach

In het verleden werd de ortho(ped)agogische relatie vooral gezien als een **relatie van** zorgverlener **naar** gehandicapte persoon.

Nu leggen we binnen Monnikenheide-Spectrum de nadruk op het **wederzijdse karakter van de relatie tussen gelijkwaardige personen**.

De begeleider treedt op als **coach**. Een coach is iemand, die vanuit gelijkwaardigheid, het beste in de mensen naar boven haalt. Een coach dient aan 10 criteria te voldoen: een goede coach is duidelijk, geeft een onvoorwaardelijk vertrouwen, stelt zich ondersteunend op, geeft mensen de kans om fouten te maken en te leren van hun fouten, geeft mensen perspectief, heeft geduld en tijd, is betrokken op de cliënt, is te vertrouwen, presenteert zich als partner en heeft een onvoorwaardelijk respect voor de ander (Schreyogg).

Begeleiden omvat de betekenissen van de begrippen leiden en geleiden.

Leiden

Als men iemand leidt, neemt men bij wijze van spreken het stuur over. De leider is diegene, die vertelt wat er moet gebeuren en hoe het moet gebeuren. Diegene, die leiding krijgt, volgt de leider.

Geleiden

Geleiden is de ander voorgaan, de weg wijzen in de richting, die de ander voorheeft. Geleiden is ook beschermen, ondersteunen waar de ander het nodig heeft, zonder daarbij de verantwoordelijkheid over te nemen. Degene, die geleidt, voegt zich naar de wil van diegenen, die geleiding nodig heeft, want de laatste bepaalt zelf zijn reisdoel.

Begeleiden

Begeleiden betekent: vergezellen, samen optrekken, ondersteunen. Het samen op weg zijn, terzijde staan zonder aan de zelfstandigheid van de ander afbreuk te doen. Begeleiden is een proces. Daarbij is er sprake van interactie tussen tenminste 2 personen waarin steeds leiden en geleiden voorkomen.

⁴ Met begeleider bedoelen we niet alleen de opvoeder, maar iedere medewerker, die in relatie staat tot de persoon met een handicap.



De inzet bij begeleiden is dat de cliënt zijn eigen doelen stelt en dat er door begeleider en cliënt samen voorwaarden gecreëerd worden om deze te bereiken. Als problemen op de voorgrond staan, zal de begeleider soms verantwoordelijkheden tijdelijk overnemen (leiden), zodanig dat daarna voor de cliënt ruimte kan ontstaan om zelf verantwoordelijk te zijn en eigen doelen na te streven. Dan staat de begeleider weer naast de cliënt om deze te ondersteunen bij de verwezenlijking van zijn doelen (geleiden).

De cliënt en de begeleider kunnen over de doelen, de te zetten stappen en de mate van ondersteuning van mening verschillen. Dan kan **onderhandeling** nodig zijn. Onderhandelen wil niet zeggen dat de begeleider in alles wat de cliënt wil, mee moet gaan. Evenzo behoeft de cliënt niet mee te gaan in wat de begeleider wil. **In onderhandeling stellen beide partijen in gelijkwaardigheid hun grenzen vast.** Vanuit zijn professionele deskundigheid kan de begeleider zaken signaleren die een goed functioneren van de cliënt in de weg staan. In de onderhandeling worden de zorgen daarover ingebracht.

Ieder begeleider neemt soms de verantwoordelijkheden van cliënten over. Het is belangrijk dat de begeleider zijn interventies in dit op zich herkent en expliciet maakt zodat steeds duidelijk is welke positie de begeleider inneemt: geleiden of leiden.

Van den Berg spreekt over 'gedoseerde verantwoordelijkheid': de begeleider geeft de cliënt de verantwoordelijkheid, die hij aankan waarbij hij er naar streeft om gedurende het begeleidingsproces steeds meer verantwoordelijkheden toe te kennen. (Handboek ondersteuningsmethodiek)

Het moment waarop de begeleider ongevraagd ingrijpt in het leven van de cliënt verliest hij de cliënt als legitimering voor zijn handelen. Op dit moment moet de begeleider kunnen verantwoorden waarom zijn keuzen prevaleren boven die van de cliënt. Dit betekent dat de begeleider aan zichzelf verantwoording aflegt, maar vooral ook dat hij zijn handelwijze laat toetsen door de cliënt, de beroepsgroep of de publieke opinie.

3. Het maatschappelijke model van integratie

Monnikenheide-Spectrum wil samen met de personen met een handicap werken aan hun **integratie**.

Integratie is een middel om een eigen, gewaardeerde en hanteerbare plaats in de samenleving te verwerven (Ter Horst, 1977).

Integratie is het wederzijds proces van ingroeien en aanvaarden dat tussen de gehandicapte persoon en de gemeenschap moet plaatsvinden. Van beide partijen worden bijgevolg inspanningen verwacht (Van Wallegghem, 1984).

Aangezien integratie een wederzijds proces is, dient de begeleiding zich op beide polen te richten. Enerzijds kan zij actief zijn bij de voorbereiding en de begeleiding van de integratie van de persoon met een handicap. Anderzijds dient zij inspanningen te leveren om de gemeenschap gevoeliger te maken voor de aanwezigheid van de persoon met een handicap. (Wolfensberger, 1972; Van Wallegghem, 1984)

Binnen Monnikenheide-Spectrum gaan we nog een stap verder en willen we de samenleving aanzetten tot **inclusie**. Dit wil zeggen dat we er van uitgaan dat elke mens (ook deze met een handicap) sowieso tot de gemeenschap behoort.

(Het verschil met integratie is het volgende: waar **integratie** wijst op het uitnodigen en 'binnenhalen' van mensen, die anders zijn en zich daarom buiten of aan de rand van de samenleving bevinden, vertrekt **inclusie** van het idee dat de personen met een handicap in de eerste plaats burgers zijn en bijgevolg behoren tot de samenleving.

Integratie legt m.a.w. de nadruk op de extra maatregelen die nodig zijn om gehandicapten aan te passen aan een systeem dat grotendeels ongewijzigd blijft. Het doel van inclusie daarentegen is ook het systeem herstructureren om aldus tegemoet te komen aan de noden van alle burgers.)

4. Kwaliteit van leven

In Monnikenheide-Spectrum streven we er naar dat de personen met een handicap gelukkig zijn met het leven dat zij leiden en een algemeen gevoel van welbevinden ervaren.

De kwaliteit van leven van de cliënten vormt het criterium waaraan de begeleiding in Monnikenheide-Spectrum getoetst dient te worden.



De levenskwaliteit wordt bepaald door zowel objectieve als subjectieve aspecten (Janssen et al., 1995). Het model van 'kwaliteit van leven' impliceert dat de begeleiding niet alleen aan objectieve normen dient afgemeten te worden, maar tevens vanuit het perspectief van de gehandicapte persoon zelf (= subjectieve normen). Wat voor de ene persoon bevredigend is, hoeft dit niet voor de andere te zijn. De begeleiding dient vanuit deze optiek vooral rekening te houden met de wensen en de keuzen van de betrokkenen zelf (Van Genneep, 1997).

De kwaliteit van de zorg zal toenemen als er meer kennis is over en beter aangesloten wordt bij datgene wat de gehandicapte persoon zelf het belangrijkste vindt in zijn leven. Dit kunnen we te weten komen door de cliënten emancipatorisch te benaderen.

Sommigen wijzen erop dat de kwaliteit van het bestaan moet omschreven worden als de tevredenheid met het eigen bestaan (welbevinden). Dit is een heel persoonlijke (subjectieve) kwestie. Iemand kan heel tevreden zijn met zijn bestaan terwijl iemand anders helemaal niet tevreden zou zijn als hij datzelfde bestaan zou leiden.

Anderen wijzen erop dat tevredenheid met het eigen bestaan verband houdt met het waargenomen bestaan van anderen. (BV. ieder eigen woning → ontevredenheid bij geen eigen woning). Het eigen bestaan wordt dus vergeleken met het bestaan van anderen in de samenleving. De tevredenheid van het bestaan is dus niet louter een persoonlijke kwestie.

Kwaliteit van leven is de som van de verhouding individuele kenmerken en omgevingskenmerken, de objectieve criteria van kwaliteit van leven en de subjectieve criteria van kwaliteit van leven.

Verhouding individuele kenmerken en omgevingskenmerken

Een verstandelijke handicap is geen kenmerk van een persoon, maar het resultaat van een conflict tussen kenmerken van een persoon en verwachtingen/eisen van een omgeving (In de ene omgeving kan men 'meer mentaal gehandicapt' zijn dan in een andere).

Praktisch heeft deze visie een enorme consequentie op onze diagnostiek. Er zal een actieve, dynamische diagnostiek nodig zijn. De verschillende partners in een context zullen nauw verbonden zijn bij de diagnosestelling (zie ook: planmatige zorgverlening).

Objectieve criteria van kwaliteit van leven

Een aantal auteurs hebben een aantal universele criteria van kwaliteit van leven opgesomd.

Eén van die auteurs is Felce (Felce, 1995). We hebben zijn criteria deels geïntegreerd in onze handelingsplan-besprekingen.

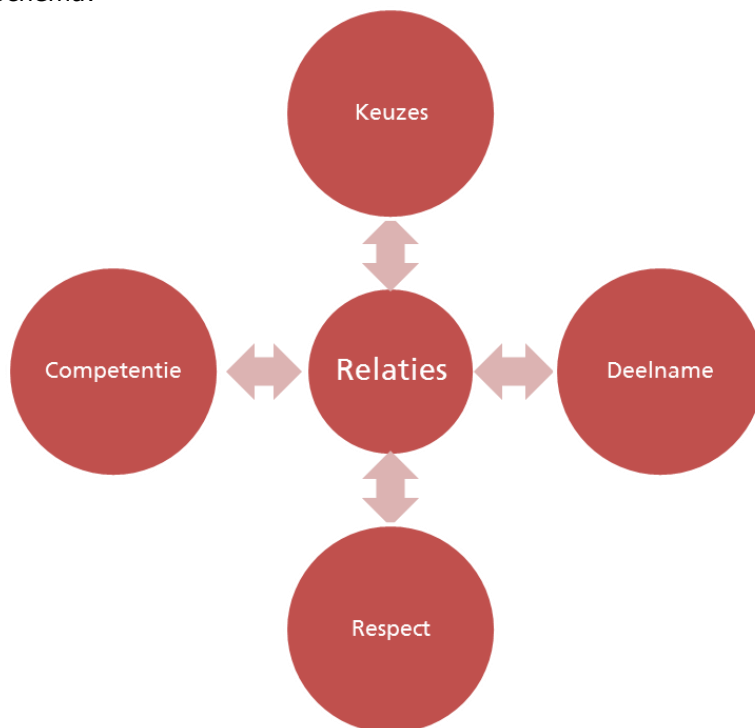
Subjectieve criteria van kwaliteit van leven

Centrale thema's in het leven van eenieder (zowel voor personen met een handicap als voor personen zonder een handicap) zijn relaties, keuzen, deelname, respect en competentie.

Deze thema's zijn universeel, maar de inhoud die eraan gegeven wordt, is zeer subjectief.



Schema:



Op de vraag wat ieder van ons belangrijk vindt in het leven zal iedereen ongeveer het volgende antwoorden: kinderen hebben, een leuke partner, familie, vrienden, bevestiging van anderen, plezier hebben, enzovoort.

Stellen we die vraag aan mensen met een verstandelijke handicap, dan zullen we dezelfde antwoorden krijgen. Mensen met een handicap, die niet in staat zijn te spreken, gaan dit via hun gedrag uitdrukken.

In onze begeleiding op Monnikenheide-Spectrum willen we bijzondere aandacht schenken aan deze thema's.

Relaties staan centraal in dit schema. Menswording is immers een interactioneel gebeuren; we worden maar iemand in relatie met anderen. Mensen met een verstandelijke handicap hebben meestal maar een beperkt aantal relaties en deze relaties beperken zich vaak tot de professionals.

Keuzen verwijst naar vrijheid. Wij vinden het vanzelfsprekend dat we zelf beslissingen nemen. We willen onze cliënten ook begeleiden en leren zelf keuzen te maken.

Deelname verwijst naar 'het er bij horen'. Iedere persoon behoort tot een aantal netwerken. In Monnikenheide-Spectrum willen we trachten de netwerken van onze cliënten kwantitatief en kwalitatief uit te breiden.

Competentie verwijst naar vaardigheden. We staan stil bij de sterke kanten van onze cliënten en we trachten deze samen met hen uit te breiden.

Respect: in onze samenleving worden personen met een handicap niet altijd gerespecteerd. Via het werken aan de sterke kanten van onze cliënten en via het stimuleren van hun zelfexploratie willen we een bijdrage leveren aan de positieve beeldvorming van onze cliënten zowel binnen de voorziening als in de samenleving.

5. Emancipatorische benadering

Binnen Monnikenheide-Spectrum willen we de cliënten op een emancipatorische wijze benaderen d.w.z. dat we mensen met een handicap ondersteunen bij het zelf in handen nemen van hun leven door middel van bewustwordings-, keuze- en veranderingsprocessen. We willen onszelf behoeden voor de gevaren van betutteling, bevoogding, overbescherming en het over één kam scheren van mensen. We zullen personen met een handicap ondersteunen om zich als het ware los te maken van de afhankelijkheid, die inherent is aan de hulpverlening. Deze autonomie kunnen zij slechts verwerven door te ervaren dat zij zelf invloed hebben op wat er in hun leven gebeurt en door eigen keuzen en beslissingen te kunnen nemen, los van externe beïnvloeding (Wehmeyer, 1994).



We willen de cliënten voldoende kansen geven om zelf hun leven in te vullen volgens eigen interesses. Ze moeten de kans krijgen om te experimenteren, risico's te nemen en te leren uit fouten en mislukkingen.

We willen hen ondersteunen bij het nemen van verantwoordelijkheden en beslissingen en bij het leren omgaan met de consequenties van zelf gemaakte keuzen en beslissingen.

We streven er naar onze hulpverlening zodanig te organiseren dat precies dié hulp gegeven kan worden die door de persoon met een handicap gevraagd wordt: niet meer, maar ook niet minder. Deze hulp wordt niet enkel geboden door beroepskrachten, maar ook door ouders, broers en zussen, familieleden, burens, vrienden, kennissen, vrijwilligers (het sociaal netwerk). We willen dan ook het sociaal netwerk van de cliënten verstevigen en verruimen.

We willen 'het voor zichzelf zorgen' en 'de zorg van de naaste omgeving' voor de persoon met een handicap (zelfzorg en mantelzorg) stimuleren. We streven er naar dat de persoon met een handicap zelf zou kunnen kiezen wie hem waarbij ondersteunt.

6. Model van een planmatige hulpverlening

Het voorgaande willen we in Monnikenheide-Spectrum realiseren door middel van een planmatige hulpverlening.

Vanuit het model van planmatig werken wordt de hulpverlening in drie fasen opgesplitst: de planning, de uitvoering en de evaluatie. Op basis hiervan zullen we onze concrete zorg en ondersteuning steeds moeten kunnen verantwoorden.

De kwaliteit van de zorg neemt toe naarmate er een meer weloverwogen besluitvorming is (planning), een bewustere hantering van relaties/methodieken (uitvoering) en een objectievere beoordeling van de resultaten (evaluatie) (Van Beugen, 1972 en Van Strien, 1984).

Kenmerkend voor het planmatig handelen is het continu reflecteren op het handelen (Van Beugen, 1972). Via de cyclische hulp- en dienstverleningsplanning bouwen we een gesystematiseerde reflectie in.

We streven naar een **geïntegreerd zorgaanbod**. Dat wil zeggen dat de verschillende bijdragen in de zorg (verleend door verschillende diensten) als één geheel worden aangeboden (multidisciplinair werken) én dat al deze bijdragen geschieden vanuit een houding conform het pedagogisch concept.

Het planmatig werken op vlak van hulp- en dienstverlening is meer concreet beschreven in het kwaliteitshandboek.



BIBLIOGRAFIE

- Bosch, E. (1994). *Visie en attitude. Bewust omgaan met mensen met een verstandelijke handicap. Een werkboek*. Baarn: Nelissen.
- Felce D. & Perry J. (1995) Quality of life: Its definition and measurement. *Research in development disabilities*, 16(1),p51-74.
- Gielis, F. (1978). *Groepsleider ... een vak apart. Methodisch werken met de leefgroep*. : Samson.
Handboek: ondersteuningsmethodiek. Parmeijerkeerring. Interne nota.
- Janssen, K.G.J. et al. (1995). Kwaliteit van bestaan. Visies van volwassen cliënten binnen een SGLVG-centrum. *Nederlands tijdschrift voor Zwakzinnigenzorg*, 21 (3), p. 147-163.
- Kok, J.F.W. (1988). *Specifiek opvoeden. Orthopedagogische theorie en praktijk*. Leuven: Acco.
- Schreyogg, A. (1997). *Coaching: een inleiding voor praktijk en opleiding*. Longman: Nederland.
- Ter Horst, W. (1977). Integratie. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 16, p. 157-162.
- Van Beugen, M. (1972) Sociale technologie. Assen: Van Gorcum.
- Van Strien, P.J. (1984). Naar verwetenschappelijking van de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 23 (4), p. 162-180.
- Van Gennep, A.. (1997). *Beperkte burgers. Over volwaardig burgerschap voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Van Wallegghem, M. (1984) *De licht mentaal gehandicapte jongere als orthopedagogische opgave* (Orthopedagogische rapporten, nr. 2) Leuven: Katholieke Universiteit, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, afdeling Orthopedagogiek.
- Wehmeyer, M.L., (1994). Perceptions of self-determination and psychological empowerment of adolescents with mental retardation. *Education and training in mental retardation and developmental disabilities*, 29 (1), p. 9-21.
- Wolfensberger, W. (1972) (Ed.) *Normalisation. The principle of normalisation in human services. A method for the quantitative evaluation of human services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.

