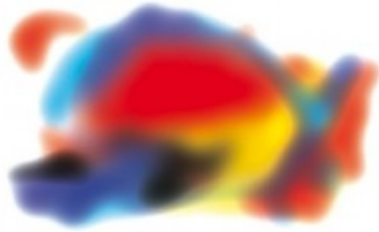


Doevaluatie in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking



I P S E D E B R U G G E N



Universiteit Leiden

Naam: Tessa van Wijnen
E-mail: t.van.wijnen@umail.leidenuniv.nl, tessa@van-wijnen.net
Studentnummer: 1020420
Masterspecialisatie: Clinical Child and Adolescent Studies – developmental disorders
Studiebelasting: 20 EC

Eerste begeleider: Mw. Dr. Y.M. Dijkhoorn
E-mail: dijkx@fsw.leidenuniv.nl
Telefoon: 071-5273822

Tweede begeleider: Dhr. Drs. G. Wulms
E-mail: guus.wulms@ipsedebruggen.nl

Datum: 11-03-2015

Inhoudsopgave

Abstract	bladzijde 3
Inleiding.....	bladzijde 4
Methode.....	bladzijde 10
Resultaten.....	bladzijde 16
Discussie.....	bladzijde 27
Referentielijst.....	bladzijde 33

Bijlage 1: beschrijving van de vijf domeinen van het AAIDD model (2012) per cliënt.

Bijlage 2: indeling in domeinen van kwaliteit van bestaan (Schalock & Verdugo, 2002).

Bijlage 3: voldoet het doel aan de criteria van de VGN (2010)?

Abstract

Inleiding: wanneer de kwaliteit van zorg hoog is, heeft dit een positieve invloed op de kwaliteit van bestaan van een cliënt (VGN, 2010). Een onderdeel om de kwaliteit hoog te houden is het stellen van doelen (RVZ, 2011). Kwalitatief goede doelen zorgen ervoor dat een cliënt zich ontwikkelt, wat leidt tot een hogere kwaliteit van bestaan (Schalock et al., 2002). De VGN (2010) stelt een aantal criteria, waaraan doelen moeten voldoen. In dit onderzoek worden doelen geëvalueerd op verschillende niveaus. Hoe zien de profielen van de cliënten eruit en zijn deze passend bij de opgestelde doelen? Voldoen de doelen aan de criteria van de VGN? Bij welke domeinen van kwaliteit van bestaan passen de doelen? In hoeverre worden doelen behaald? **Methode:** de steekproef bestaat uit elf mannen, met een VG ZZP 6 of 7, die onlangs naar Ipse De Bruggen zijn verhuisd. Aan de hand van het AAIDD model (2012) is een cliëntprofiel opgesteld en hieruit volgt een ondersteuningsvraag. Aan de hand van een aantal criteria worden de doelen geëvalueerd. **Resultaten:** Geconcludeerd kan worden dat er verschillen zijn in de profielen van de cliënten, op het niveau van intellectuele- en adaptieve vaardigheden en gezondheid verschillen zij sterk van elkaar. Overeenkomsten komen voor op de domeinen context en participatie in de samenleving. Grotendeels zijn de opgestelde doelen passend bij de profielen van de cliënten, er zou echter verwacht worden dat er op meer aspecten doelen zouden worden gesteld. Daarnaast worden doelen vooral gesteld op de domeinen ‘persoonlijke ontwikkeling’ en ‘psychisch welbevinden’ en niet vaak op ‘zelfbepaling’, ‘deelname aan de samenleving’ en ‘materieel welbevinden’. Doelen zijn niet altijd specifiek (werken aan meer dan 2 aspecten) en meetbaar (geen meetinstrument beschikbaar), maar voldoen grotendeels aan de overige criteria van de VGN (2010). De doelen worden volgens de wettelijk vertegenwoordigers en persoonlijk begeleiders behaald. **Discussie:** In het vervolgonderzoek moet de steekproef aselekt getrokken worden en representatief zijn voor de populatie. Daarnaast zullen er veranderingen aan de vragenlijst plaats moeten vinden en zullen er relaties tussen de vier onderzoeksvragen bekeken kunnen worden.

Inleiding

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt al jaren gestreefd naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van de zorg (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2010).

Uit het rapport van de Inspectie voor Gezondheidszorg, komt naar voren dat er goede zorg verleend wordt in de praktijk, maar dat meer verantwoording afgelegd moet worden over de zorg die aan cliënten geboden wordt (Rijksoverheid, 2009). Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, te kunnen waarborgen en verantwoording erover af kunnen leggen, is het belangrijk om in kaart te brengen wat er nu daadwerkelijk wordt gedaan in de praktijk en te onderzoeken welke onderdelen in de praktijk effectief blijken te zijn. Vervolgens kan bepaald worden welke onderdelen belangrijk zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, te waarborgen en kan er verantwoording over afgelegd worden.

In het kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (VGN, 2010) staat tevens het verhogen van de kwaliteit van de zorg en het waarborgen van de kwaliteit centraal. Wanneer de kwaliteit van zorg hoog is, heeft dit een positieve invloed op de kwaliteit van bestaan van cliënten. Het is wenselijk om te streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van bestaan voor een cliënt.

Een van de onderdelen die in de praktijk verplicht is, is het gebruik van doelen. Het stellen van doelen leidt tot kwalitatief betere zorg voor een cliënt volgens de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2011). Zij geven het advies om doelen te gebruiken om zo een leidraad te hebben voor behandeling en begeleiding, wat de kwaliteit van de zorg aan de cliënt ten goede komt. Doelen in een zorgplan geven een goed beeld wat er in de toekomst van een cliënt verwacht wordt (Minderaa, 1997). Daarbij zorgt het hebben van doelen om naar toe te werken, dat de cliënt zich ontwikkelt. Wanneer een cliënt zich ontwikkelt, bevordert dat de kwaliteit van bestaan (Schalock et al., 2002).

Kwaliteit van bestaan

De kwaliteit van bestaan geeft aan hoe een persoon zijn leven ervaart en welke objectieve en subjectieve indicatoren er in het leven van een persoon aanwezig zijn (Bastiaansen, Koot, Bongers, Varni & Verhulst, 2004). De subjectieve indicatoren bepalen hoe een persoon zijn of haar eigen psychisch, emotioneel en sociaal functioneren beleeft. De objectieve indicatoren zijn onder anderen de leefomstandigheden, het hebben van werk en het krijgen van onderwijs. Schalock en Verdugo (2002) hebben een aantal domeinen opgesteld waarop de kwaliteit van bestaan beoordeeld kan worden: lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welbevinden, zelfbepaling en belangen. Bij mensen met een verstandelijke beperking helpen

deze domeinen om in kaart te brengen hoe de kwaliteit van bestaan van een cliënt is (Schalock, Brown, Brown, Cummins, Felce, Matikka, Keith, Parmenter, 2002). Vervolgens kan de kwaliteit van bestaan op deze domeinen geëvalueerd worden en zal er worden getracht de kwaliteit van bestaan zo hoog mogelijk te houden of te verbeteren. Elk domein heeft een aantal indicatoren die samen de kwaliteit van bestaan op een domein bepalen (Verdugo, Schalock, Ketih & Stancliffe, 2005). Een voorbeeld hiervan is het domein interpersoonlijke relaties, met de indicatoren: intimiteit, genegenheid, interacties, vriendschappen en ondersteuning. Het domein lichamelijk welbevinden heeft bijvoorbeeld de indicatoren: gezondheid, voeding, mobiliteit, ontspanning, gezondheidszorg, vrije tijd en dagelijkse activiteiten (ADL-activiteiten). Hoe meer positieve indicatoren er aanwezig zijn, hoe hoger de kwaliteit van bestaan van een cliënt is.

De kwaliteit van bestaan wordt niet alleen beïnvloed door eigenschappen van het individu zelf, maar tevens door de omgeving (Schalock et al., 2002; Verdugo et al., 2005). Het systeemmodel van Bronfenbrenner (1976) geeft inzicht in de omgeving van een cliënt, de cliënt interacteert immers met zijn of haar omgeving. In de eerste plaats bestaat de omgeving uit familie, woongroep en vrienden (microsysteem), daarnaast vindt er interactie plaats met de omgeving buiten de woning, zoals de zorginstelling en woonplaats (mesosysteem). Tevens vindt er interactie plaats met het exo- en macrosysteem. Het exosysteem omvat bijvoorbeeld de financiële situatie van de ouders, het macrosysteem is bijvoorbeeld de cultuur. Al deze systemen hebben samen invloed op de kwaliteit van bestaan van een cliënt. Hiermee moet rekening worden gehouden bij het in kaart brengen van de kwaliteit van bestaan en bepalen van de ondersteuningsbehoefte. Een ander aspect wat van positieve invloed blijkt te zijn op de kwaliteit van bestaan, is eigen regie hebben en zelf keuzes maken (Schalock & Verdugo, 2002; Schalock et al., 2002; Cummins, 2005). Hiernaast blijkt dat wanneer de omgeving steun biedt, dit de kwaliteit van bestaan verhoogt.

Veel mensen met een verstandelijke beperking kunnen niet zelf aangeven hoe hoog hun kwaliteit van bestaan is en kunnen zelf weinig tot geen verandering aanbrengen in hun kwaliteit van bestaan (Maes, 2003). Uit onderzoek van Maes (2003) komt naar voren dat de cliënt zelf de belangrijkste informatiebron blijft, vooral voor de subjectieve onderdelen. Bij de cliënten waarbij de mogelijkheid bestaat om hen zelf vragen te stellen, moet rekening gehouden worden met een aantal factoren, zoals het geven van sociale wenselijke antwoorden (Antaki, Young en Finlay, 2002).

Al met al kan geconcludeerd worden dat zowel de beleving van de cliënt en het zelfstandig handelen van de cliënt, als de interactie met de omgeving, invloed hebben op de

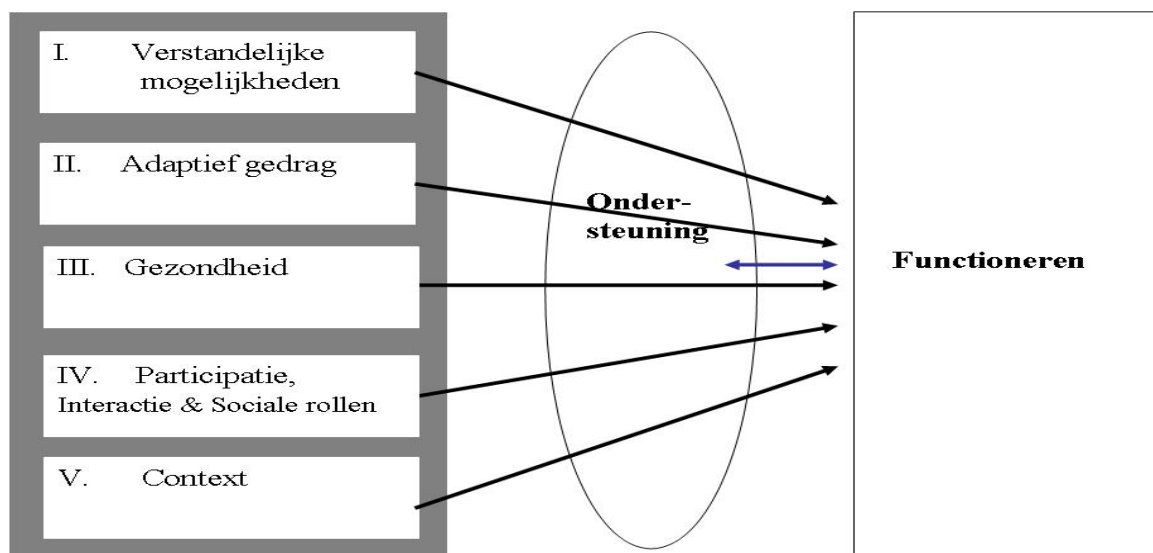
kwaliteit van bestaan van een cliënt. Het is belangrijk om deze factoren in kaart te brengen en te blijven evalueren, aangezien deze factoren kunnen leiden tot zowel een verhoging, als een verlaging, van de kwaliteit van bestaan van een cliënt.

Doelen

In het zorg- en begeleidingsplan wordt de individuele zorg voor de cliënt weergegeven, dit is wettelijk vastgesteld. In dit plan worden onder andere persoonlijke gegevens, het zorgaanbod en het perspectief van de cliënt vastgelegd. Bij het opstellen van een zorg- en begeleidingsplan is er sprake van een regulatieve cyclus (Minderaa, 1997). Het eerste onderdeel uit de cyclus omvat het oriënteren op en analyseren van de informatie over een cliënt. Zo wordt bijvoorbeeld het profiel van de cliënt geschetst. Vervolgens worden er doelen gesteld en bepaald waarmee deze doelen geëvalueerd kunnen worden. Tevens wordt er een plan van handelen voor de cliënt geschreven. Het laatste onderdeel is het uitvoeren van doelen uit het zorgplan en de evaluatie van het zorgplan. Wanneer bij de evaluatie blijkt dat een aspect uit het zorgplan niet klopt, kan er terug gegaan worden naar een vorig onderdeel om dit bij te stellen. Er ontstaat zo een cyclus van opstellen, evalueren en bijstellen. Het zorg- en begeleidingsplan van een cliënt wordt eenmaal per jaar herzien en geëvalueerd samen met de wettelijk vertegenwoordigers.

De VGN (2013) maakt onderscheid tussen drie soorten doelen in een zorg- en begeleidingsplan: persoonlijke doelen (gebaseerd op de wensen van de cliënt), ontwikkelingsgerichte doelen (gericht op het ontwikkelen van de cliënt) en probleemgerichte doelen (gericht op afname van probleemgedrag). De persoonlijke begeleider van een cliënt stelt doelen op in samenspraak met de gedragskundige, wettelijk vertegenwoordigers en de cliënt zelf. Bij een zorgzwaartepakket van 6 of 7 is een gedragskundige verantwoordelijk voor het uiteindelijke zorgplan welke opgesteld is voor de cliënt. Doelen worden opgesteld aan de hand van het profiel van de cliënt (wat kan deze cliënt leren en wat is de ondersteuningsvraag?) en het perspectief van de cliënt (wat wil deze cliënt leren?) (Herps, Buntinx & Curfs, 2011). De wensen en behoeften van een cliënt, worden bepaald door middel van gesprekken met de cliënt en eventueel zijn of haar wettelijk vertegenwoordigers en wordt beschreven in het zorg- en begeleidingsplan. Het profiel van de cliënt wordt opgesteld aan de hand van onderstaande dimensies (uit de eerste kolom) van het AAIDD model (2012) (Figuur 1).

Allereerst worden de intellectuele mogelijkheden van een cliënt in kaart gebracht (Buntinx, 2003). Het tweede domein betreft de adaptieve vaardigheden van een cliënt. Dit zijn de vaardigheden die een cliënt nodig heeft voor het dagelijks leven (Buntinx, 2003). Voorbeelden hiervan zijn lezen, schrijven, sociale contacten, houden aan regels en wetten, eten en aankleden. Tevens vallen de sociaal-emotionele vaardigheden onder dit domein. Het derde domein brengt de lichamelijke en psychische gezondheid van een cliënt in beeld (Buntinx, 2003). Het vierde domein betreft de participatie, interactie en sociale rollen van de cliënt in de omgeving. Elke cliënt bevindt zich in een eigen fysieke en sociale omgeving (Buntinx, 2003); hierbij kan gedacht worden aan de woning van de cliënt, de dagbestedingsgroep en invulling van de vrije tijd. Er wordt gekeken hoe een cliënt in deze omgevingen functioneert. De vijfde dimensie beschrijft de context waarin een cliënt zich bevindt. Dit is de letterlijke omgeving waarin de cliënt is en de grotere omgeving waarin de cliënt zich bevindt (bijvoorbeeld de buurt). Daarnaast wordt er gekeken naar de cultuur, samenleving en religie van een cliënt (Buntinx, 2003). Het profiel van een cliënt wordt gevormd door te kijken op welke domeinen de cliënt ondersteuning nodig heeft en wat de cliënt op deze domeinen kan leren. Hieruit volgt een ondersteuningsvraag voor een cliënt.



Figuur 1: het AAIDD model, AAIDD (2012)

In de 'Handreiking Ondersteuningsplannen' (2013) geeft de VGN aan dat het belangrijk is om afspraken te maken over hoe doelen opgesteld moeten worden, dit verhoogt de kwaliteit van de opgestelde doelen. Indirect verhoogt dit de kwaliteit van bestaan van de cliënt, omdat de doelen zorgen voor ontwikkeling van de cliënt. Het eerste criterium dat de VGN (2013) stelt,

is dat doelen SMART geformuleerd moeten zijn. Dit houdt in dat de doelen Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden geformuleerd zijn, om zo effectief mogelijk toegepast te kunnen worden. Een voorbeeld van een specifiek doel is “3x per dag een maaltijd eten”. Dit kan objectiever in kaart worden gebracht dan “meer eten op een dag” (Martin & Pear, 2010). Tevens blijken doelen waarin een deadline verwerkt is effectiever te zijn. Dit houdt in dat een doel sneller bereikt zal worden. In het document van de VGN (2013) worden nog een aantal andere criteria aangegeven. Het eerste criterium is dat bij het formuleren van een doel uitgegaan wordt van de mogelijkheden, beperkingen, wensen en behoeften van een cliënt. Het tweede criterium geeft aan dat uit een doel moet blijken dat de kwaliteit van bestaan van een cliënt in stand wordt gehouden of wordt verbeterd. Als derde criterium wordt geformuleerd dat er bij de doelen aangegeven moet worden wie waar verantwoordelijk voor is en wie er betrokken zijn bij het proces. Om te streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van bestaan, is het allereerst van belang om na te gaan in hoeverre de doelen voldoen aan de criteria, zodat deze een hoge kwaliteit hebben. Vervolgens kan er onderzocht worden bij welk domein van kwaliteit van bestaan een doel past. Hiermee wordt nagegaan op welke domeinen er in praktijk nadruk wordt gelegd en in hoeverre er aan de gehele kwaliteit van bestaan van een cliënt wordt gewerkt. Ten slotte is het van belang dat een doel behaald wordt om de kwaliteit van bestaan te verhogen.

Ipse De Bruggen

In 2013 is de zorginstelling Ipse De Bruggen een evaluatieonderzoek gestart naar de effectiviteit van de methodieken in de praktijk in relatie tot de kwaliteit van bestaan van de cliënten. Het onderzoek wordt het SCORE onderzoek genoemd (Systematische Cliënt Ondersteuning Resultaat Evaluatie) en is een samenwerking tussen de zorginstelling Ipse De Bruggen en de Universiteit Leiden. De eerste fase van het onderzoek bestaat uit het ontwikkelen van een evaluatiesystematiek. Hieruit komt het profiel van een cliënt en het begeleidings-, behandelings- en ondersteuningsaanbod naar voren. In de volgende fase van het onderzoek wordt de effectiviteit van het begeleidings-, behandelings- en ondersteuningsaanbod onderzocht. Het onderzoek zal plaats vinden bij de cliënten met een zorgzwaartepakket 6 of 7. Een zorgzwaartepakket (VG ZZP) geeft aan hoe zwaar de zorg is die een cliënt ontvangt, met hieraan gekoppeld een bepaald budget. Cliënten met een VG ZZP 6 of 7 hebben 24 uur per dag zorg nodig. Naast de verstandelijke beperking hebben zij bijkomende psychische stoornissen en/of ernstige gedragsproblematiek (CIZ, 2012).

Onderhavig onderzoek zal zich richten op een onderdeel uit het SCORE onderzoek. De doelstelling van dit onderzoek is het evalueren van doelen voor cliënten op verschillende niveaus. De volgende onderzoeksvragen staan centraal:

- Hoe zien de profielen van de deelnemende cliënten eruit en passen de doelen hierbij?
- Voldoen de opgestelde doelen aan de criteria van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)?
- Bij welke domeinen van kwaliteit van bestaan (Schalock & Verdugo, 2002) passen de opgestelde doelen?
- In hoeverre vinden persoonlijk begeleiders en wettelijk vertegenwoordigers dat de opgestelde doelen voor de cliënt behaald zijn?

Het antwoord op deze vragen zal Ipse De Bruggen inzicht geven hoe er in de praktijk gebruik gemaakt wordt van doelen. Wanneer doelen niet aan alle criteria voldoen, kan er ondersteuning gegeven worden om te zorgen dat doelen voldoen aan alle criteria. Tevens krijgt de organisatie inzicht in hoeverre doelen behaald worden en in de mening van persoonlijk begeleiders en wettelijk vertegenwoordigers op het behalen van doelen. Wanneer duidelijk wordt hoe doelen in de praktijk gebruikt worden, kan dit van invloed zijn op bestaande of nieuwe methodieken die ontwikkeld worden voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast is voor wetenschappelijk onderzoek in de toekomst en de volgende fases van het SCORE onderzoek van belang dat het duidelijk wordt hoe doelen worden opgesteld en of het gebruik van doelen effectief is.

Methode

Inleiding

Onderhavig onderzoek evalueert doelen op verschillende niveaus. Het onderzoek maakt deel uit van een evaluatieonderzoek bij de zorginstelling Ipse De Bruggen, genaamd het SCORE-onderzoek. In 2014 is het SCORE-onderzoek gestart met een pilot. Er zijn een aantal cliënten geselecteerd door de interne onderzoeksgroep van Ipse De Bruggen. Na de pilot zullen er meerdere cliënten van Ipse De Bruggen meedoen aan het onderzoek.

Werving

De cliënten zijn geselecteerd door de interne onderzoeksgroep van Ipse De Bruggen. Deze interne onderzoeksgroep bestaat uit een aantal gedragskundigen, een AGV-arts en locatie managers van diverse locaties van Ipse De Bruggen. De gedragskundigen van de interne onderzoeksgroep hebben een aantal cliënten gekozen waarmee zij werken in de dagelijkse praktijk en die voldoen aan de criteria van het onderzoek. De volgende selectiecriteria zijn gesteld:

- De cliënt heeft een VG ZZP 6 of 7.
- De cliënt is nieuw komen wonen op een woning bij Ipse De Bruggen. Het is ook mogelijk dat zij verhuist zijn naar een andere woning binnen Ipse De Bruggen.

De ouders/wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt moet toestemming geven om de cliënt deel te laten nemen aan het onderzoek. Zij ontvangen een flyer met uitleg over het onderzoek en daarbij een toestemmingsverklaring om toestemming te geven voor deelname aan het onderzoek. Zij geven toestemming om de cliënt deel te laten nemen aan het onderzoek in de periode januari 2014 tot en met juli 2015. Na juli 2015 zal er opnieuw toestemming gevraagd worden. Daarnaast geven zij toestemming om de cliënt te laten observeren en testafnames te doen bij de cliënt. Wettelijk vertegenwoordigers geven tevens toestemming dat zij zelf vragenlijsten zullen invullen voor het onderzoek.

Participanten

Er zijn elf cliënten geselecteerd die voldoen aan de selectiecriteria. Voor de evaluatie van de doelen waren er echter maar negen bruikbaar, omdat voor twee cliënten nog geen doelen waren geformuleerd. Bij het opstellen van de cliëntprofielen zal er uitgegaan worden van elf cliënten, bij het beantwoorden van de overige onderzoeksvragen zal er uitgegaan worden van

negen cliënten. In Tabel 1 is de gemiddelde leeftijd, standaarddeviatie, leeftijd van de jongste cliënt en leeftijd van de oudste cliënt te zien.

Tabel 1.

Leeftijd van de participanten in jaren (N=11).

	Gemiddelde	Standaarddeviatie	Minimaal	Maximaal
Leeftijd	26,18	10,35	13	49

In Tabel 2 is de mate van verstandelijke beperking te zien. De meeste cliënten (N=5) hebben een ernstige verstandelijke beperking. Er is één cliënt met een zeer ernstige verstandelijke beperking. In sommige gevallen is er sprake van functioneren op grensniveau; een cliënt functioneert volgens het dossier op de grens tussen een licht en matige verstandelijke beperking. Voor onderhavig onderzoek is gekozen om de cliënt onder te brengen in de meest ernstige categorie.

Tabel 2.

Frequenties en percentage van mate van verstandelijke beperking.

	Frequentie	Percentage
Lichte VB	3	27,3%
Matige VB	2	18,2%
Ernstige VB	4	36,3%
Zeernstige VB	2	18,2%
Totaal	11	100%

Alle participanten uit het pilot onderzoek zijn mannelijk. Daarnaast heeft het merendeel (N=10) een zorgzwaartepakket 7. Er is één cliënt met een zorgzwaartepakket van 6, dit is cliënt 11.

Procedure en data-analyse

De doelen zijn opgenomen in de zorg- en begeleidingsplannen van de cliënten. Allereerst zal aan de hand van het AAIDD-model (2012) het profiel vastgesteld worden van een cliënt. Dit profiel bestaat uit vijf dimensies: verstandelijke mogelijkheden, adaptief gedrag, gezondheid, participatie/interactie/sociale rollen en context. De vijf dimensies brengen het niveau van functioneren van de cliënt in beeld. Uit de vijf domeinen volgt de ondersteuningsvraag van de

cliënt. De instrumenten om het profiel van de cliënt in kaart te brengen zijn vooraf aan het pilot onderzoek vastgesteld (Kalkman, 2014). Dit betreft de testbatterij weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3.

Mogelijke testen per dimensie van het AAIDD model (2012).

Dimensie	Mogelijke testen
Intellectuele mogelijkheden	BSID-II (van der Meulen, Ruiters, Spelberg & Smrkovsky, 2002), SON 2;5-7;0 (Tellegen, Winkel, Wijnberg & Laros (1998), WPPSI-III-NL (Hendriksen & Hurks, 2009), WISC-III-NL (Kort, Schittekatte, Bosmans, Compaan, Dekker, Vermeir & Verhaeghe, 2005), WAIS-IV-NL (Pearson, 2012).
Adaptief gedrag	Vineland-II (Dijkxhoorn & Verhaar, 2012) Sociaal-emotioneel: SEO-R (Claes & Verduyn, 2011)
Gezondheid	IDQOL domeinen psychisch en lichamelijk welbevinden (Hoekman, Douma, Kersten, Schuurman & Koopman, 2001), intake AVG, VOG (Koot & Dekker, 2001), informatie uit het zorgdossier.
Participatie	IDQOL domeinen IR, DS, PO en ZB (Hoekman, Douma, Kersten, Schuurman & Koopman, 2001), informatie uit het zorgdossier.
Context	Anamnese Context Vragenlijst en SIS (Thompson, Bryant, Campbell, Craig, Hughes & Rotholz, 2004), informatie uit het zorgdossier.

Afhankelijk van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt wordt er gekozen voor een bepaald instrument. Zo zal er bijvoorbeeld bij een cliënt waarbij verwacht wordt dat hij of zij functioneert op het niveau van een ernstig verstandelijke beperking, gekozen worden voor een WPPSI-III-NL (Hendriksen & Hurks, 2009). Voor de meeste cliënten zijn er reeds testen afgenomen op de domeinen ‘verstandelijke mogelijkheden’ en ‘adaptief gedrag’. Er wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van de meest recente gegevens van de cliënt. Wanneer er geen testgegevens beschikbaar zijn voor de cliënt wordt er gebruik gemaakt van een vergelijkbare versie van de test of wordt het domein beschreven aan de hand van de informatie uit het

zorgdossier van een cliënt. De beschrijving van de domeinen wordt in Bijlage 1 weergegeven per cliënt.

Bij de eerste dimensie (intellectuele mogelijkheden) zal er gekeken worden naar het totale IQ van een cliënt of naar de leeftijdsequivalenten. Bij de tweede dimensie wordt er gekeken naar het gemiddelde niveau van adaptieve vaardigheden, weergegeven in leeftijdsequivalenten. Het niveau van sociaal-emotionele ontwikkeling van een cliënt wordt gemeten met de SEO-r (Claes & Verduyn, 2011). De SEO-r meet in welke fase van emotionele ontwikkeling een cliënt zich bevindt. Voor elke cliënt is bepaald in welke fase hij of zij zich overwegend bevindt. Het gaat om de volgende fases (Došen, 2010): eerste adaptatiefase (0-6 maanden), eerste socialisatiefase (6-18 maanden), eerste Individuatiefase (18-36 maanden), eerste identificatiefase (3-7 jaar) en realiteitsbewustwording (7-12 jaar). De derde, vierde en vijfde dimensie worden besproken aan de hand van de instrumenten uit Tabel 4 (wanneer dit beschikbaar is) en met de informatie uit het dossier van de cliënt.

De vijf domeinen vormen samen het profiel van de cliënt waaruit een ondersteuningsvraag naar voren komt. Dit gebeurt door per domein na te gaan welke ondersteuning de cliënt nodig heeft en wat de cliënt op het domein kan leren, in combinatie met informatie uit het zorg- en begeleidingsplan van de cliënt. Ten laatste zal gekeken worden in hoeverre er een relatie bestaat tussen de doelen van de cliënt en het profiel van de cliënt. Dit wordt gedaan door na te gaan of alle aspecten van de ondersteuningsvraag terug komen in de doelen van de cliënt.

Vervolgens zullen de doelen van de cliënten verder bekeken worden. Dit gebeurt aan de hand van de domeinen van kwaliteit van bestaan van Schalock en Verdugo (2002), elk doel wordt ingedeeld op een domein. Er zal gekeken worden in hoeverre er gebruik wordt gemaakt van verschillende domeinen bij de cliënten en op welke domeinen er doelen gesteld worden. De doelen worden ingedeeld op de volgende domeinen:

- lichamenlijk welbevinden
- psychisch welbevinden
- interpersoonlijke relaties
- deelname aan de samenleving
- persoonlijke ontwikkeling
- materieel welbevinden
- zelfbepaling
- belangen

Elk domein heeft een aantal indicatoren. Per doel zal worden nagegaan met welke indicatoren er de meeste overeenkomsten zijn. Zo wordt een doel ingedeeld op een bepaald domein. In bijlage 2 is per doel aangegeven bij welk domein van kwaliteit van bestaan het doel het beste past.

Vervolgens zal er onderzocht worden of de doelen voldoen aan de criteria van de VGN (2013). Dit wordt onderzocht door per criterium steeds een vraag te beantwoorden. In bijlage 3 is per cliënt weergegeven aan welke criteria een doel wel of niet voldoet. Het gaat hierbij om de volgende criteria:

- SMART geformuleerd
 - Specifiek: wordt er met het doel gewerkt aan 1 of 2 onderdelen?
 - Meetbaar: is er een mogelijkheid om het doel te meten?
 - Acceptabel: is het acceptabel dat in de huidige maatschappij dit doel gesteld wordt?
 - Realistisch: is het doel passend bij het profiel van de cliënt, is het voor deze cliënt mogelijk om het doel te behalen? Zie voor beantwoording onderzoeksvraag 1 (relatie met profiel).
 - Tijdsgebonden: wordt het duidelijk welke tijd er gesteld wordt om het doel te behalen/evalueren? Dit kan zowel in het doel als in het format zijn.
- Wordt er uitgegaan van:
 - de mogelijkheden van de cliënt?
 - de beperkingen van de cliënt?
 - de wensen van de cliënt?
 - de behoefte van de cliënt?

De mogelijkheden, beperkingen, wensen en behoeften van de cliënten worden in dit onderzoek bepaald door informatie die voortkomt uit het zorg- en begeleidingsplan van de cliënt (zie Bijlage 3) en informatie uit het profiel van de cliënt (zie Bijlage 1). Er wordt per mogelijkheid, beperking, wens en behoefte bekeken of dit wel of niet terug komt in de doelen van de cliënt.

- Wordt de kwaliteit van bestaan met het doel in stand gehouden of verbeterd?
- Wordt er duidelijk aangegeven wie waar verantwoordelijk voor is?

Ten laatste worden de doelen geëvalueerd door de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt en de persoonlijk begeleider van de cliënt (PB-er). Beide krijgen een formulier toegestuurd

via de mail waarop de doelen van de cliënt beschreven staan. Het gaat hierbij om doelen uit het huidige zorg- en begeleidingsplan en doelen uit het vorige zorg- en begeleidingsplan. De wettelijk vertegenwoordiger en PB-er geven onafhankelijk van elkaar aan of zij vinden dat het doel behaald is of niet. Zij hebben hierbij keuze uit vier opties:

- doel is niet behaald: er is achteruitgang
- doel is niet behaald: er is geen achteruitgang maar ook geen vooruitgang
- doel is behaald: matige vooruitgang
- doel is behaald: sterke vooruitgang

Hierbij geven zij een korte uitleg waaraan zij kunnen zien of het doel wel of niet behaald is.

Resultaten

Inleiding

Aan het pilotonderzoek nemen elf cliënten deel ($N=11$). Lopende het onderzoek is gebleken dat twee van de cliënten nog geen doelen hebben omdat zij net verhuisd zijn naar Ipse De Bruggen. Dit betekent dat voor deze cliënten wel een cliëntprofiel samengesteld kan worden, maar dat zij geen doelen hebben die meegenomen kunnen worden in de overige onderdelen van het onderzoek. De overige vragen zullen dus voor negen cliënten ($N=9$) worden beantwoord. In totaal zijn voor deze negen cliënten tezamen 39 doelen opgesteld ($M = 4.33$, $SD = 2.78$).

Onderzoeksvraag 1: Cliëntprofielen, ondersteuningsvraag en relatie met doelen

Allereerst is voor elk cliënt een cliëntprofiel opgesteld. Dit is gedaan aan de hand van de domeinen van het AAIDD-model (2012, Figuur 1). In Bijlage 1 wordt elk domein per cliënt besproken. Aan de hand van deze domeinen en informatie uit het zorg- en begeleidingsplan, is bekeken wat de ondersteuningsvraag van de cliënt is.

Ondersteuningsvraag

Cliënt 1: De cliënt heeft ondersteuning nodig op het gebied van het ontwikkelen van vaardigheden. Het is voor hem mogelijk om schoolse vaardigheden aan te leren, tevens heeft hij ondersteuning nodig bij het leren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Daarbij heeft hij ondersteuning nodig bij het onderscheiden van fantasie en werkelijkheid.

Cliënt 2: de cliënt heeft ondersteuning nodig bij het aangaan van contact met anderen en het ondernemen van sociale activiteiten, vanwege zijn gedragsproblematiek is dit zeer lastig voor hem. De cliënt moet ondersteund worden in de ADL activiteiten omdat hij dit niet zelfstandig kan uitvoeren, daarnaast heeft hij ondersteuning nodig bij het plannen van zijn dagprogramma.

Cliënt 3: de cliënt heeft ondersteuning nodig bij het herkennen van zijn gezondheidsklachten, vanwege zijn niveau van cognitieve vaardigheden kan hij dit niet goed bij zichzelf herkennen. Om goed te kunnen functioneren heeft de cliënt ondersteuning nodig bij ADL activiteiten en moet begeleiding hem structuur bieden.

Cliënt 4: de cliënt heeft ondersteuning en begeleiding nodig bij zijn epilepsie, bijvoorbeeld voor het toedienen van medicatie. Daarnaast heeft de cliënt ondersteuning en begeleiding nodig bij zijn boze buien, hij heeft begeleiding nodig om spanning te verminderen en zo een boze bui te voorkomen. Daarnaast herkent de cliënt lichamelijke klachten niet bij zichzelf

vanwege zijn ontwikkelingsniveau, de begeleiding moet hem hierbij ondersteuning bieden.

Cliënt 5: de cliënt heeft ondersteuning nodig bij het voorkomen van overbelasting, hij kan dit niet zelfstandig reguleren. Tevens is ondersteuning in het aangaan en leren van sociale vaardigheden gewenst en het onderhouden van bestaande relaties (ouders). Er is ondersteuning nodig bij ADL activiteiten, mogelijk ook overname van ADL activiteiten, afhankelijk van zijn stemming. Weinig prikkels zorgen ervoor dat de cliënt beter functioneert, hij heeft ondersteuning nodig bij het reguleren van prikkels.

Cliënt 6: Er is ondersteuning gewenst bij het aanbrengen van structuur in de dag. Vanwege zijn niveau van zelfredzaamheid en cognitieve vaardigheden, is het voor hem mogelijk om zich hier meer in te ontwikkelen, hierbij heeft hij echter ondersteuning nodig van begeleiding. Het ligt in de cliënt zijn mogelijkheden om nieuwe (schoolse) vaardigheden te leren.

Cliënt 7: de cliënt heeft interesse in nieuwe dingen, zoals letters en cijfers. Gezien zijn niveau van cognitieve vaardigheden lijkt het niet mogelijk om te leren lezen, maar kan er wel spelenderwijs hem nieuwe aspecten worden aangeboden. Daarnaast heeft de cliënt ondersteuning nodig bij het reguleren van zijn gedragsproblematiek en het aanbrengen van structuur in de dag.

Cliënt 8: de cliënt heeft ondersteuning nodig bij het reguleren van prikkels en het reguleren van spanning. Vanwege zijn niveau van cognitieve vaardigheden, is het mogelijk om meer schoolse vaardigheden te leren en zich hierin te ontwikkelen. De cliënt moet hierin echter wel ondersteund worden omdat hij uit zichzelf weinig onderneemt. Daarnaast heeft hij ondersteuning nodig in het beperken van dwangmatige handelingen.

Cliënt 9: de cliënt heeft ondersteuning nodig bij het aangaan van sociale relaties. Vanwege zijn zeer ernstige verstandelijke beperking zal hij hier zich weinig in kunnen ontwikkelen. Tevens heeft hij ondersteuning nodig in het reguleren van spanning en het doen van ADL activiteiten.

Cliënt 10: Voorheen woonde de cliënt apart, op dit moment moet hij leren om contacten aan te gaan met groepsgenoten. Gezien zijn niveau van functioneren heeft hij hierbij veel ondersteuning nodig. Tevens heeft hij ondersteuning nodig in het leren van sociale vaardigheden en het reguleren van zijn gedrag.

Cliënt 11: veel gegevens zijn onbekend, niet mogelijk om een ondersteuningsvraag vast te stellen.

Relatie tussen de doelen en het profiel

Cliënt 1: het leren van nieuwe vaardigheden is passend bij zijn lichte verstandelijke beperking. Er is een duidelijke relatie te zien tussen het profiel van de cliënt en de doelen die voor hem opgesteld zijn. Vanuit zijn profiel zou echter verwacht kunnen worden dat er toe gewerkt wordt naar het vergroten van de zelfredzaamheid omdat dit ligt in zijn mogelijkheden. In de doelen wordt hier een begin mee gemaakt, dit zal in de toekomst uitgebreid kunnen worden. De huidige doelen die gesteld zijn, passen bij het profiel.

Cliënt 2: vanuit het profiel van de cliënt wordt verwacht hij meer gestimuleerd wordt om deel te nemen aan sociale activiteiten en sociale contacten. Gezien zijn niveau van functioneren is dit enigszins mogelijk. Er is in de doelen hiermee een begin gemaakt door hem te stimuleren meer activiteiten buiten de slaapkamer te ondernemen, deze doelen zijn passend bij het profiel.

Cliënten 3, 4 en 5: de doelen van deze drie cliënten zijn hetzelfde, de doelen zijn gericht op de domeinen van kwaliteit van bestaan van Schalock en Verdugo (2002). Dit heeft tot gevolg dat de doelen zeer breed zijn. Hierdoor komt het profiel van de cliënt niet naar voren. Er kan niet bepaald worden of het wel of niet past bij het cliëntprofiel.

Cliënt 6: Vanuit het profiel van de cliënt en zijn niveau van functioneren, is de te verwachten dat hij de mogelijkheid heeft tot het leren van nieuwe vaardigheden. In de doelen wordt hier goed rekening mee gehouden, de doelen zijn passend bij het profiel. Vanuit zijn adaptieve ontwikkelingsniveau is te verwachten dat er gewerkt wordt aan het vergroten van de zelfredzaamheid, er zouden echter meer doelen opgesteld kunnen worden om deze vaardigheden te leren. Daarnaast wordt in het zorg- en begeleidingsplan aangegeven dat hij vaardigheden zal gaan leren bij het educatief centrum. Hier zijn echter geen doelen voor opgesteld. Het vergroten van de cliënt zijn vaardigheden kan meer uitgebreid worden in de doelen.

Cliënt 7: er is een duidelijke relatie te zien tussen de opgestelde doelen en het profiel van de cliënt. Gezien het niveau van functioneren van de cliënt, zijn de doelen passend. Vanuit het profiel zou je doelen verwachten om de zelfredzaamheid te verhogen, dit wordt getracht te bereiken met de doelen.

Cliënt 8: er is bij deze cliënt niet geheel een duidelijke relatie te zien tussen het profiel en de opgestelde doelen. Vanuit het profiel zou er verwacht worden dat hij zijn zelfredzaamheid verhoogt en nieuwe vaardigheden aanleert. Daarnaast zou verwacht worden dat de cliënt gestimuleerd wordt in het verbeteren van sociale vaardigheden en inperken van de obsessieve handelingen. In de doelen wordt hier geen rekening mee gehouden. De huidige doelen zijn

echter wel passend bij het profiel, maar er zouden nog meer doelen verwacht worden.

Cliënt 9: er is een duidelijke relatie te zien tussen het profiel van de cliënt en de opgestelde doelen. Vanuit zijn profiel wordt verwacht dat hij zeer kleine nieuwe vaardigheden leert en dat zijn omgeving goed inspeelt op zijn behoeftes. Hij heeft een zeer ernstige verstandelijke beperking en een laag niveau van adaptieve vaardigheden. In de doelen wordt wel rekening gehouden met het inspelen op zijn behoeftes, maar niet op het leren van nieuwe vaardigheden.

Cliënten 10 en 11: geen doelen aanwezig.

Onderzoeksvraag 2: Doelen ingedeeld op de domeinen van kwaliteit van bestaan

Bij elke cliënt is nagegaan bij welk domein van kwaliteit van bestaan (Schalock & Verdugo, 2002) zijn of haar doelen passen. Telkens is een doel bekeken en gekeken met welke indicatoren van welk domein het doel het meeste overeenkomsten heeft. In Tabel 4 is aangegeven hoeveel doelen er per domein zijn opgesteld. In totaal zijn er voor negen cliënten, 54 doelen opgesteld. In Tabel 4 is bijvoorbeeld te zien dat acht van de 54 doelen zijn opgesteld over het domein ‘Lichamelijk welbevinden’. Zie bijlage 2 voor de indeling op de domeinen per doel en per cliënt.

Tabel 4.

Aantal opgestelde doelen per domein van kwaliteit van bestaan (Schalock en Verdugo, 2002).

	Aantal doelen	Percentage
Lichamelijk welbevinden	8	14,81%
Psychisch welbevinden	10	18,52%
Interpersoonlijke relaties	7	12,96%
Deelname aan de samenleving	3	5,56%
Persoonlijke ontwikkeling	15	27,78%
Materieel welbevinden	5	9,26%
Zelfbepaling	3	5,56%
Belangen	3	5,56%
Totaal aantal doelen	54	100%

Opvallend is dat de meeste doelen gesteld worden op het domein ‘Persoonlijke ontwikkeling’. Bij zeven cliënten ($N=7$) zijn doelen opgesteld die horen tot het domein ‘Persoonlijke ontwikkeling’. Een aantal voorbeelden van deze doelen zijn: “cliënt x gaat de aangeleerde nieuwe creatieve technieken gebruiken in zijn pauzetijden op de dagbesteding”, “Binnen drie

maanden kan cliënt x met aansturing van de begeleiding, de waskar inruimen met handdoeken en washandjes” en “Over een half jaar kan cliënt x zijn eigen boterham volledig snijden in tien stukjes”.

Het tweede domein waar veel doelen bij passen is het domein ‘Psychisch welbevinden’, tien van de 54 doelen passen bij dit domein. Dit domein komt bij bijna alle cliënten voor ($N=8$). Voorbeelden van deze doelen zijn: “Tijdens de overgang van de woning naar de dagbesteding in de ochtend is een vermindering van spanning gedurende de ochtend te zien” en “Cliënt x heeft meer zelfvertrouwen in het uitvoeren van zijn werk”.

De domeinen ‘Lichamelijk welbevinden’ en ‘Interpersoonlijke relaties’ komen tevens vaak voor. Respectievelijk acht en zeven maal van de totaal 54 doelen. Voorbeelden van deze doelen zijn: “De onderspanning tot een minimum beperken (dit uit zich vooral in het in slaap vallen)”, “Begeleiders zijn in staat om het gedrag van cliënt x goed te kunnen lezen, zij werken aan de relatie met cliënt x”.

Er moet een kanttekening gemaakt worden over de doelen van drie cliënten uit de pilot. Er zijn drie cliënten waarbij de doelen niet gespecificeerd zijn maar gericht op de domeinen van Schalock & Verdugo (2002). Voorbeelden van deze doelen zijn: “In 2014 wordt de kwaliteit van bestaan gericht op interpersoonlijke relaties”, “In 2014 wordt het lichamelijk welbevinden van cliënt x geobserveerd en wordt gehandeld wanneer er verandering geconstateerd wordt” en “In 2014 wordt de kwaliteit van bestaan gericht op materieel welbevinden en wordt dit continu afgestemd op het willen en kunnen van cliënt x”. Deze drie cliënten hebben dus doelen op de domeinen: ‘Deelname aan de samenleving’, ‘Zelfbepaling’ en ‘Belangen’. Dit betekent dat voor de overige cliënten ($N=6$) geen doelen zijn opgesteld die passend zijn bij deze domeinen van kwaliteit van bestaan. Het opstellen van doelen op deze manier komt verder aan bod bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag over de criteria van de VGN (2013).

Onderzoeksvraag 3: Criteria van de VGN

Zoals eerder genoemd heeft de VGN (2013) een aantal criteria opgesteld waaraan doelen moeten voldoen. Daarnaast geven zij aan dat doelen worden opgesteld om aan de wensen van een cliënt te voldoen, de ontwikkeling van de cliënt te stimuleren en/of het probleemgedrag van een cliënt te verminderen. Het blijkt dat zes van de 39 opgestelde doelen niet gericht zijn op de cliënt, maar doelen zijn voor de begeleiders. Een voorbeeld hiervan is: “Voor cliënt x beheerst het team de werkwijze ‘Geef me de vijf’ (De Bruin, 2009) en ‘Cirkel van veiligheid’

(Cooper, Hoffman, Marvin en Powell, 2007)”. In bijlage 3 is per doel aangegeven aan welke criteria het wel of niet voldoet.

SMART formuleren van doelen

Allereerst is er gekeken in hoeverre doelen SMART geformuleerd zijn. Bij elk doel van elke cliënt is gekeken of het doel Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden is. De doelen worden in een zorg- en begeleidingsplan weergegeven in een vast format. Er wordt aangegeven wanneer men gestart is met het doel, wanneer het doel geëvalueerd wordt, welke stappen er ondernomen moeten worden en wie daar verantwoordelijk voor is.

26 van de 39 doelen zijn beoordeeld als specifiek. Een voorbeeld van een specifiek doel is: “In december 2013 is er op het KDC de één-op-één begeleiding van cliënt x afgebouwd tijdens het snoezelen, tv kijken en het rustmoment”. Er wordt in een specifiek doel concreet aangegeven waaraan gewerkt wordt. Een voorbeeld van een niet-specifiek doel is: “De fysieke omgeving waarin cliënt x verkeerd is aangepast op zijn behoeften”. In dit doel wordt niet concreet genoeg omschreven wat zijn behoeften zijn en waaraan dus gewerkt moet worden. Daarnaast zijn de doelen van de drie cliënten die gericht zijn op de domeinen van kwaliteit van bestaan van Schalock en Verdugo (2002), beoordeeld als niet specifiek.

Het tweede criteria beoordeelt of een doel meetbaar is. 31 van de 39 doelen zijn beoordeeld als meetbaar. Dit is een doel dat niet operationaliseerbaar is. Aan de hand van het zorg- en begeleidingsplan van de cliënten is er een afweging gemaakt of de gestelde doelen voor de cliënten acceptabel zijn. In ieder geval zijn 33 doelen acceptabel en 33 doelen beoordeeld als realistisch, de overige zes doelen kunnen niet beoordeeld worden (zie kanttekening). De 33 doelen, zijn doelen die te behalen zouden moeten zijn, wanneer de doelen vergeleken worden met het profiel van de cliënt. In onderzoeksvraag 1 wordt de relatie tussen het profiel van de cliënt en de doelen beschreven. Wanneer de doelen beoordeeld worden als passend bij het profiel, betekent dat dat de doelen realistisch zijn. Er moet een kanttekening worden gemaakt voor de drie cliënten waarbij de doelen gericht zijn op de domeinen van kwaliteit van bestaan. Deze doelen zijn niet specifiek en zeer breed geformuleerd. Dit zorgt ervoor dat het onduidelijk wordt waaraan precies gewerkt wordt met de cliënt. Omdat het niet duidelijk wordt waaraan gewerkt wordt, is het moeilijk om te bepalen of dit voor een cliënt haalbaar zou zijn.

Aan alle doelen is een tijdsbepaling gekoppeld. Bij elk doel wordt in het format aangegeven wanneer het doel geëvalueerd zal gaan worden. Bij 25 van de 39 doelen wordt er in het doel zelf een tijd aan genoemd wanneer het doel behaald moet zijn. Een voorbeeld

hiervan is: “Per 1 februari 2015 heeft cliënt x geen medicatie meer nodig”. Bij 14 van de 39 doelen wordt dit niet gedaan. Hier wordt de tijd waarin het doel behaald moet zijn vast gelegd in het format en dus niet letterlijk in het doel zelf. Bij alle doelen is nagegaan hoe lang de tijd is tussen de startdatum en de evaluatiedatum. Bij 17 van de 39 doelen wordt de evaluatiedatum van het doel gesteld op 1 jaar. Het doel wordt geëvalueerd bij het opstellen van het zorg- en begeleidingsplan van het volgende jaar. 18 van de 39 doelen worden geëvalueerd binnen 1 jaar en dus voor het nieuwe zorg- en begeleidingsplan. 4 van de 39 doelen hebben een termijn van twee jaar waarna zij worden geëvalueerd. Dit is enkel het geval bij één cliënt.

Mogelijkheden, beperkingen, wensen en behoeften van de cliënten

Het volgende criteria van de VGN (2013) stelt dat er bij het opstellen van doelen rekening gehouden moet worden met de mogelijkheden, beperkingen, wensen en behoeften van de cliënten. Het is niet voor alle cliënten mogelijk om hun wensen uit te spreken. Wanneer dit niet mogelijk is, verwoordt de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt, de wensen en verwachtingen van de cliënt. Bij elke cliënt wordt tevens een koppeling gemaakt tussen het profiel, verwachte doelen en daadwerkelijk opgestelde doelen.

Cliënt 1. *Mogelijkheden en beperkingen:* Er is bij deze cliënt rekening gehouden met zijn mogelijkheden en beperkingen. De cliënt kan nieuwe (schoolse) vaardigheden leren. Er is een doel gesteld om hem meer onderwijs aan te bieden op het KDC.

Wensen en behoeften: De wettelijk vertegenwoordigers van de cliënt hebben de wens om de cliënt meer onderwijs te bieden. Aan deze wens wordt voldaan in de doelen. Er wordt in de doelen echter geen rekening gehouden met alle wensen en behoeften van de wettelijk vertegenwoordigers, zij wensen dat de cliënt in de toekomst slaapt zonder scheurpak. Dit komt niet terug in de doelen.

Cliënt 2. *Mogelijkheden en beperkingen:* Er wordt rekening gehouden met de mogelijkheden en beperkingen bij deze cliënt. Er is een doel gesteld om hem meer activiteiten te laten ondernemen buiten zijn slaapkamer. Het ligt in zijn mogelijkheden om dit te kunnen.

Wensen en behoeften: De wensen en behoeften komen terug in de doelen. De wettelijk vertegenwoordiger heeft bijvoorbeeld de wens dat de cliënt voldoende dagbesteding krijgt. Het volgende doel is hierbij gesteld: “Cliënt x krijgt een dagelijks programma aangeboden, met daarbij het gebruik van pictogrammen”.

Cliënt 3, 4 en 5: Bij deze drie cliënten zijn de doelen gericht op de domeinen van kwaliteit van bestaan van Schalock en Verdugo (2002). Er wordt bij deze cliënten geen rekening gehouden met de mogelijkheden, beperkingen, wensen en behoeften. De doelen zijn zeer breed en niet specifiek. Individuele mogelijkheden, beperkingen, wensen en behoeften komen niet terug in de doelen.

Cliënt 6. *Mogelijkheden en beperkingen:* Er is bij deze cliënt één doel die geen rekening houdt met zijn mogelijkheden en beperkingen, dit doel is vooral gericht op de begeleiding. Het doel beschrijft het opnieuw inrichten van de kamer van de cliënt. Er wordt niet in benoemd hoe de cliënt hier zelf aan kan bijdragen en wat hij wil veranderen in de kamer.

Wensen en behoeften: Er is bij deze cliënt rekening gehouden met zijn wensen en behoeften. De cliënt heeft de wens om op zijn werk meer activiteiten te ondernemen. Er is een doel gesteld om hem kunstwerken te laten maken met materialen die hij niet kent.

Cliënt 7. *Mogelijkheden en beperkingen:* Er is in alle doelen rekening gehouden met de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. De doelen om zijn zelfredzaamheid te vergroten zijn passend bij zijn leermogelijkheden.

Wensen en behoeften: De ouders van de cliënt hebben de wens dat de zelfredzaamheid vergroot wordt van de cliënt en meer fysieke/bewegingsactiviteiten ondernemen. Er zijn een aantal doelen gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid, bijvoorbeeld de badsituatie zelfstandig kunnen uitvoeren en leren om brood te snijden. Er wordt echter geen rekening gehouden met de wens om meer fysieke activiteiten te ondernemen.

Cliënt 8. *Mogelijkheden en beperkingen:* Er is voor de cliënt een doel gesteld om hem meer activiteiten te laten ondernemen. Dit is passend bij zijn mogelijkheden, hij heeft voldoende mogelijkheden om meer activiteiten aan te kunnen.

Wensen en behoeften: Er wordt bij de doelen rekening gehouden met de wens om de cliënt meer activiteiten te laten ondernemen.

Cliënt 9. *Mogelijkheden en beperkingen:* Drie van de doelen bij deze cliënt zijn niet gericht zijn mogelijkheden en beperkingen, maar op de begeleiding. Een voorbeeld hiervan is: “Ter zijner tijd brengen we diagnostiek en behandeling in voor mogelijk trauma gerelateerde-

klachten bij cliënt x”. De overige doelen houden wel rekening met zijn mogelijkheden en beperkingen.

Wensen en behoeften: De wettelijk vertegenwoordiger wil graag dat de cliënt zich eerst veilig zal gaan voelen in zijn nieuwe woonomgeving. Wanneer hier sprake van is, kan er verder gewerkt worden aan andere vaardigheden.

Kwaliteit van bestaan en verantwoordelijkheid

Voor alle doelen is nagegaan of zij de kwaliteit van bestaan van een cliënt verslechteren, bevorderen of in stand houden. Er zijn geen doelen opgesteld die de kwaliteit van bestaan zouden verslechteren. Alle doelen houden de kwaliteit van bestaan van een cliënt in stand of bevorderen de kwaliteit van bestaan. In het format waarin doelen beschreven worden, wordt de verantwoordelijkheid vastgelegd. Tevens wordt hierin aangegeven wie bij het proces betrokken is.

Onderzoeksvraag 4: Doelevaluatie door PB-er en wettelijk vertegenwoordiger

De doelen van de cliënten zijn geëvalueerd door de persoonlijk begeleiders van de cliënten en de wettelijk vertegenwoordigers. Omdat sommige doelen kort voor de evaluatie zijn opgesteld, is het mogelijk dat er door de korte tijdperiode nog geen vooruitgang te zien is.

Om na te gaan hoe de cliënt zich ontwikkeld en in hoeverre doelen bij de cliënt gehaald worden, is er tevens gekeken naar doelen in het vorige zorg- en begeleidingsplan. Er zijn echter niet bij elke cliënt doelen uit een vorig zorg- en begeleidingsplan aanwezig, omdat zij nog maar kort bij Ipse De Bruggen wonen.

Door vijf persoonlijk begeleiders en vier wettelijk vertegenwoordigers zijn de doelen geëvalueerd.

Cliënt 3. *Doelen uit het vorige zorg- en begeleidingsplan:* niet aanwezig.

Doelen uit het huidige zorg- en begeleidingsplan: Er zijn voor deze cliënt drie doelen opgesteld. De doelen worden alle drie door zowel de persoonlijk begeleider als de wettelijk vertegenwoordiger, beoordeeld als ‘doel is behaald, matige voortuitgang’. Bij deze cliënt zien wettelijk vertegenwoordiger en de persoonlijk begeleider vooruitgang in de persoonlijke ontwikkeling en zelfredzaamheid. Hij heeft bijvoorbeeld geleerd om zelfstandig zijn tanden te

poetsen. Daarnaast heeft de cliënt zelfstandig kleuren en foto's uitgekozen voor zijn kamer. Wanneer de cliënt goed in zijn vel zit kan hij zelfstandig een dagindeling maken.

Cliënt 4. *Doelen uit het vorige zorg- en begeleidingsplan:* niet aanwezig

Doelen uit het huidige zorg- en begeleidingsplan: Er zijn voor deze cliënt drie doelen opgesteld. De doelen worden alle drie door zowel de persoonlijk begeleider als wettelijk vertegenwoordiger beoordeeld als 'doel is behaald, matige vooruitgang'. De cliënt heeft vooruitgang geboekt wat betreft zelfbepaling. Eveneens is de cliënt assertiever geworden en automutileert hij minder. Tevens is het gebruik van verwijzers ingezet om overgangssituaties te verduidelijken, dit is voor de cliënt een goede manier om de omgeving te begrijpen.

Cliënt 7. *Doelen uit het vorige zorg- en begeleidingsplan:* niet aanwezig

Doelen uit het huidige zorg- en begeleidingsplan: Er zijn voor deze cliënt vijf doelen opgesteld. Drie doelen worden door zowel de persoonlijk begeleider als de wettelijk vertegenwoordiger beoordeeld als 'doel is behaald, matige vooruitgang'. De cliënt heeft zich ontwikkeld in deze doelen en kan deze uitvoeren, maar er blijft oefening nodig om de taken beter uit te kunnen voeren. Twee doelen worden door de persoonlijk begeleider beoordeeld als 'doel is niet behaald, geen achteruitgang en geen vooruitgang', volgens de persoonlijk begeleider wordt er aan deze doelen nog gewerkt en kan de cliënt de taken nog niet geheel zelfstandig uitvoeren. De wettelijk vertegenwoordiger geeft aan dat het lastig is deze doelen te beoordelen van buitenaf.

Cliënt 8. *Doelen uit het vorige zorg- en begeleidingsplan:* Voor deze cliënt zijn er 6 doelen opgesteld in het vorige zorg- en begeleidingsplan. De wettelijk vertegenwoordiger beoordeelt vier van de doelen als 'doel is niet behaald, er is geen achteruitgang, geen vooruitgang' en twee doelen als 'doel is behaald, er is matige vooruitgang'. De wettelijk vertegenwoordigers geven aan dat de cliënt geen dagprogramma heeft welke passend is bij zijn draagkracht. Zij geven aan dat de cliënt wel een passend programma heeft wat betreft het opstaan in de ochtend.

De persoonlijk begeleider beoordeelt twee doelen als 'doel is niet behaald, er is achteruitgang', drie doelen als 'doel is niet behaald, er is geen achteruitgang, ook geen vooruitgang' en één doel als 'doel is behaald, matige vooruitgang'. De persoonlijk begeleider geeft evenals de wettelijk vertegenwoordiger aan dat er geen sprake is van een passend dagprogramma bij de draagkracht van de cliënt. Hoewel de wettelijk vertegenwoordiger vindt

dat de cliënt een passend programma heeft bij het opstaan in de ochtend, geeft de persoonlijk begeleider aan dat hier juist achteruitgang in te zien is. Hiernaast ziet de persoonlijk begeleider achteruitgang in het uitvoeren van de corvee taken op de woning. De wettelijk vertegenwoordiger geeft aan dat dit van afstand lastig te beoordelen is, maar beoordeelt het doel wel als behaald.

Doelen uit het huidige zorg- en begeleidingsplan: Zowel de persoonlijk begeleider als de wettelijk vertegenwoordiger beoordelen het doel als ‘doel is niet behaald, er is geen vooruitgang, ook geen achteruitgang’. Het doel richt zich op het beperken van de onderspanning en het toevoegen van nieuwe activiteiten aan zijn dagprogramma die de onderspanning tegen gaan. Beide geven aan dat de draagkracht van de cliënt per dag verschillend is, waardoor de mate van (onder)spanning per dag verschilt. Zijn gedrag verandert met regelmaat, wat er toe leidt dat er geen structureel nieuwe activiteiten toegevoegd kunnen worden.

Cliënt 9 (evaluatie van wettelijk vertegenwoordiger ontbreekt). *Doelen uit het vorige zorg- en begeleidingsplan:* niet aanwezig.

Doelen uit het huidige zorg- en begeleidingsplan: Er zijn voor deze cliënt zes doelen opgesteld. Vier van de doelen worden beoordeeld als ‘doel is behaald, matige vooruitgang’, één doel wordt beoordeeld als ‘doel is niet behaald, er is geen achteruitgang, ook geen vooruitgang’ en één doel wordt beoordeeld als ‘doel is niet behaald, er is achteruitgang’. Een achteruitgang wordt door de persoonlijk begeleider gezien in de fysieke toestand van de cliënt. De cliënt heeft licht overgewicht en wordt binnenkort geopereerd aan zijn voet. Het doel dat tevens niet behaald is, is het doel “cliënt x is ingesteld op de juiste soort en dosis medicatie”. Er zijn plannen gemaakt rondom verandering van medicatie, de plannen zijn echter nog niet uitgevoerd vanwege de komende operatie. De persoonlijk begeleider beoordeeld de meeste doelen als behaald met een matige vooruitgang. De voortuitgang is te zien in het bestendingen van het sociale netwerk van de cliënt, het contact met moeder en broer is verbeterd. Daarnaast heeft hij een zinvol dagprogramma en kan de begeleiding anticiperen op zijn gedrag.

Discussie

Beperkingen

Het onderzoek heeft een aantal beperkingen. Er is sprake van een kleine steekproef, wat er toe leidt dat de resultaten van het onderzoek minder betrouwbaar zijn. Conclusies uit het onderzoek moeten met enige terughoudendheid geïnterpreteerd worden. Daarnaast is de steekproef niet aselekt getrokken. De leden van de interne onderzoeksgroep van Ipse De Bruggen hebben een aantal cliënten gekozen die in aanmerking komen voor het eerste fase van het SCORE onderzoek. Hiervan is het nadeel dat er niet met zekerheid gezegd kan worden dat de steekproef representatief is voor de cliënten bij Ipse De Bruggen met een VG ZZP 6 of 7. Er is in dit stadium echter sprake van een exploratief onderzoek, in een verder stadium van het SCORE onderzoek wordt aangeraden om de steekproef aselekt te trekken en meer participanten te laten deelnemen aan het onderzoek.

De tweede beperking van het onderzoek is het ontbreken van vrouwen in de steekproef. Eén van de selectiecriteria van het SCORE-onderzoek stelt dat de cliënten een ZZP 6 of 7 moeten hebben om deel te nemen aan het onderzoek. Een ZZP 6 of 7 geeft aan dat er naast de verstandelijke beperking sprake is van psychiatrische problematiek en/of ernstige gedragsproblematiek (CIZ, 2012). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat jongens en mannen vaker gedragsproblemen vertonen dan meisjes en vrouwen (Looze, Dorselaer, Roos, Verdurmen, Stevens, Gommans, Van Bon-Martens, Ter Bogt, Vollebergh, 2014; Keiley, Bates, Dodge, & Pettit 2000). Dit geeft een mogelijke verklaring waarom er alleen mannen voorkomen in de steekproef. Om echter een zo representatief mogelijke steekproef en betrouwbaar onderzoek te hebben, is het in het vervolg belangrijk dat er tevens vrouwelijke participanten mee doen aan het onderzoek.

Een ander beperking is dat er tijdens deze fase van het SCORE onderzoek nog niet is gestart met het afnemen van alle instrumenten zoals vooraf vastgesteld is (Kalkman, 2014), zie hiervoor de methode sectie. Er is in onderhavig onderzoek gebruik gemaakt van de reeds aanwezige testresultaten. Een voorbeeld hiervan is het meten van adaptieve vaardigheden, vooraf is vastgesteld dat dit gemeten moet worden met de Vineland-II (Dijkxhoorn & Verhaar, 2012). Er waren echter geen cliënten waarbij testresultaten van de Vineland-II aanwezig waren, daardoor is er gekozen voor de beschikbare resultaten op de Vineland-I (Onderzoeksgroep Ontwikkelingsstoornissen Universiteit Leiden, 1995). Een ander voorbeeld is het niveau van cognitieve vaardigheden, de resultaten zijn bij de cliënten nog niet weergegeven op een gestandaardiseerde manier. Bij enkele cliënten wordt het niveau van cognitieve vaardigheden weergegeven in een intelligentiecoëfficiënt en bij anderen cliënten in

een leeftijdsequivalent. Daarnaast ontbreken voor veel cliënten nog resultaten, waardoor het niet mogelijk is om voor elke cliënt een volledig cliëntprofiel op te stellen.

Ten vierde is subjectiviteit in het onderzoek een beperking. Er is door één persoon bepaald of de doelen voldoen aan de criteria van de VGN (2010). Mogelijk zouden anderen onderzoeksassistenten een andere beoordeling geven. Daarentegen is de beoordeling of een doel behaald is, beoordeeld door zowel de persoonlijk begeleider en de wettelijk vertegenwoordiger. Dit zorgt voor minder subjectieve resultaten en dus betrouwbaardere resultaten. Een ander sterk punt van het onderzoek is het belichten van doelen op verschillende niveaus. Er is een breed beeld ontstaan hoe doelen in de praktijk gebruikt worden. Dit leidt er toe dat Ipse De Bruggen een beeld krijgt hoe het in de praktijk er aan toe gaat en op welke punten zij zich kunnen verbeteren.

Conclusie

In dit onderzoek zijn vier onderzoeksvragen beantwoord. Allereerst is er met dit onderzoek een beeld gevormd van de profielen van de onderzoeksgroep. Er kan geconcludeerd worden dat er sprake is van participanten met verschillende profielen, de cliënten functioneren veelal verschillend op de domeinen. Er zijn echter een aantal overeenkomsten zoals aspecten van de context waarin zij wonen en de mate waarin zij participeren in de samenleving. Verschillen liggen vooral op het niveau van cognitieve vermogens, adaptieve vaardigheden en gezondheid. De cliënten hebben bijna allemaal een vorm van een ASS. In het geheel kan geconcludeerd worden dat er sprake is van gevarieerde kenmerken bij de participanten in de steekproef. Voor elke cliënt heeft de informatie op de domeinen van het AAIDD model (2012) en informatie uit het zorg- en begeleidingsplan geleid tot een ondersteuningsvraag. Hierna is bekeken of de doelen die gesteld zijn, passend zijn bij het profiel en ondersteuningsvraag van de cliënt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat bij in ieder geval zes cliënten de doelen passend zijn bij het profiel. Dat neemt niet weg dat er anderzijds bij enkele cliënten wel meer doelen verwacht zouden worden gezien vanuit het profiel van het cliënt, echter de doelen die wel zijn gesteld, zijn passend. Van de overige drie cliënten kan niet beoordeeld worden of de doelen passend zijn bij het profiel. Zij hebben zeer brede doelen (gericht op domeinen van kwaliteit van bestaan), wat het niet mogelijk maakt om te beoordelen of zij passend zijn of niet.

In de tweede onderzoeksvraag is nagegaan bij welke domeinen van kwaliteit van bestaan (Schalock & Verdugo, 2002) de opgestelde doelen van de cliënten passen. Hieruit blijkt dat doelen vooral opgesteld worden op de domeinen 'persoonlijke ontwikkeling',

‘psychisch welbevinden’, ‘lichamelijk welbevinden’ en ‘interpersoonlijke relaties’. Er kan geconcludeerd worden dat cliënten vooral ondersteuning krijgen op deze domeinen. Op de domeinen ‘deelname aan de samenleving’, ‘zelfbepaling’ en ‘belangen’, worden maar voor drie cliënten doelen opgesteld. Hieruit kan geconcludeerd worden dat weinig cliënten door middel van doelen werken aan vaardigheden op deze domeinen. Ten derde is de onderzoeksvraag “Voldoen de opgestelde doelen aan de criteria zoals gesteld door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)?” beantwoord. Hieruit blijkt dat doelen niet altijd worden geformuleerd voor de cliënt zelf, maar in enkele gevallen doelen zijn voor de begeleiders. Er kan tevens geconcludeerd worden dat niet alle doelen die zijn opgesteld ‘specifiek’ en ‘meetbaar’ zijn en daardoor niet gehaal SMART geformuleerd worden, hierin is mogelijk nog ondersteuning gewenst voor de personen die de doelen opstellen. De doelen zijn echter allemaal beoordeeld als ‘acceptabel’ en ‘realistisch’. Ipse De Bruggen heeft een vast format waarin doelen worden weergegeven. In dit format is het verplicht om aan een doel een tijdsbepaling te koppelen. Daarnaast moet in het format aangegeven worden wie er verantwoordelijk is voor een doel. Er kan geconcludeerd worden dat er wordt voldaan aan deze criteria doordat er een format beschikbaar is waarin doelen worden ingevuld. Het format is dus een juiste manier om ervoor te zorgen dat doelen standaard aan een aantal criteria voldoen. In de toekomst is het belangrijk om het format te blijven gebruiken bij het opstellen van doelen. Daarnaast is het belangrijk dat wensen en behoeften van cliënten wanneer deze realistisch zijn, meegenomen worden in de doelen. Dit is nu niet altijd het geval. Het is voor de cliënten belangrijk dat zij hun eigen wensen en behoeften kunnen tonen, dit zorgt voor een hogere kwaliteit van bestaan (Van Loon, 2008). Geconcludeerd kan worden dat het voor begeleiders belangrijk is om het profiel van een cliënt duidelijk in beeld te brengen en het profiel van de cliënt gebruiken als hulpmiddel bij het opstellen van doelen.

Vervolgens is gekeken naar de relatie tussen het profiel van de cliënt en de opgestelde doelen. Geconcludeerd kan worden dat bij drie cliënten (cliënt 1, 7 en 9) een duidelijke relatie te zien is tussen het profiel en de opgestelde doelen. Wat er verwacht zou worden vanuit het profiel, is terug te zien in de doelen. Dit blijkt bijvoorbeeld bij cliënt 1. Vanuit het profiel wordt verwacht dat de cliënt werkt aan het vergroten van vaardigheden en zelfredzaamheid. Hier zijn voor deze cliënt doelen opgesteld. Bij de cliënten 2 en 6 is er deels een relatie te zien tussen het profiel en de doelen. Er worden doelen opgesteld die verwacht worden vanuit het profiel, maar deze kunnen uitgebreid worden. Een voorbeeld hiervan is cliënt 6, de cliënt heeft de mogelijkheid om zelfredzaamheid te vergroten en nieuwe vaardigheden te leren. In doelen wordt de zelfredzaamheid enigszins gestimuleerd, maar kan de cliënt hier veel meer in

leren. Bij cliënt 8 is er nauwelijks een relatie te vinden. Hij kan gezien zijn niveau van functioneren meer leren dan waar er in de doelen rekening mee wordt gehouden. Daarnaast wordt er niet gewerkt aan zijn sociale vaardigheden en symptomen van OCD.

Bij de laatste onderzoeksvraag kan er geconcludeerd worden dat doelen grotendeels behaald worden, echter met een matige voortuitgang. Daarnaast komt de mening over het behalen van doelen grotendeels overeen tussen de persoonlijk begeleiders en wettelijk vertegenwoordigers. Tevens wordt geconcludeerd dat persoonlijk begeleiders een beter zicht hebben op de activiteiten die op de woning gebeuren, dan dat wettelijk vertegenwoordigers dit hebben.

Bij het opstellen van een doel wordt er nagegaan wat de cliënt kan en wil leren en op welke gebieden de cliënt ondersteuning nodig heeft (Herps, Buntinx & Curfs, 2011). Aan de hand van deze informatie worden doelen opgesteld die leiden tot ondersteuning op bepaalde vlakken en doelen die voor ontwikkeling van vaardigheden leiden. Er wordt verwacht dat deze doelen passend zijn bij het profiel van de cliënt. Het gewenste resultaat is dat deze doelen behaald worden, de cliënt zich ontwikkelt en de ondersteuning ontvangt die hij of zij nodig heeft. Uit het onderzoek blijkt dat doelen niet altijd passend zijn bij het profiel van de cliënt. Zou zouden er bij een aantal cliënten worden verwacht dat er meer doelen worden opgesteld om de zelfredzaamheid te vergroten, terwijl dit niet gebeurt in de doelen. Het is belangrijk de hulpverleners het profiel van de cliënt goed in beeld hebben bij het opstellen van de doelen om deze zo goed mogelijk op elkaar aan te laten sluiten. Dit zorgt voor een zo hoog mogelijke ontwikkeling van de cliënt.

Elk doel van een cliënt is onder te verdelen op een domein van kwaliteit van bestaan (Schalock, Garder & Bradley, 2007). Zoals te zien is in de resultatensectie, worden er niet op alle domeinen van kwaliteit van bestaan veel doelen geformuleerd. Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste cliënten ($N=6$) geen doelen hebben op de domeinen 'deelname aan de samenleving', 'zelfbepaling' en 'belangen'. Dit zijn echter wel domeinen die bijdragen aan een hogere kwaliteit van bestaan (Schalock, Garder & Bradley, 2007). Deelname aan de samenleving blijkt een belangrijk aspect te zijn voor een cliënt om een hogere kwaliteit van bestaan te ervaren (Van Loon, 2008). Daarnaast speelt zelfbepaling een belangrijke rol in het ervaren van een hoge kwaliteit van bestaan, ook al gaat dit om het maken van zeer simpele keuzes (Van Loon, 2008). Omdat voor een aantal cliënten op bovenstaande domeinen geen doelen worden gesteld, zou geconcludeerd kunnen worden dat de cliënten geen ondersteuning

nodig hebben op deze domeinen. Er lijkt echter nog een andere mogelijke verklaring te zijn. Mogelijk spelen de beperkingen van de cliënt mee in de keuze voor domeinen. Een beperkte mobiliteit zorgt er bijvoorbeeld voor dat een cliënt niet makkelijk buiten het instellingsterrein kan komen (Overkamp, 2000). De cliënt zou hierbij veel begeleiding nodig hebben, wat in de praktijk niet altijd haalbaar is. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat er geen doelen worden gesteld op het domein 'deelname aan de samenleving'. Wanneer er in dit geval wel een doel gesteld zou worden, zou dit geen realistisch doel zijn. Nog een andere verklaring zou kunnen zijn hospitalisering. Dit houdt in dat begeleiders wennen aan het gedrag van een cliënt en dit niet meer zien als problematisch (Van der Weijde, Joanknecht, Spinder, 2008). Zij zullen dan de neiging hebben om geen doelen op te stellen om dit gedrag bijvoorbeeld te verminderen of de cliënt op dit gebied nieuwe vaardigheden aan te leren. In dit geval betekent het onderbreken van domeinen waarop doelen zijn opgesteld niet dat een cliënt geen ondersteuning nodig heeft, maar dat begeleiders het gedrag niet meer zien als afwijkend. Mogelijk zouden observaties door een andere hulpverlener en het goed in kaart brengen van het profiel van een cliënt, inzicht geven in het daadwerkelijke gedrag van een cliënt.

In een enkel geval blijkt dat persoonlijk begeleiders en wettelijk vertegenwoordigers een andere mening hebben over het behalen van een doel. Hier lijkt een mogelijke verklaring voor te zijn. Persoonlijk begeleiders zien de cliënt over het algemeen vaker dan de wettelijk vertegenwoordigers. Daarnaast hebben de persoonlijk begeleiders meer inzicht in de dagelijkse situaties op de woning, dit hebben wettelijk vertegenwoordigers over het algemeen minder omdat zij vanaf een afstand mee kijken. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat een wettelijk vertegenwoordiger niet altijd goed een beeld kan vormen wat er in de dagelijkse praktijk gebeurt en of een doel dus behaald wordt. In het vervolgonderzoek zullen de evaluatiecriteria hierop moeten worden aangepast.

Vervolgonderzoek en aanbevelingen

In het vervolgstadium van het SCORE onderzoek zou er onderzoek kunnen plaatsvinden naar de relatie tussen de cliëntprofielen en de domeinen van kwaliteit van bestaan (Schalock & Verdugo, 2002) waarop doelen opgesteld worden. Mogelijk zijn er bijvoorbeeld relaties te zien tussen het niveau van verstandelijk functioneren en het domein waarop een doelen gesteld worden. In het huidige onderzoek was het niet mogelijk om deze relatie te onderzoeken vanwege een kleine steekproef en niet gestandaardiseerde testresultaten. In het vervolgonderzoek zal er dus sprake moeten zijn van een grotere steekproef en het standaardiseren van de testresultaten. Tevens kan er onderzoek gedaan worden naar de relatie

tussen de criteria van de VGN (2010) en het wel of niet behalen van de doelen. Mogelijk heeft het niet voldoen aan de criteria van de VGN (2010) tot gevolg dat het doel niet goed uitgevoerd wordt en de cliënt een doel niet behaald. Hier kan vervolgonderzoek zich op richten. Ten derde kan er onderzoek gedaan worden naar het profiel van de cliënt en het wel of niet behalen van doelen. Mogelijk zijn er één of meerdere onderdelen uit het AAIDD model (2012) van invloed op het behalen van een doel. Een voorbeeld hiervan kan zijn de mate van cognitieve vermogens. Wellicht leidt het hebben van een lichte verstandelijke bijvoorbeeld vaker tot het behalen van een doel dan wanneer de cliënt een ernstige verstandelijke beperking heeft.

In dit onderzoek is het behalen of niet behalen van een doel beoordeeld door de wettelijk vertegenwoordigers en de persoonlijk begeleiders van een cliënt. Er is contact opgenomen met de persoonlijk begeleiders met een vragenlijst met daarin de doelen van de cliënt. De persoonlijk begeleiders heeft deze doorgestuurd naar de wettelijk vertegenwoordiger. In het vervolgonderzoek is aan te raden om direct wettelijk vertegenwoordiger te benaderen met de vragenlijst, dit leidt wellicht tot snellere reacties. Daarnaast is aan te raden om persoonlijk contact op te nemen met de persoonlijk begeleiders en wettelijk vertegenwoordigers, om hen zo meer mogelijkheden te geven om hun beoordeling toe te lichten. Dit kan wellicht telefonisch.

Uit het onderzoek blijkt dat wettelijk vertegenwoordigers niet altijd een goed beeld hebben wat er op de woning precies gebeurd en of een doel dus behaald wordt. Dit gaat veelal over activiteiten die op de woning gebeuren, zoals corvee taken. In het vervolgonderzoek kan er een optie in de vragenlijst bijkomen, waar wettelijk vertegenwoordigers kunnen aangeven dat zij geen zicht hebben op deze situatie. Dit voorkomt dat zij één van de vier andere opties aankruisen, wat leidt tot een vertekent beeld van het wel of niet behalen van een doel.

In het huidige onderzoek is door één persoon beoordeelt of de doelen voldoen aan de criteria van de VGN (2010). Dit kan tot subjectiviteit leiden. In vervolgonderzoek is aan te raden dat de criteria van de doelen door meer personen worden beoordeeld om zo objectiever te zijn. Mogelijk kan dan ook de interbeoordelaarbetrouwbaarheid vast gesteld worden.

Referentielijst

- American Association on Intellectual and Developmental Disorders (AAIDD) (2012). *Intellectual Disability: User's Guide*. USA: AAIDD bookstore.
- Bastiaansen, D., Koot, H.M., Bongers, I.L., Varni, J.W. & Verhulst, F.C. (2004). Measuring quality of life in children referred for psychiatric problems: Psychometric properties of the PedsQL 4.0 generic core scales. *Quality of life research*, 1, 489-495.
- Bronfenbrenner, U. (1976). *The ecology of systems*. Cambridge: MIT Press.
- Bruin, C., de (2009). *Geef me de: een praktisch houvast bij de opvoeding en begeleiding van kinderen met autisme*. Nederland, Doetichem: Graviant Educatieve uitgaven.
- Buntinx, W.H.E. (2003). Wat is een verstandelijke handicap? Definitie, assessment en ondersteuning volgens het AAMR-model. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 29 (1), 4-24.
- Buntinx, W.H.E. (2013). Classificatiemodellen in de Gehandicaptenzorg, Relevantie voor onderzoek (en praktijk). VGN Masterclass 2013.
- CIZ. (2012). CIZ Indicatiewijzer. Geraadpleegd op 4-01-2014.
http://www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/indicatiewijzer/Indicatiewijzer_50.pdf
- Claes, L. & Verduyn, A. (2011). *De SEO-R: Schaal voor Emotionele Ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking – Revised*. Nederland, Apeldoorn: Garant Uitgevers.
- Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, R., & Powell, B. (2007). Clinical application of attachment theory: The Circle of Security approach. In K. Golding (Ed.), *Attachment theory into practice*, Briefing Paper No. 26, British Psychological Society. Cummins, R.A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 699-706.
- Dijkxhoorn, Y.M. & Verhaar, L. (2012). *Gebruikershandleiding Proefversie Vineland II: Nederlandse vertaling*. Nederland, Leiden: Universiteit Leiden.
- Došen, A. (2010). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Nederland, Assen: Van Gorcum.
- Hastings, R. P. (1997). Measuring staff perceptions of challenging behaviour: the challenging Behaviour attributions scale (CHABA). *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 495-501.

- Hendriksen, J. & Hurks, P. (2009). *WPPSI-III-NL: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, Nederlandse Handleiding*. Amsterdam, Pearson.
- Herps, M.A., Buntinx, W.H.E. & Curfs, L.M.G. (2011). Ondersteuningsplannen in de gehandicaptenzorg: beschouwingen en perspectief. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 2, 110-118.
- Hoekman, J., Douma, J.C.H., Kersten, M.C.O., Schuurman, M.I.M. & Koopman, H.M. (2001). IDQOL – Intellectual Disability Quality of Life: de ontwikkeling van een instrument ter bepaling van de ‘kwaliteit van bestaan’ van mensen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 27, 207-225.
- Kalkman, P. (2014). Masterscriptie: testbatterij op basis van het AAIDD-model voor cliënten met een ZZP 6 en 7, ten behoeve van het SCORE-onderzoek. Universiteit Leiden.
- Kraijer, D.W., Kema, G.N. & De Bildt, A.A. (2004). *SRZ/SRZ-i – Sociale redzaamheidsschaal voor verstandelijk gehandicapten*. Amsterdam: Pearson.
- Koot, H.M. & Dekker, M.C. (2001). *Handleiding voor de VOG. Ouder- en leerkrachtversie*. Rotterdam: afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kort, W., Schittekatte, M., Bosmans, M., Compaan, E.L., Dekker, P.H., Vermeir, G. & Verhaeghe, P. (2005). *WISC-III-NL: Wechsler Intelligence Scale for Children-III, Nederlandse Handleiding*. Amsterdam: Pearson.
- Loon, J., van (2008). Een persoonsgerichte ondersteuningsmethodiek: Het methodisch bevorderen van kwaliteit van bestaan voor mensen met een verstandelijke beperking. In J. Van Loon, & G. Van Hove, Arduin. Persoonsgerichte ondersteuning en kwaliteit van bestaan (pp. 63-82). Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Martin, G. & Pear, J. (2010). *Behavior modification; What is it and how to do it?* (International Edition, 9th edition). Boston: Pearson.
- Meulen, van der, B.F., Ruiters, S.A.J., Spelberg, H.C. & Smrkovsky, M. (2002). *BSID-II-NL: Bayley Scales of Infant Development – second edition – Nederlandse bewerking*. Amsterdam: Pearson.
- Minderaa, R.B. (1997T). *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Nederland, Assen: Van Gorcum & Comp.
- Nederlands Jeugd Instituut. *Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 04-01-2014.

http://www.jeugdinstituut.nl/nl/Watwerkt_LVB.pdf

- Onderzoeksgroep Ontwikkelingsstoornissen Universiteit Leiden (1995). *Handleiding Vineland Adaptive Behavior Scales-I-NL - Experimentele versie*. Nederland, Leiden: Universiteit Leiden.
- Overkamp, E. (2000). *Instellingen nemen de wijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum bv.
- Pearson (2012). *WAIS-IV – Wechsler Adult Intelligence Scale IV-NL: technische handleiding*. Nederland, Apeldoorn: Pearson.
- Raad van Volksgezondheid en Zorg. *Sturen op gezondheidsdoelen*. Geraadpleegd op 07-01-2014. http://rvz.net/uploads/docs/Advies__Sturen_op_gezondheidsdoelen.pdf
- Schalock, R.L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R.A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K.D. & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation*, 40, 6, 457-470.
- Schalock, R. L., Gardner, J. F., & Bradley, V. J. (2007). Quality of life of persons with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, systems, and communities. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R.L., & Verdugo, M.A. (2002). *The international handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schopler, E., Reichler, R.J., Bashford, A., Lansing, M.D. & Marcus, L. (1990). *Psychoeducational Profile Revised. Volume 1 (PEP-R)*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Tellegen, P. J., Winkel, M., Wijnberg-Williams, B. J., & Laros, J. A (1998). *Snijders-Oomen Niet-verbale Intelligentietest SON-R 2.5-7. Verantwoording en Handleiding*. Nederland, Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Thompson, J.R., Bryant, B.R., Campbell, E.M., Craig, E.M., Hughes, C.M. & Rotholz, D.A. (2004). *Supports Intensity Scale. User's Manual*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Van der Weijde, M., Joanknecht, L & Spinder, S. (2008). *Krachten en Kansen*. Nederland, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verdugo, M.A., Schalock, R.L., Keith, K.D., & Stancliffe, R.J. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 707-717.

- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2007). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg: Visiedocument*. Verkregen van:
http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Visiedocument_kwaliteitskader_gehandicaptenzorg.pdf
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2010). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg: Visiedocument 2.0*. Verkregen van <http://www.vgn.nl/artikel/15593#>
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2013). *Verbeterprogramma. Deel 1: Toelichtingen bij het ondersteuningsproces*. Utrecht: Vilans.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2013). *Handreiking ondersteuningsplannen*. Utrecht: Vilans.
- Zijlmans, L., Embregts, P., Gerits, L., Bosman, A., & Derksen, J. (2009). Begeleiders in beeld: Een onderzoek naar de effectiviteit van een training voor begeleiders van cliënten met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblemen. *Onderzoek en Praktijk*, 7(1), 5-10.

Bijlage 1: beschrijving van de vijf domeinen van het AAIDD-model (2012) per cliënt

Domein 1: intellectuele mogelijkheden

Cliënt 1: WISC-III-NL: TIQ=50, resultaten op VIQ en PIQ onbekend, licht verstandelijke beperking.

Cliënt 2: recente testgegevens niet beschikbaar, schatting ernstig verstandelijke beperking.

Cliënt 3: WPPSI-III-NL: totale ontwikkelingsleeftijd 4;8 jaar, matig tot ernstig verstandelijke beperking.

Cliënt 4: PEP-R: ontwikkelingsniveau 1;5 jaar, zeer ernstig verstandelijke beperking.

Cliënt 5: SON 2;5-7;0: ontwikkelingsleeftijd 5;6 jaar, matige verstandelijke beperking.

Cliënt 6: WISC-III-NL: TIQ=50, VIQ=60, PIQ=onbekend, alleen bekend dat het resultaat niet betrouwbaar is, licht tot matig verstandelijke beperking.

Cliënt 7: : SON 2;5-7;0: ontwikkelingsleeftijd 3;7 jaar, matig tot ernstig verstandelijke beperking.

Cliënt 8: WAIS-IV-NL: TIQ=73, VIQ=72 en PIQ=76, lichte verstandelijke beperking.

Cliënt 9: BSID-II: ontwikkelingsleeftijd 17 maanden, zeer ernstige verstandelijke beperking.

Cliënt 10: BSID-II: ontwikkelingsleeftijd 21 maanden, zeer ernstige verstandelijke beperking.

Cliënt 11: recente testgegevens niet beschikbaar, schatting licht verstandelijke beperking.

Bij zes cliënten is de ontwikkelingsleeftijd weergegeven in een leeftijdsequivalent. Deze loopt uiteen van 1;5 jaar tot 5;0 jaar ($M=36,17$ maanden, $SD=20,11$ maanden). Bij drie cliënten wordt de cognitieve ontwikkeling weergegeven in een intelligentiecoëfficiënt (IQ). Het gemiddelde IQ is 64,33 ($SD=12,50$).

Domein 2: Adaptieve vaardigheden

De adaptieve vaardigheden zijn gemeten met de Vineland Adaptive Behavior Scales-I (VABS) (Onderzoeksgroep Ontwikkelingsstoornissen Universiteit Leiden, 1995) tenzij anders vermeld.

Cliënt 1: recente testgegevens onbekend.

Cliënt 2: recente testgegevens onbekend.

Cliënt 3: recente testgegevens onbekend.

Cliënt 4: totale ontwikkelingsleeftijd 1;3 jaar. Testresultaten op de verschillende domeinen ontbreekt.

Cliënt 5: recente testgegevens onbekend.

Cliënt 6: recente testgegevens op de VABS onbekend. Ontwikkelingsleeftijd wat betreft sociale redzaamheid 7;6 jaar, gemeten met de SRZ (Kraijer, Kema & De Bildt, 2004).

Cliënt 7: totale ontwikkelingsleeftijd 2;4 jaar. Communicatie: 2;6 jaar, dagelijkse vaardigheden: 2;8 jaar, socialisatie: 1;4 jaar en motorische vaardigheden: 2;7 jaar.

Cliënt 8: totale ontwikkelingsleeftijd 4;6-4;8 jaar. Communicatie: 5;8-5;10 jaar, dagelijkse vaardigheden: 6;0-6;2 jaar en socialisatie 1;6-1;8 jaar, resultaat op domein motorische vaardigheden ontbreekt.

Cliënt 9: totale ontwikkelingsleeftijd 1;4-1;6 jaar. Communicatie: 1;8-1;10 jaar, dagelijkse vaardigheden: 1;6-1;8 jaar en socialisatie: 1;2-1;4 jaar, resultaat op domein motorische vaardigheden ontbreekt.

Cliënt 10: totale ontwikkelingsleeftijd: 1;2 jaar. Communicatie: 1;0 jaar, dagelijkse vaardigheden 1;6 jaar en socialisatie 0;11 jaar, resultaat op domein motorische vaardigheden ontbreekt.

Cliënt 11: recente testgegevens onbekend.

De scores van alle cliënten lopen uiteen van 13 maanden tot 54 maanden ($M=25,00$, $SD=17,48$).

Het niveau van de emotionele ontwikkeling is bepaald aan de hand van de testresultaten op de SEO-r (Claes & Verduyn, 2001). Per domein is er gekeken in welke fase een cliënt functioneert. Wanneer een cliënt op verschillende domeinen overwegend scoort in een bepaalde fase, dan kan er beoordeeld worden dat de cliënt hoogstwaarschijnlijk functioneert in die bepaalde fase (Vonk & Hosmar, 2009). Er wordt uitgegaan van een verloop in fases (Došen, 2011). Wanneer een cliënt functioneert op (bijna) alle fases van de emotionele ontwikkeling, wordt er gesproken over een disharmonisch profiel en kan dus niet vastgesteld worden in welke fase een cliënt functioneert.

De helft van de cliënten bevindt zich in de eerste adaptatiefase (0-6 maanden). Er is één cliënt met een disharmonisch profiel, hieraan kan geen fase gekoppeld worden. In Tabel 5 zijn de frequenties weergegeven van het voorkomen van de fases van emotionele ontwikkeling. Van cliënt 2, 9 en 11 ontbreken recente testgegevens.

Tabel 5.

Frequenties van de fases van emotionele ontwikkeling (Claes & Verduyn, 2001; Došen, 2010)
(N=8)

	Frequentie	Cliënt
Eerste adaptatiefase	4	Cliënt 4, 7, 8, 10
Eerste socialisatiefase	2	Cliënt 1, 5
Eerste individuatiefase	1	Cliënt 3
Eerste identificatiefase	0	
Realiteitsbewustwording	0	
Disharmonisch profiel	1	Cliënt 6
Totaal	8	

Domein 3: gezondheid

Dit domein is beschreven aan de hand van de informatie in de zorgdossiers van de cliënten. Opvallend is dat een groot deel van de cliënten (N=9) gediagnosticeerd is met een autismespectrumstoornis (ASS). Daarnaast is één cliënt gediagnosticeerd met een multicomplex developmental disorder (MCDD). De cliënt zonder een ASS is niet gediagnosticeerd met een andere stoornis, maar vertoont wel kenmerken van Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Daarnaast is er één cliënt waar naast de ASS, een obsessief compulsieve stoornis (OCD) is vastgesteld en is er één cliënt die naast de ASS gediagnosticeerd is met een hechtingsstoornis. De kenmerken van de gezondheid zijn weergegeven per cliënt:

Cliënt 1: Bij de cliënt is de diagnose MCDD vastgesteld. De cliënt verkeert in goede gezondheid, er zijn geen klachten aanwezig.

Cliënt 2: De cliënt is gediagnosticeerd met ASS. Er is sprake van een hypertensie (hoge bloeddruk) en scoliose (kromming in de ruggengraat).

Cliënt 3: De cliënt is gediagnosticeerd met ASS. Er is sprake van scoliose, matige conditie, ducenne trent (tuimelpas) en platvoeten. Met regelmaat heeft de cliënt last van reflux (teruggeven van voedsel van de maag naar de slokdarm), eczeem en obstipatie.

Cliënt 4: De cliënt is gediagnosticeerd met ASS. Er is sprake van het CSWS-syndroom (een vorm van epilepsie).

Cliënt 5: De cliënt is gediagnosticeerd met ASS. In 2002 is er sprake geweest van een psychotische decompensatie. Met regelmaat heeft de cliënt klachten die voortkomen uit

overbelasting. Daarnaast heeft de cliënt last van hoofdpijnklachten, deze komen veelal voort uit vermoeidheid.

Cliënt 6: De cliënt is gediagnosticeerd met ASS en een hechtingstoornis. Er is sprake van scheefstand van de voeten, dit wordt gecorrigeerd met steunzolen. De cliënt verkeert in een goede algehele gezondheid.

Cliënt 7: De cliënt is gediagnosticeerd met ASS. De cliënt heeft regelmatig last van keel-neus-oor problematiek. In 2010 zijn de achillespezen verlengd door middel van een operatie. De cliënt verkeert in een goede algehele gezondheid.

Cliënt 8: De cliënt is gediagnosticeerd met ASS en OCD. De cliënt verkeert in een goede algehele gezondheid.

Cliënt 9: De cliënt is gediagnosticeerd met ASS. Er is sprake van epilepsie en hypotonie (lage spierspanning), dit wordt veroorzaakt door het IDIC 15 syndroom (chromosomale afwijking). De cliënt heeft tevens hooikoorts en wisselend strabisme (scheelzien).

Cliënt 10: De cliënt is gediagnosticeerd met ASS. De cliënt verkeert in een goede algehele gezondheid.

Cliënt 11: De cliënt vertoont kenmerken van ADHD.

Domein 4: participatie, interactie en sociale rollen

Alle cliënten ($N=11$) wonen op een locatie van Ipse De Bruggen. Hier volgt een korte beschrijving van dit domein per cliënt:

Cliënt 1: Naast de woning gaat de cliënt naar het kinderdagcentrum (KDC) toe. Het contact dat hij zoekt met anderen wordt beoordeeld als goed. De cliënt is beleefd naar anderen toe. Op straat spreekt hij vaak onbekende mensen aan. Het contact met groepsgenoten op het KDC en op de woning is voldoende.

Cliënt 2: De cliënt krijgt individuele dagbesteding vanwege zijn gedragsproblematiek. Dit heeft tot gevolg dat hij niet veel contact heeft met groepsgenoten.

Cliënt 3: De cliënt volgt vijf dagen in de week dagbesteding op het terrein van Ipse De Bruggen. Het contact dat de cliënt zoekt met anderen is goed, maar vooral functioneel. Twee keer in de maand onderneemt hij activiteiten buiten de instelling, bijvoorbeeld uit eten gaan.

Cliënt 4: De cliënt gaat overdag naar de dagbesteding toe. In de weekenden gaat de cliënt naar zijn ouders toe, waar hij tevens veel familieleden, vrienden en kennissen ontmoet. Het contact dat hij legt is over het algemeen goed.

Cliënt 5: De cliënt is voornamelijk op zichzelf gericht en niet op anderen. Hij heeft zeer weinig sociale vaardigheden. De cliënt heeft voornamelijk contact met de begeleiders van de woning en de dagbesteding. Verder heeft hij weinig sociale contacten.

Cliënt 6: De cliënt heeft vooral contact met begeleiders, groepsgenoten sluiten niet aan bij zijn niveau. Wel neemt de cliënt deel aan verschillende lessen zoals 'bewegen op muziek'. Hier ontmoet hij andere cliënten, het contact is over het algemeen goed. Daarnaast leert hij nieuwe vaardigheden bij het educatieve centrum.

Cliënt 7: De cliënt maakt vooral contact met begeleiders, nauwelijks met groepsgenoten. Af en toe gaat hij naar het huis van zijn ouders toe. De cliënt besteedt zijn vrije tijd vooral op de woning.

Cliënt 8: De cliënt heeft weinig communicatievaardigheden en maakt vooral functioneel contact met begeleiders. Naast zijn vader heeft de cliënt weinig sociale contacten.

Cliënt 9: De cliënt heeft veel contact met zijn moeder en broer die langskomen op de woning. De vrije tijd besteedt de cliënt vooral op de woning of op het instellingsterrein, hij komt nauwelijks buiten het terrein. Het contact met begeleiding is vooral functioneel.

Cliënt 10: Bij de cliënt is er nauwelijks sprake van contact met anderen, het contact met begeleiding is functioneel. Voordat de cliënt verhuisde woonde hij apart van de groep, er is nog steeds nauwelijks sprake van contact met groepsgenoten.

Cliënt 11: informatie onbekend

Domein 5: context

De context is voor de cliënten ($N=11$) deels hetzelfde. Alle cliënten wonen in een woning van Ipse de Bruggen. Daarentegen verschillen de groepsgroottes of wonen ze op een gesloten of open woning, zie Tabel 6. Negen cliënten ontvangen tevens dagbesteding bij Ipse De Bruggen. Cliënt 1 gaat overdag naar het Kinderdagcentrum (KDC) toe, cliënt 11 gaat overdag naar een ZMLK-school toe. Er zijn vier cliënten waarvan bekend is dat zij van huis uit een religie hebben. Cliënt 5 heeft van huis uit het Hindoestaanse geloof mee gekregen, hij is echter niet praktiserend.

Tabel 6.

Soort woonvorm, groepsgroottes van de woningen en religie van de cliënt.

Cliënt	Woonvorm	Groepsgrootte	Religie
Cliënt 1	Open woning	12	-
Cliënt 2	Gesloten woning	10	-
Cliënt 3	Gesloten woning	9	-
Cliënt 4	Gesloten woning	9	Jehova getuige
Cliënt 5	Gesloten woning	9	Hindoestaans
Cliënt 6	Gesloten woning	8	Christelijk
Cliënt 7	Gesloten woning	8	-
Cliënt 8	Gesloten woning	8	-
Cliënt 9	Gesloten woning	9	-
Cliënt 10	Gesloten woning	7	Moslim
Cliënt 11	Open woning	12	-

Bijlage 2: indeling in domeinen van kwaliteit van bestaan (Schalock & Verdugo, 2002)

Cliënt 1

Doel	Domein
1	Lichamelijk welbevinden
2	Lichamelijk welbevinden
3	Persoonlijke ontwikkeling
4	Persoonlijke ontwikkeling
5	Interpersoonlijke relaties
6	Psychisch welbevinden
7	Persoonlijke ontwikkeling
8	Interpersoonlijke relaties
9	Psychisch welbevinden
10	Persoonlijke ontwikkeling

Cliënt 2

Doel	Domein
1	Psychisch welbevinden
2	Persoonlijke ontwikkeling

Cliënten 3, 4 en 5

Alle drie de cliënten hebben drie doelen. Elk doel is passend bij twee of drie domeinen van kwaliteit van bestaan. Elk doel is hierdoor uitgesplitst naar twee of drie onderdelen en daarna ingedeeld op een domein. Bij de telling van de doelen is bij deze onderzoeksvraag een onderdeel meegeteld als een aparte doelen.

Doel	Domein
1	1 Interpersoonlijke relaties
	2 Persoonlijke ontwikkeling
	3 Zelfbepaling
2	4 Lichamelijk welbevinden
	5 Psychisch welbevinden
3	6 Materieel welbevinden
	7 Deelname aan de samenleving
	8 Belangen

Cliënt 6

Doel	Domein
1	Persoonlijke ontwikkeling
2	Psychisch welbevinden
3	Persoonlijke ontwikkeling
4	Persoonlijke ontwikkeling
5	Materieel welbevinden

Cliënt 7

Doel	Domein
1	Psychisch welbevinden
2	Persoonlijke ontwikkeling
3	Persoonlijke ontwikkeling
4	Persoonlijke ontwikkeling
5	Persoonlijke ontwikkeling

Cliënt 8

Doel	Domein
1	Lichamelijk welbevinden

Cliënt 9

Doel	Domein
1	Psychisch welbevinden
2	Interpersoonlijke relaties
3	Lichamelijk welbevinden
4	Lichamelijk welbevinden
5	Materieel welbevinden
6	Interpersoonlijke relaties
7	Psychisch welbevinden

Bijlage 3: voldoet het doel aan de criteria van de VGN?

Client 1

- **Mogelijkheden en beperkingen:** mogelijkheid tot leren van schoolse vaardigheden leren, kan op een goede manier contact maken met anderen. Diagnose MCDD, sociaal-emotioneel veel lager dan cognitief niveau, raakt grip op werkelijkheid kwijt.

- **Wensen en behoeften:** meer onderwijs, slapen zonder scheurpak, structuur, hulp bij ADL, angst voor donker overwinnen, geen luiers meer nodig overdag.

Doel 1: per februari 2015 heeft cliënt geen vaste medicatie meer nodig.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 2: Cliënt slaap binnen 3 maanden weer rustig door in de nacht, dit komt doordat hij meer rust en veiligheid ervaart.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 3: De 1 op 1 begeleiding op het KDC is afgebouwd tijdens het snoezelen, tv kijken en het rustmoment.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 4: In september 2014 is er een begin gemaakt met het herkennen van emoties bij zichzelf en anderen.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 5: Het team beheerst voor mei 2014 de werkwijze van ‘geef me de vijf’ en ‘cirkel van veiligheid’.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 6: De overgang naar de dagbesteding in de ochtend is voor de cliënt gemakkelijker te maken (minder spanning gedurende de ochtend), voor december 2013.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 7: de sterke interesse op het gebied van vormen van geweld is afgenomen (voor december 2014).

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 8: de 1 op 1 inzet gedurende het ochtendritueel en het avondritueel op de woning is ten minste met de helft verminderd en dit levert geen extra spanning op.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 9: De cliënt ervaart binnen een half jaar meer veiligheid doordat de dagroutine en handelingsroutines meer eenduidig beschreven en uitgevoerd worden.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 10: De cliënt krijgt het komende half jaar met behulp van onderwijzers meer onderwijs aangeboden in zijn dagprogramma.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Cliënt 2

- **Mogelijkheden en beperkingen:** deelname aan sociale activiteiten. Ernstige VB, ASS, gezondheidsklachten (scoliose en hypertensie), gedragsproblematiek.

- **Wensen en behoeften:** voldoende dagbesteding voor de cliënt, begeleiding bij zelfredzaamheid, hulp bij invulling van de dag.

Doel 1: De cliënt krijgt dagelijks een programma aangeboden. Door het gebruik van pictogrammen wordt het voor de cliënt duidelijk wat er van hem verwacht wordt.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 2: De cliënt wordt gestimuleerd om activiteiten buiten de slaapkamer te ondernemen.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Cliënten 3, 4 en 5: hebben dezelfde doelen.

Doel 1: In 2014 wordt de kwaliteit van leven gericht op interpersoonlijke relaties, persoonlijke ontwikkeling en zelfbepaling, continu afgestemd op het kunnen en willen van de cliënt.

Specifiek	Nee
Meetbaar	Nee
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 2: In 2014 wordt het lichamelijk en psychisch welbevinden van de cliënt geobserveerd en wordt gehandeld wanneer er verandering geconstateerd wordt.

Specifiek	Nee
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 3: In 2014 wordt de kwaliteit van leven gericht op materieel welbevinden, deelname aan de samenleving en belangen, continu afgestemd op het willen en kunnen van de cliënt.

Specifiek	Nee
Meetbaar	Nee
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Cliënt 3

- **Mogelijkheden en beperkingen:** onderneemt activiteiten buiten het terrein, ASS en gezondheidsklachten
- **Wensen en behoeften:** stabiel blijven van gedrag, begeleiding moet anticiperen op veranderingen, leren wennen aan zijn bril, hebben van structuur in zijn leven en hulp bij ADL.

Cliënt 4

- **Mogelijkheden en beperkingen:** veel contact met familie, legt voor zijn niveau goed sociaal contact, ASS en CSWS-syndroom.
- **Wensen en behoeften:** het verminderen van boze buien en goede begeleiding tijdens boze buien, snel reageren op lichamelijke klachten, hulp bij ADL.

Cliënt 5

- **Mogelijkheden en beperkingen:** ASS en klachten voortkomend uit overbelasting.

- **Wensen en behoeften:** controle en eventueel overname van ADL, externe regulatie van spanning en dwangmatig gedrag, weinig prikkels in de omgeving, contact onderhouden met ouders.

Cliënt 6

- **Mogelijkheden en beperkingen:** goede expressieve taal, goed in fysieke activiteiten. ASS en hechtingstoornis.

- **Wensen en behoeften:** meer activiteiten ondernemen, structuur en duidelijkheid.

Doel 1: Cliënt leert komende half jaar om met ander materiaal kunstwerken te maken, zoals mozaïeken en met lapjes stof een schilderij maken.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja, in doel
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 2: De cliënt heeft meer zelfvertrouwen in het uitvoeren van zijn werk.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 3: de cliënt gaat de aangeleerde nieuwe creatieve technieken gebruiken in zijn pauzetijden.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 4: de cliënt leer zich goed aan zijn afspraken te houden en zich goed te concentreren op zijn activiteiten.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 5: de kamer van de cliënt zal weer ingericht gaan worden.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Cliënt 7

- **Mogelijkheden en beperkingen:** zelfredzaamheid is niet groot, interesse in nieuwe dingen zoals letters en cijfers.

- **Wensen en behoeften:** zelfredzaamheid vergroten, meer fysieke/bewegingsactiviteiten, begeleiding bij gedragsproblemen nodig, structuur op de woning.

Doel 1: Binnen 1 jaar ervaart de cliënt minstens twee keer per week een positieve ervaring bij de tandarts.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja, in doel
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 2: Binnen drie maanden kan de cliënt met aansturing van begeleiding, de waskar inruimen met handdoeken en washandjes.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja, in doel
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 3: de cliënt kan binnen 3 maanden zelfstandig de vuilniszakken wegbrengen.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 4: binnen 3 maanden kan de cliënt de badsituatie zelfstandig uitvoeren.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja, in doel
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 5: over een half jaar kan de cliënt zijn eigen boterham volledig snijden in 10 stukjes.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja, in doel
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Cliënt 8

- **Mogelijkheden en beperkingen:** kan niet goed tegen veel prikkels, automutuleren bij spanning, raakt snel in zichzelf gekeerd, expressieve taal is goed, kan lezen en schrijven, hoog ruimtelijk inzicht en goede concentratie, ASS.

- **Wensen en behoeften:** meer activiteiten ondernemen, structuur en grenzen nodig.

Doel 1: onderspanning tot een minimum beperken (dit uit zich door in slaap te vallen). Er is over een half jaar duidelijk welke nieuwe activiteiten er aan de cliënt zijn dagprogramma kunnen worden toegevoegd.

Specifiek	Nee
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Cliënt 9

- **Mogelijkheden en beperkingen:** ASS, geen diepte zien, automutilatie bij spanning, epilepsie, laag niveau van sociale vaardigheden.

- **Wensen en behoeften:** veilig voelen in nieuwe woonomgeving. Daarna verder werken aan nieuwe vaardigheden, structuur nodig en stimulerende begeleiding, altijd begeleiding bij ADL.

Doel 1: De cliënt heeft een gestructureerd, zinvol ingevuld dagprogramma.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 2: Begeleiders zijn in staat om het gedrag van de cliënt goed te kunnen lezen en weten hoe zij daar op in moeten spelen. Zij werken aan de relatie met de cliënt.

Specifiek	Nee
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 3: de cliënt verkeerd in een goede, fysieke toestand.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 4: de cliënt is ingesteld op de juiste soort en dosis medicatie

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 5: de fysieke omgeving waarin de cliënt zich verkeert is aangepast op zijn behoeften.

Specifiek	Nee
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 6: er wordt gewerkt aan het bestendigen van het sociale netwerk van de cliënt.

Specifiek	Nee
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja

Doel 7: Ter zijnde tijd brengen we diagnostiek en behandeling in voor mogelijk trauma gerelateerde klachten bij de cliënt.

Specifiek	Ja
Meetbaar	Ja
Acceptabel	Ja
Realistisch	Ja
Tijdsgebonden	Ja
Kwaliteit van leven	Ja
Verantwoordelijkheid	Ja
