



september 2021

Zorgvisie Sint Oda Kwaliteitsvolle en vraaggestuurde zorg

Het welbevinden van iedere zorggebruiker = zich goed voelen

Onze missie¹ in de dagelijkse omgang met onze zorggebruikers² is het zich goed voelen in het hier en nu, én in de toekomst. We streven naar een evenwicht op lichamelijk, psychisch, relationeel en existentieel vlak; opdat de zorggebruiker samen met zijn familie en begeleiders kan genieten van de dag, van het aangenaam samen-zijn, nu en in de toekomst.

In het streven naar welbevinden, het zich goed voelen van de zorggebruiker; dienen we ons te verlaten op ons VERSTAND en ons HART (Schouten, 2015)³. Een eerste grote raadgever die richting geeft aan het menselijk en professionele handelen is het verstand. De psycho-pedagogische aanpak wordt bepaald door de eigen aard van de zorggebruiker. We besteden daarbij veel aandacht aan een realistische inschatting van de mogelijkheden, een essentieel vertrekpunt om de aanpak en verwachtingen individueel te kunnen afstemmen. Het verstand vertaalt zich verder in de medische en psychiatrische sterke onderbouw en het samenbrengen van de deskundigheid van diverse disciplines. Naast het verstand, dienen we met ons hart open te staan voor de eigen aard van de zorggebruiker. Vanuit die menselijke basishouding wordt gezocht naar een manier om de zorggebruiker een zo goed mogelijk leven te geven, aangepast aan zijn of haar mogelijkheden.

De individuele behoeften in relatie tot anderen

Om het zich goed voelen na te streven gaan we op zoek naar de eigen aard en de individuele behoeften die de zorggebruiker drijven in zijn dagelijks leven, en hoe dit zich verhoudt in relatie tot anderen.

¹ Khb 3 Kwaliteitsbeleid. Missie, visie, waarden, doelstellingen, strategie, geschreven referentiekader.

² Sint Oda biedt zorg aan personen met een (matig) ernstig tot diep verstandelijke beperking. Regelmatig is er sprake van een ernstig meervoudige beperking en/of bijkomende gedrags- en/of emotionele moeilijkheden. In overleg met het sociale netwerk kan de dienstverlening gaan van mobiele of ambulante begeleiding, over opvang en begeleiding overdag, tot woonopvang voor het leven. Combinaties van deze zorgvormen zijn mogelijk en ze kunnen al of niet tijdelijk van aard zijn.

³ Schouten, B. (2015). *Eigen-aardige gasten: Observatie, diagnose en behandeling van ernstige gedragsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking*. Leuven: Acco.

Naast de onschatbare waarde van de kennis van ouders (en netwerk) over de individuele behoeften van hun kind, kijken we naar de zorggebruiker vanuit drie complementaire kaders ('het verstand') die inzicht geven in de eigenheid van de zorggebruiker en zijn individuele behoeften.

1. Psycho-pedagogisch kader

We doen hierbij aan beeldvorming en diagnostiek aangaande levensgeschiedenis, emotionele ontwikkeling, sociale ontwikkeling en verstandelijke ontwikkeling. Ook een gedragstherapeutische kijk biedt vaak inzicht in het functioneren van zorggebruikers met een (matig) ernstig-diepe verstandelijke beperking.

Bijzondere aandacht wordt besteed aan de realistische inschatting van de mogelijkheden van de zorggebruiker. Enkel zo kan bepaald worden welke verwachtingen tegenover de zorggebruiker redelijkerwijs wel of niet kunnen worden gesteld.

2. Medisch (-psychiatrisch) kader

We kijken naar mogelijke medische problemen, een eventuele diagnose (vb. syndroom met welbepaald gedragsfenotype), lichamelijke factoren, genetische factoren en psychische/psychiatrische factoren die inzicht geven in de eigen aard en de individuele behoeften van de zorggebruiker. Zo is bijvoorbeeld het uitsluiten van medische problemen, die het functioneren en de gedragingen van de zorggebruiker (mede) kunnen verklaren, een zeer belangrijk gegeven bij onze doelgroep die weinig communicatiemogelijkheden heeft.

3. Kwaliteit Van Leven

Aanvullend aan de medische en de psycho-pedagogische bril, geven de domeinen van Kwaliteit van Leven (Schalock, 1997)⁴ ons een goed kader om bewust en breed te kijken naar individuele behoeften van een zorggebruiker. We gaan er vanuit dat niet alle domeinen even belangrijk zijn voor iedere zorggebruiker.

De San Martin Scale is het meest bruikbaar om voor onze doelgroep de domeinen van Kwaliteit van Leven te belichten: persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling en communicatie, persoonlijke relaties, sociale inclusie, rechten, emotioneel welbevinden, fysiek welbevinden, materieel welbevinden, arbeid en activiteit.

Zorg afgestemd op de behoeften⁵

Om tegemoet te komen aan de individuele behoeften van de zorggebruiker zullen we de ruime pedagogische omgeving maximaal individueel afstemmen. Dit gebeurt weliswaar steeds in relatie tot anderen, denk bijvoorbeeld maar aan het leven in groep. We proberen de zorggebruiker nooit volledig in te passen in de omgeving waarin hij zich bevindt, met het risico (te) hoge verwachtingen te stellen die leiden tot onevenwicht en het zich niet (meer) goed voelen.

⁴ Schalock, R.L. (1997). *Quality of Life volume II: Application to Persons with Disabilities*. Washington: American Organisation on Mental Retardation.

⁵ Visietekst Emancipatorisch werken (document khb 3-L)

Het afstemmen van de begeleiding gebeurt steeds op multidisciplinaire wijze: alle betrokkenen; ouders (netwerk), professionals en vrijwilligers; die in relatie treden met de zorggebruiker geven dagdagelijks samen vorm aan de weg die we met de zorggebruiker bewandelen.

We zetten in op zes grote pijlers om aan de individuele behoeften van de zorggebruiker tegemoet te komen. We vormen⁶ begeleiders hierrond o.m. via de pedagogische basisvorming voor nieuwe zorgmedewerkers, de basiscursus Basale Houding⁷ en de basiscursus Gedragshantering⁸.

1. Gedeelde zorg: samenwerking met en ondersteuning van gezin/familie en andere zorgpartners

Gezin/familie, sociaal netwerk, vrijwilligers en reguliere diensten zijn gelijkwaardige partners in de gedeelde zorg voor de zorggebruiker. De professionele zorg en ondersteuning vanuit Sint Oda beoogt de zorg die door familie en andere partners wordt geleverd; te waarderen, ondersteunen en versterken. De beeldvorming en kennis van de zorggebruiker met zijn individuele behoeften geeft richting aan de dagdagelijkse onderlinge samenwerking met en de ondersteuning van de familie en het ruimere netwerk in de zorg voor de zorggebruiker.

Afhankelijk van de noden van de zorggebruiker en zijn netwerk kan dit gaan van onderlinge dagdagelijkse afstemming, over advies, tot effectieve pedagogische ondersteuning en begeleiding in de thuiscontext met een duidelijk doel voor ogen.

Daarnaast willen we ook bewust inzetten op 'samen-zien', 'samen-voelen' en 'samen-leven' van de zorggebruiker en zijn familie binnen de 'muren' van Sint Oda. Omdat de hoofdlocatie van het 'zijn' van de zorggebruikers voor een groot deel op Sint Oda is en vaak minder of zelfs niet meer mogelijk is thuis, willen we actief inzetten op het 'mee-leven' en 'mee-zorgen' door familie op Sint Oda. Dit betreft zowel het 'samen-zien' en 'samen-voelen' van op afstand, door in te zetten op optimale (digitale) communicatie met de familie; alsook het stimuleren en faciliteren van het 'samen-zorgen' voor de zorggebruiker op Sint Oda door personeel EN zijn familie.

Afhankelijk van de wensen en noden van de zorggebruiker en zijn familie en rekening houdend met de haalbaarheid, kan dit gaan over de familie (actief) mee betrekken in basiszorg geven, mee eten, mee genieten bij activiteiten, enz. .

Naast 'ont-zorgen' is ook 'samen-zorgen' een grote uitdaging voor Sint Oda in de samenwerking met de familie en het netwerk van de zorggebruiker.

Binnen Sint Oda zien we het 'samen-zorgen' bovendien ruimer dan het samen zorgen door familie en het netwerk van de zorggebruiker. We wensen het leven en de zorg op Sint Oda, waar mogelijk, toegankelijk te maken voor de ruimere maatschappij. Hiertoe trachten we de maatschappij naar Sint Oda te brengen door sterk in te zetten op vrijwilligerswerking, organisatie van activiteiten voor het grotere publiek, de uitbouw van rechtstreeks toegankelijke hulp, het openstellen van Sens-City, enz. . Daarnaast probeert Sint Oda naar de maatschappij te treden via o.m. deelname aan activiteiten in de maatschappij, wonen in het dorp, wandelen of fietsen in de straat, enz. .

⁶ Khb 4.7.02 Het vormen, trainen en opleiden van het personeel.

⁷ Visietekst Basale houding (in opmaak) – Brochure Massaal Basaal ?! (document khb 4.7.02-O)

⁸ Brochure 'Van Start': Probleemgedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen (document khb 4.7.02-N) - Brochure Risicovol pedagogisch handelen (document khb 4.7.02-L)

2. Onvoorwaardelijke relatie

Het start met het hart... We aanvaarden de zorggebruiker volledig in zijn 'zijn', zijn eigen aard, zijn anders-zijn. We gaan voor een onvoorwaardelijk waarderende en gelijkwaardige relatie met de zorggebruiker waarbij we ons ontvankelijk, betrokken en beschikbaar tonen. Dit is essentieel voor de omgang met de zorggebruiker.

De begeleider vult aan waar het 'kunnen' of de inbreng van de zorggebruiker stopt. We accepteren dat dit van dag tot dag, van moment tot moment kan verschillen. Op die manier zijn zorggebruiker en begeleider samen steeds 100 procent.

3. Begeleidingsstijl

De begeleidingsstijl dient volledig afgestemd te zijn op de eigen aard van de zorggebruiker. Deze is dus per definitie uniek en wordt met de tijd opgebouwd en verder verfijnd via het cyclisch proces van individuele handelingsplanning⁹. Vooreerst plannen we in multidisciplinair overleg de begeleidingsstijl. Vervolgens voeren we de begeleidingsafspraken uit in de dagdagelijkse zorg. Tot slot gaan we het effect na via observatie en sturen we gericht bij waar nodig.

Doelstelling van de individueel aangepaste begeleidingsstijl is steeds het opbouwen en onderhouden van de band, de veilige relatie tussen de begeleider en zorggebruiker. Onderstaande principes zijn doorgaans leidend in het samenstellen van een gepaste begeleidingsstijl voor onze doelgroep:

- De begeleider is nabij en beschikbaar voor de zorggebruiker en is daarbij sensitief – responsief voor de (non-verbale) signalen van de zorggebruiker;
- De begeleider gaat uit van de aanname dat alle gedrag betekenisvol is. Hij probeert de behoefte van de zorggebruiker op dat moment te achterhalen;
- De begeleider past de verwachtingen t.a.v. de zorggebruiker voortdurend aan;
- De begeleider is flexibel in het reguleren van de zorggebruiker naar een toestand van minimaal evenwicht door o.a. prikkels te doseren, verwachtingen te verlagen, te ondersteunen, over te nemen, bescherming/begrenzing te bieden, enz. ;
- De begeleider zorgt voor een individueel aangepast evenwicht tussen inspanning en rust. Dit kan variëren van dag tot dag;
- De begeleider focust zich op de begeleiding van de zorggebruiker in het hier-en-nu;
- De begeleider schept een aangename sfeer (vb. humor);
- De begeleider biedt duidelijkheid en voorspelbaarheid. Dit geeft de nodige veiligheid binnen de relatie;
- De begeleider geeft, waar mogelijk, de zorggebruiker kansen tot eigen bijdrage, zelf doen, controle, succeservaringen, inclusie¹⁰; hoe klein ook. Dit steeds binnen het veilige kader met terugvalbasis van de betrouwbare begeleider.

⁹ Khb 4.6.02 Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het A3 Handelingsplan

¹⁰ Visietekst Inclusieve zorg (in opmaak)

4. Aangename dagbesteding¹¹

Vertrekkende vanuit de individuele behoeften, zetten we in op een aangename daginvulling voor de zorggebruiker. Bij onze doelgroep komt dit vaak neer op het zoveel mogelijk inzetten op het samen doen – samen zijn van de begeleider en de zorggebruiker. Dit draagt bij tot het opbouwen en versterken van de onderlinge band, de onmisbare basis van de dagdagelijkse begeleiding. Sommige zorggebruikers hebben daarnaast of in plaats daarvan meer nood aan dagbesteding met oog voor ‘zelf doen’. Andere zorggebruikers hebben dan weer vooral behoefte aan op zichzelf (bezig) zijn zonder directe nabijheid van de begeleider.

We gaan dus, zeker in eerste instantie, voor fijne bezigheden met weinig of individueel aangepaste verwachtingen zodat de zorggebruiker, al dan niet samen met z'n begeleider, succeservaringen kan opdoen: (samen) positieve momenten beleven.

Dit neemt niet weg dat we inzetten op het gericht stimuleren van ontwikkeling of het trainen of onderhouden van vaardigheden, maar dit dient steeds ingebed te zijn in het zich goed voelen. Indien aangewezen voor de zorggebruiker wordt er dus naast aangename dagbesteding, ingezet op zinvolle dagbesteding, inclusieve dagbesteding¹², ontwikkelingsstimulering¹³, het aanleren en/of onderhouden van functionele vaardigheden. Dit gebeurt steeds in een context van multidisciplinaire samenwerking tussen pedagoog, therapeut(en), leerkracht (vanuit de samenwerking met buitengewoon onderwijs), begeleiders en sociaal netwerk.

We hoeden ons voor het stellen van (te) hoge verwachtingen die leiden tot onevenwicht en het zich niet (meer) goed voelen.

5. Leefomgeving op maat

We stemmen de leefomgeving maximaal en individueel af op de individuele behoeften van de zorggebruiker. We hebben hierbij oog voor:

- Een begeleidingsteam met expertise: doelgroepgerichte kennis en attitudes;
- Kwalitatieve 24-uurszorg met aandacht voor de meest basale behoeften: oa. voeding¹⁴ – (nacht)rust¹⁵ – verzorging;
- Een veilige leefomgeving;
- Een gepaste verhouding tussen bewegingsvrijheid enerzijds en bescherming-begrenzing anderzijds (o.a. de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen)¹⁶;
- Een gepaste verhouding tussen veiligheid-toezicht enerzijds en privacy anderzijds¹⁷;
- Een gepaste verhouding tussen leven in groep en individuele momenten;
- Externe regulering van omgevingsprikkelers;

¹¹ Visietekst Dagbesteding (document khb 3-A)

¹² Visietekst Inclusieve zorg (in opmaak)

¹³ Visietekst Ontwikkelingstherapie (document khb 3-K)

¹⁴ Brochure Slik en verslik (document khb 4.6.10 – I)

¹⁵ Visietekst nachtrust en –zorg Sint Oda.

¹⁶ Referentiekader Vrijheidsbeperkende maatregelen (document khb 3-F2) - KHB 4.6.07 De tijdelijke afzonderingsmaatregelen.

¹⁷ Visietekst Privacy (in opmaak) – KHB 4.6.06 Referentiekader Voorkomen, detecteren van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag t.a.v. gebruikers - Visietekst Seksualiteit (in opmaak).

- Individueel afgestemde infrastructuur – materialen – hulpmiddelen.

Een maximaal individueel afgestemde begeleidingsstijl en ruimere pedagogische omgeving, zoals omschreven in de bovenstaande pijlers, kan waar nodig ondersteund worden met gedrags- en stemmingsondersteunende medicatie.

6. Zorginnovatie¹⁸

We stellen het leveren van goede zorg van hoge kwaliteit aan de zorggebruiker voorop door het vergaren van deskundigheid met een innovatieve ingesteldheid. Het professioneel handelen t.a.v. de zorggebruiker is wetenschappelijk onderbouwd en we zetten in op vernieuwing en onderzoek in functie van betere dienstverlening.

(Zorg)innovatie betekent letterlijk (zorg)vernieuwing en is een breed begrip. Het omvat het ontdekken, aftoetsen en implementeren van (nieuwe) ideeën en toepassingen. Denk maar aan innovatie op het vlak van dagbesteding, het creëren van een leefomgeving op maat, enz. . Op die manier kan mogelijk efficiëntere en kwalitatief betere zorg verleend worden. Naast (nieuwe) technologie, het optimaliseren van processen of diensten in de zorg; gaat het om het opbouwen en implementeren van kennis omtrent actuele en/of belangrijke thema's voor de zorggebruiker.

¹⁸ Visietekst Innovatie Sint Oda, vzw Stijn (in opmaak)