



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **Doelen Rond Kwaliteit van Leven Bij Mensen Met een Verstandelijke Beperking: Ontwikkelingsdoelen en kwaliteit van leven vergeleken**

**Naam student:**

Bok, Kjeld van der

### **Citation**

Bok, K. van der. (2023). *Doelen Rond Kwaliteit van Leven Bij Mensen Met een Verstandelijke Beperking: Ontwikkelingsdoelen en kwaliteit van leven vergeleken Naam student.*

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [License to inclusion and publication of a Bachelor or Master thesis in the Leiden University Student Repository](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3590826>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

**Masterscriptie:**

**Doelen Rond Kwaliteit van Leven Bij Mensen Met een Verstandelijke Beperking**

Ontwikkelingsdoelen en kwaliteit van leven vergeleken

**Naam student:** Kjeld van der Bok

**Studentnummer:** s2270862

**Master Specialisatie:** Orthopedagogiek

**Naam begeleider:** Yvette Dijkxhoorn

**Tweede beoordelaar:** Stefan Huijbregts

**Datum van inleveren:** 31-12-2022

## Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie ‘Doelen Rond Kwaliteit van Leven Bij Mensen Met een Verstandelijke Beperking, Ontwikkelingsdoelen en kwaliteit van leven vergeleken’. Deze scriptie is geschreven voor de masterstudie ‘Education and Child Studies: Orthopedagogiek’. Het onderwerp van de scriptie was niet mijn eerste keuze door eerdere negatieve ervaringen met mijn bachelorscriptie rond dit onderwerp. Echter heb ik hier in het verloop van dit onderzoek geen last van gehad. Ik heb de mogelijkheid gekregen binnen SCORE een onderwerp te zoeken wat mij interesseerde en waar ik voor mijn gevoel een nuttige bijdrage aan heb kunnen leveren door middel van deze scriptie.

Tijdens de scriptie zelf zijn er obstakels geweest. Zowel op persoonlijk als op academisch gebied. Zo heeft deze periode mij geleerd assertiever te zijn in het vragen van feedback of contact met betrokkenen. Ook heeft het mij er op gewezen dat ik niet hoeft te wachten tot een onderdeel afgesloten is voordat ik aan het hierop volgende onderdeel kan beginnen. Zo is de duur van mijn scriptie wat gerekt door het moeten wachten op antwoorden van mensen die ik soms wat laat geïnformeerd had. Ik wil Yvette Dijkxhoorn, Desirée van Winden en Linda Verhaar dan ook bedanken voor de ondersteuning en sturing wanneer ik vastliep. Daarnaast wil ik Ingrid Heijmans en Ilse Migchelsen bedanken dat zij de tijd uit hun dag wilden nemen om mijn vragen te beantwoorden en hun openheid.

Ik hoop een interessant en nuttig stuk neergezet te hebben.

Kjeld van der Bok,

8-12-2022

**Introduction:** This thesis focuses on Quality of Life as defined by Schalock. Research has been performed to see if different assessed parts of Quality of Life of residents at Ipse de Bruggen match the amount of developmental goals aimed at these areas. How does quality of life appear in support plans at Ipse de Bruggen?

**Method:** An assessment was made of current Quality of Life at Ipse de Bruggen. Following this developmental goals were collected and coded based on which part of Quality of Life they were part of. The results of the assessment and coding of developmental goals were then compared. Finally, the outcomes were verified using several interviews with behavioral experts working at Ipse de Bruggen.

**Results:** The assessment of different components of Quality of Life greatly don't match the amount of goals put up on these areas. Noteworthy is how Social Inclusion scores lowest but also has few goals striving to improve this. Focus seems to lie on the area of Personal Development. This scores around the median. However, when compared with level of development. It is seen that Personal Development gets lower scores the lower the developmental level of the client. There have also been indications that these developmental goals don't seem to actually match the desired level of quality needed for effective use.

**Discussion:** It can be concluded that developmental goals do not always match the assessed Quality of Life of clients. There seems to be a sort of hierarchy in this construct where certain components of Quality of Life have to be fulfilled first before attention can be switched to different aspects of this construct. There also seems to be insufficient knowledge of the definitions of aspects of Quality of Life under carers. More focus on schooling could be a solution to this. It is recommended to perform follow-up research to see if different parts of Quality of Life return in the way in people of different developmental levels. It is also recommended to further research the current quality of developmental goals in Ipse de Bruggen.

## Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Abstract	2
Inhoudsopgave	3
<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
Doelgroep mensen met een verstandelijke beperking	4
Ondersteuningsplannen	6
Doelen	7
Definitie van Quality of life, gezondheid en Gezondheidsgerelateerde Quality of Life	7
Problemen met doelen koppelen aan Quality of Life	14
<b>Methode</b>	<b>14</b>
SCORE onderzoek	15
Steekproef	15
Meetinstrumenten	15
Analyse	17
<b>Resultaten</b>	<b>17</b>
Data Inspectie	17
San Martin Scale	18
Quality of Life volgens medewerkers	26
Interviews met gedragsdeskundigen van Ipse de Bruggen	29
Conclusie	32
<b>Discussie</b>	<b>34</b>
Domeinen San Martin Schaal	35
Doelen over domeinen vergeleken met hun scores op de San Martin schaal	36
Kwaliteit van doelen	36
Verloop van kwaliteit van leven bij verstandelijk beperkte mensen	37
Limitaties	39
Vervolgonderzoek	39
Nawoord	40
Literatuurlijst	41
Bijlage 1: Codeboek Onderzoek	44
Bijlage 2 Vragen Interview Gedragskundigen Ipse de Bruggen	46

## **Inleiding**

Om betekenis te geven aan het concept 'Quality of Life' wordt binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking de theorie van Schalock als leidraad gebruikt (Schalock, 2000). Quality of Life wordt in kaart gebracht met gestandaardiseerde/algemene instrumenten zoals de San Martin Schaal (Verdugo et al., 2014).

Quality of Life wordt op cliëntniveau beïnvloed door middel van het opstellen van doelen gericht op de domeinen van Schalock. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld laag scoort op het aspect zelfbeschikking kan er een doel opgesteld worden dat zich richt op het ontwikkelen van meer autonomie. In hoeverre sluiten deze doelen echter aan bij de door Schalock opgestelde concepten? Zo richt Schalock zich op concepten als 'zelfbeschikking', Dit gaat over autonomie; het zelf maken van beslissingen en het in staat zijn zelf de richting van het leven te sturen. Echter zullen er bij mensen met een ernstigere verstandelijke beperking in de praktijk andere verwachtingen zijn over de manier waarop dit in de praktijk tot uiting zal komen dan bij mensen met een lichtere verstandelijke beperking (Carante Groep, Expertisegroep EMVB, 2010). Daarnaast blijkt er uit onderzoek door Van Wijnen (2015) dat er binnen zorginstelling Ipse de Bruggen weinig doelen opgesteld worden rond 'zelfbepaling', 'deelname aan de samenleving' en 'materieel welbevinden'. Domeinen die terug te leiden zijn naar het werk van Schalock. Dit onderzoek zal zich richten op de vraag hoe en of de concepten van Schalock terug te vinden zijn in door zorgprofessionals opgestelde doelen in ondersteuningsplannen en op welke manier.

In deze thesis zal eerst een globale schets gemaakt worden van de betekenis van het concept verstandelijke beperking. Vervolgens wordt context gegeven aan het gebruik van ontwikkelingsdoelen binnen de gehandicaptenzorg. Hierna zal het concept Quality of life zoals beschreven door Schalock verkend worden. Hieropvolgend wordt de methodiek van dit onderzoek uitgelegd, gevolgd door de resultaten van en een discussie over dit onderzoek.

### **Doelgroep mensen met een verstandelijke beperking**

Dit onderzoek richt zich op mensen met een verstandelijke beperking en de doelen die opgesteld worden om hun functioneren en ook kwaliteit leven te verbeteren. Een verstandelijke beperking wordt gedefinieerd als het hebben van een IQ score onder de 70 gecombineerd met tekorten in het adaptief functioneren. Dit houdt in dat iemand niet in staat is te voldoen aan de verwachtingen die samengaan met persoonlijke afhankelijkheid en sociale verantwoordelijkheid (American Psychological association, 2013). Binnen de groep

mensen met een verstandelijke beperking worden een aantal categorieën gedefinieerd volgens (Schalock et al., 2010).

### ***Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB).***

Binnen deze doelgroep vallen mensen met een IQ tussen de 50-70. In veel gevallen zijn de behoeftes van deze groep vergelijkbaar met de rest van de Nederlandse bevolking. Het staat ook niet vast dat mensen binnen deze groep begeleiding ontvangen, al is hier wel vaak enige behoefte aan (Koks - Leensen, 2018). Er is behoefte aan een eigen woning, een baan en regie op het eigen leven. Waar nodig wordt ondersteund door een begeleider (Werken in de Gehandicaptenzorg, 2021). Op adaptief gebied kunnen er problemen zijn op het gebied van lezen, schrijven, rekenen of klokkijken, met abstract denken, plannen of geldbeheer. Communicatie kan minder volwassen overkomen. Bij dagelijkse taken zoals boodschappen doen of persoonlijke verzorging kan ook ondersteuning nodig zijn. Dit geldt ook voor bij de bovengenoemde banen en regie over het eigen leven. Bij deze doelgroep is er risico op bijkomende problematiek zoals verslavingen en gedragsproblematiek (Kiewiek-de vries, 2018; Douma, 2020).

### ***Mensen met een matige verstandelijke beperking (MVB).***

Onder deze groep vallen mensen met een IQ tussen de 50-35 (MVB). Mensen met deze mate van beperking hebben behoeften betreffende het begrijpen van de omgeving en het verwerken van meegemaakte gebeurtenissen. Er is ruimte nodig voor een vertrouwde omgeving waarin mensen begrepen worden, waarvoor begeleiders een vertaalslag voor moeten maken. Op adaptief gebied zijn vaardigheden minder ontwikkeld en ook vaak minder goed. Er is vaak ondersteuning nodig bij het toepassen van deze vaardigheden in het dagelijks leven. Sociaal en communicatief gedrag vindt plaats op een lager niveau maar de persoon is vaak wel in staat relaties met anderen aan te gaan. Op het gebied van algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) of huishoudelijke taken is vaak meer moeite nodig om tot zelfstandigheid te komen. voor zaken als sociale verwachtingen, plannen en geldzaken is vrijwel altijd aanzienlijke ondersteuning nodig (Prinsenstichting, z.d.).

### ***Mensen met een ernstige verstandelijke beperking (EVB).***

Binnen deze doelgroepen vallen mensen met een IQ tussen de 35 en 20 (EVB). Communicatie binnen deze doelgroep is door de beperking in veel gevallen niet vanzelfsprekend doordat cliënten zich verbaal vaak niet of moeilijk kunnen uiten. Bij deze

doelgroep is vaak sprake van bijkomende lichamelijke of medische problemen (Werken in de Gehandicaptenzorg, 2021). Op adaptief gebied is er weinig begrip van schoolse vaardigheden en is er gedurende het hele leven ondersteuning nodig op alle leefgebieden. Communicatie moet plaatsvinden vanuit het hier en nu. Communicatie wordt vaak ondersteund door het gebruik van gebaren of verwijzende voorwerpen. Omgang met familie of bekenden kan een bron van plezier zijn (Prinsenstichting, z.d.).

### ***Mensen met een diepe verstandelijke beperking (DVB).***

Binnen deze doelgroep vallen mensen met een IQ onder de 20 en met een ontwikkelingsleeftijd onder de 2 jaar oud (Schalock et al.). Binnen deze doelgroep liggen de behoeftes rond nabijheid en (mee) ervaren. Er is vrijwel in ieder handeling begeleiding of zorg nodig wat mensen binnen deze doelgroep volledig afhankelijk maakt van hun verzorgers (Prinsenstichting, z.d.).

### **Ondersteuningsplannen**

Binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt een persoonsgerichte aanpak gehanteerd. Hierin wordt gebruik gemaakt van ondersteuningsplannen. Dit is een breed overzicht van een cliënt vanuit perspectieven van begeleiders, (ortho)pedagogen en familie/verzorgenden. In dit plan zijn alle afspraken tussen cliënt(vertegenwoordigers) en zorgaanbieder opgenomen. Daarnaast staan alle doelen van de cliënt hierin beschreven en wat nodig is om deze te behalen. Het doel van een ondersteuningsplan is ondersteuners inzicht in benodigde deskundigheid, taken, tijdsduur en tijdstip geven (Ondersteuningsplan, 2021). Het zorgplan wordt opgesteld aan de hand van de uitkomsten van het American Association on Intellectual and Developmental Disabilities model (Schalock et al., 2010). Het AAIDD model helpt de mogelijkheden van een cliënt in kaart te brengen. Dit model gaat ervan uit dat menselijk functioneren bepaald wordt door vijf domeinen: (1) verstandelijke mogelijkheden, (2) adaptief gedrag, (3) gezondheid, (4) participatie, interactie en sociale rollen en tot slot (5) context. Vanuit de disbalans tussen deze vijf domeinen kan de ondersteuningsbehoefte van een cliënt bepaald worden (Embregts et al., 2019). Wordt bijvoorbeeld opgemerkt dat een cliënt opvallend lager functioneert op het gebied van gezondheid en adaptief gedrag dan zullen hier doelen rond opgesteld worden.



## **Doelen**

Binnen ondersteuningsplannen wordt gewerkt aan verbetering van de situatie van de cliënt door middel van het werken aan doelen. Binnen deze doelen is onderscheid te maken tussen drie soorten: (1) persoonlijke doelen, (2) ontwikkelingsgerichte doelen en (3) probleemgerichte doelen (Buntinx, Herps & de Ruiter, 2012). Deze doelen moeten SMART geformuleerd: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden. Het doel hiervan is doelstellingen duidelijk en concreet maken (Kennisplein Zorg voor Beter, 2018). Het is van belang dat doelen in overeenstemming zijn met de wensen van de cliënt, ondersteuningsbehoeften, wettelijke kaders en professionele ‘good practices’ (Buntinx., Herps & de Ruiter, 2012).

## **Definitie van Quality of life, gezondheid en Gezondheidsgerelateerde Quality of Life**

Er bestaan meerdere benaderingen om QoL te definiëren. Definities zijn gebaseerd op menselijke behoeften, subjectief welzijn, verwachtingen en fenomenologische (de leer die de dingen wil leren kennen zoals zij zich voordoen) gezichtspunten. Termen zoals Gezondheid, Gezondheids Gerelateerde Quality of life (GGQoL) en Quality of Life (QoL) worden veel door elkaar heen gebruikt (Karimi & Brazier, 2016). Gezondheid wordt door de World Health Organisation (WHO) gedefinieerd als een staat van lichamelijk, mentaal en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte. Belangrijk is dat sociaal welzijn in deze definitie is opgenomen. Er worden verschillende definities verstaan onder het construct ‘Gezondheid’. Uit onderzoek van Karimi en Brazier (2016) blijkt bijvoorbeeld dat de termen (QoL en GGQoL) vaak door elkaar heen gebruikt worden in de literatuur. Veel vragenlijsten naar GGQoL meten eigenlijk gezondheid of QoL maar beweren GGQoL te meten, zij vinden het huidige concept GGQoL onduidelijk.

Definities van QoL variëren van ‘een bewuste cognitieve beoordeling van tevredenheid over het leven’ tot ‘een individu zijn perceptie rond de positie van zijn leven in de context van cultuur en waardesystemen waar zij in leven ter relatie tot hun doelen, verwachtingen, standaarden en zorgen’(Karimi & Brazier, 2016, p. 646). Zo zijn er veel definities die zich richten op de subjectieve ervaring van QoL. Sommigen richten zich echter ook op de meer objectieve aspecten van het construct (Karimi & Brazier, 2016). Zo is QoL door sommige auteurs gedefinieerd als ‘een algemeen welzijn dat een compromis vormt tussen objectieve en subjectieve descriptors van lichamelijk, materieel, sociaal en Emotioneel Welzijn samen met de omvang van Persoonlijke Ontwikkeling, betekenisvolle activiteiten en gewogen door een persoonlijke set van waarden (Karimi & Brazier, 2016, p. 646)’.

## Figuur 1

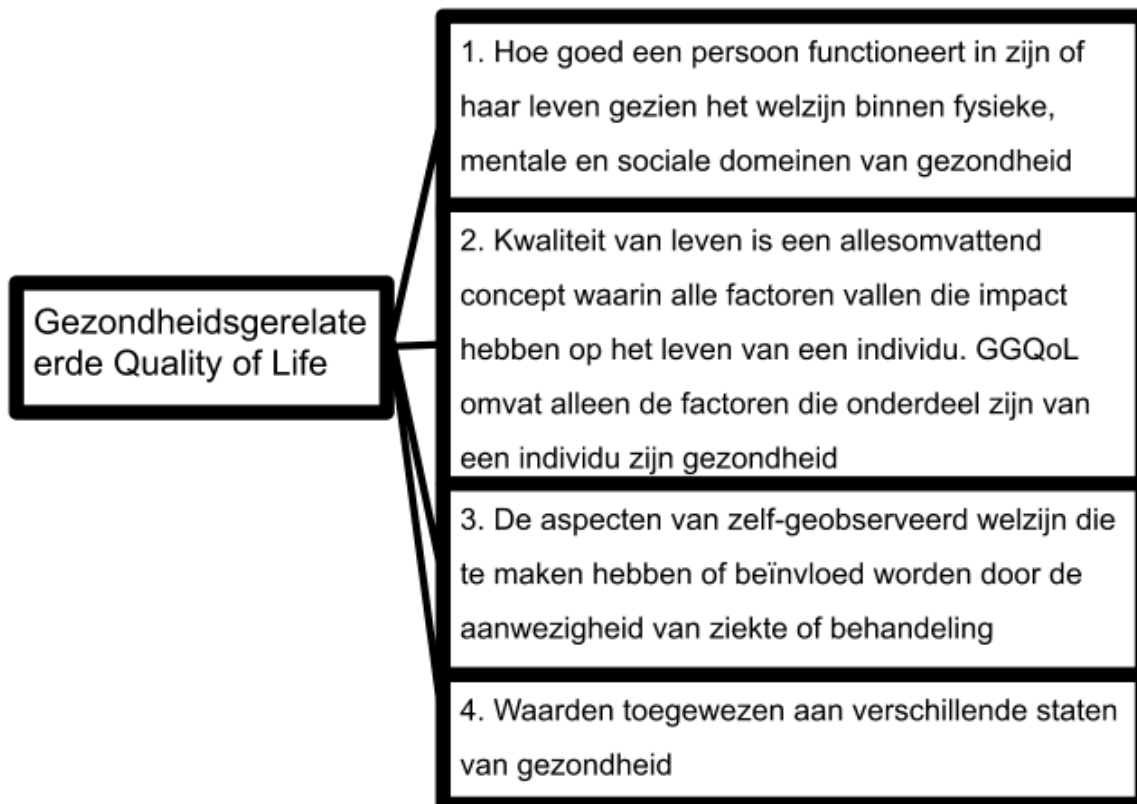
### *Definities van Quality of life*



Er zijn vier definities van GGQoL in literatuur te vinden. Ten eerste kan het construct gedefinieerd worden als ‘hoe goed een persoon functioneert in zijn of haar leven gezien het welzijn binnen lichamelijke, mentale en sociale domeinen van gezondheid’ (Karimi & Brazier, 2016, p. 646). Deze definitie bevat objectieve componenten in het gebruik van functioneren en subjectieve componenten in het gebruik van welzijn. Een tweede definitie is direct gerelateerd aan QoL: ‘Quality of Life is een allesomvattend concept waarin alle factoren vallen die impact hebben op het leven van een individu. GGQoL omvat alleen de factoren die onderdeel zijn van een individu zijn gezondheid’ (Karimi & Brazier, 2016, p. 646). Deze definitie bevat alleen de gezondheidsgerelateerde factoren. Een derde definitie richt zich op aspecten van QoL die beïnvloed worden door gezondheid: ‘De aspecten van zelf-geobserveerd welzijn die te maken hebben of beïnvloed worden door de aanwezigheid van ziekte of behandeling’ (Karimi & Brazier, 2016, p. 646). Tot slot richt de laatste definitie van GGQoL zich op gezondheid, bijvoorbeeld: ‘waarden toegewezen aan verschillende staten van gezondheid’ (Karimi & Brazier, 2016, p. 647). Deze waarden worden vervolgens gebruikt om het nut van gezondheidstechnologie te berekenen.

## Figuur 2

### *Definities van Gezondheids Gerelateerde Quality of Life*

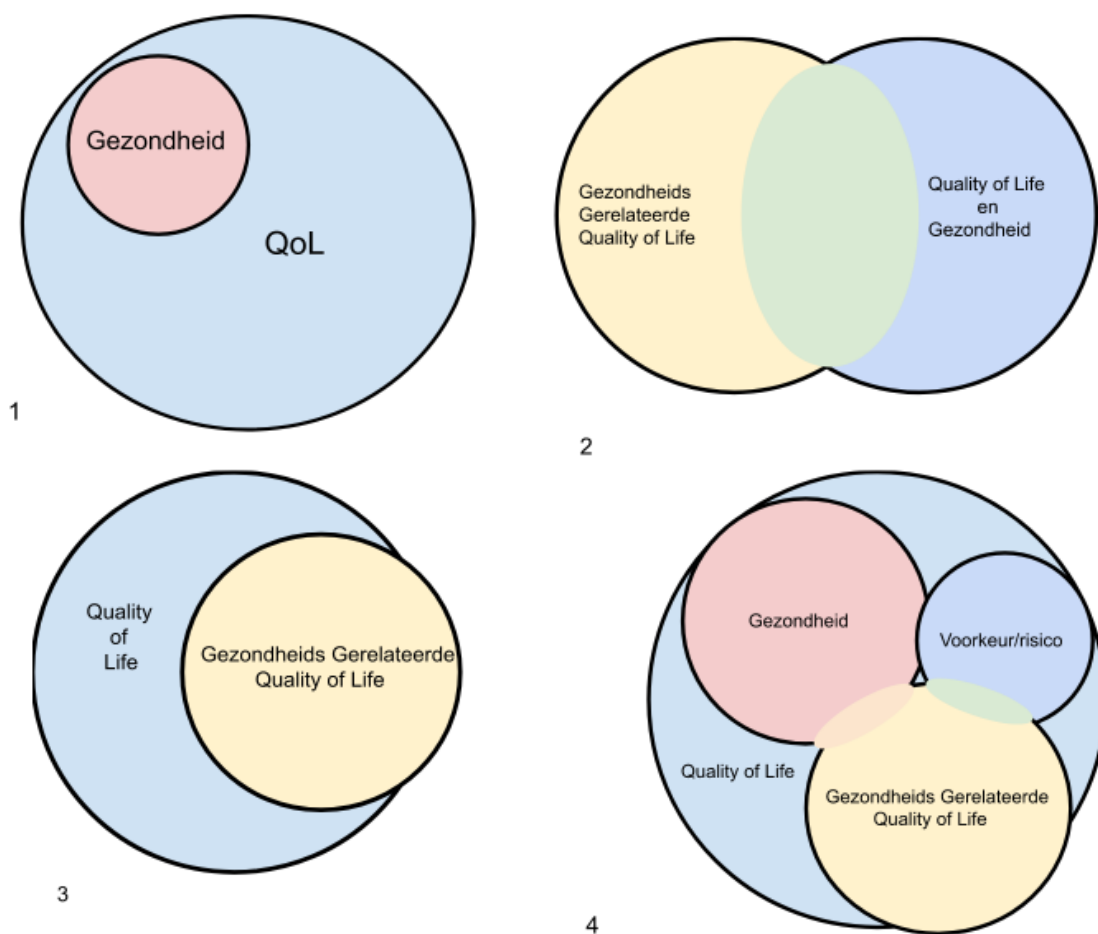


Concluderend is gezondheid slechts een onderdeel van QoL. Gezondheid beïnvloedt de Quality of Life wel maar doet dit niet alleen. Dit maakt gezondheid en QoL twee verschillende concepten, zie onderdeel 1 van figuur 3. Binnen definities van 'GGQoL' en 'QoL en gezondheid' is meer overlap. Binnen de eerste twee definities van GGQoL lijkt er volledige overlap te bestaan tussen GGQoL en gezondheid waarin GGQoL eigenlijk niets toevoegt, zie onderdeel 2 van figuur 3. Het meet gezondheid met functionele kenmerken en welzijn in plaats van met klinische symptomen of biologische markers en is zo een gezondheidsmeting en geen meting van QoL. In de derde definitie is GGQoL moeilijk te onderscheiden van QoL en lijkt het een aspect hiervan te zijn. Bij deze definitie is het lastig te beredeneren welk onderdeel van QoL niet beïnvloed wordt door gezondheid. Mogelijk is GGQoL hier het aspect wat het meest beïnvloed wordt door gezondheid, zie onderdeel 3 van figuur 3. Tot slot is de vierde definitie de meest complexe. Metingen gebaseerd op deze definitie omvatten zowel een gezondheidsgerelateerd component als een component

gebaseerd op voorkeur. De index is gebaseerd op hoeveel jaar van zijn of haar leven iemand in wil leveren of hoeveel risico iemand wil nemen om slechte gezondheid te voorkomen. Er worden dus voorspellingen gedaan over hoe gezondheid QoL zou beïnvloeden. Het blijkt dat in deze overweging niet-gezondheidsgerelateerde factoren meegenomen worden. Dit maakt het onduidelijk of GGQoL kan bestaan als eigen construct of dat ook deze definitie onder QoL valt, zie onderdeel 4 van figuur 3.

**Figuur 3**

*Deelverzamelingen van definities van QoL, GGQoL en gezondheid.*



***Quality of Life volgens Schalock, R. L***

In deze paper zal QoL zoals gedefinieerd door Schalock gebruikt worden. Om te beoordelen in hoeverre er aan de behoeften van mensen met een verstandelijke beperking

voldaan wordt, wordt dit concept gebruikt. Schalock (2014) beschrijft QOL als bestaande uit acht kerndomeinen, die hieronder worden beschreven.

**Physical well-being.** Onder dit domein zijn gezondheid, mogelijkheden in het dagelijks leven (zelfverzorging, mobiliteit) en ontspanning zoals hobby's van belang.

**Material well-being.** Hieronder vallen de meer materiële behoeften van het individu. Zo zijn financiële status (e.g. inkomen en arbeidsstatus), werkomgeving en behuizing hier van belang. Ook wordt de behoefte tot het eigenaar zijn van behuizing benoemt.

**Interpersonal relations.** Dit domein betreft sociale contacten, het sociale netwerk, relaties met familie, vrienden, leeftijdsgenoten en bronnen van emotionele, fysieke en financiële steun.

**Social inclusion.** Bij dit domein hoort de behoefte tot integratie en deelname in de gemeenschap waar iemand toe behoort, rollen die zij hierin spelen en sociale steun.

**Personal development.** Personal development beschrijft Schalock als de behoefte om jezelf te ontwikkelen. Hierbij horen educatie, persoonlijke vaardigheden en prestaties.

**Self-determination.** Dit domein gaat over Zelfbeschikking, de mogelijkheid die iemand heeft tot controle over hoe het eigen leven eruit ziet. Hieronder vallen autonomie, doelen en persoonlijke waarden, de mogelijkheid tot het maken van keuzes en het krijgen van kansen en mogelijkheden.

**Emotional well-being.** Tevredenheid en plezier in het eigen leven worden onder dit domein genoemd. Het hebben van een eigen identiteit, eigenwaarde en zelfvertrouwen vallen ook binnen dit domein, evenals een behoefte aan weinig stress door voorspelbaarheid en controle.

**Rights.** Tot slot bestaat het domein Rechten. Hieronder vallen de basale mensenrechten zoals respect, waardigheid en gelijkheid maar ook legale Rechten zoals burgerschap, toegang tot burgerschaps gerelateerde zaken aangepast op de persoon en het recht tot een eerlijk proces.

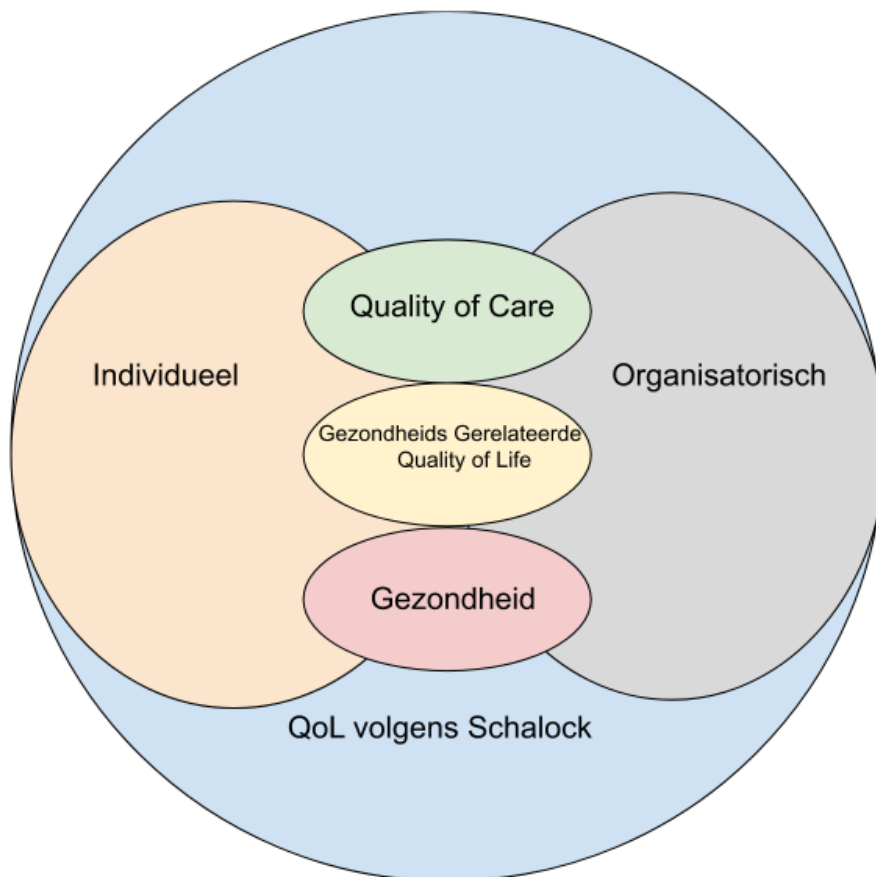
Echter zijn deze domeinen niet direct bruikbaar in het evalueren van Quality of Life in een praktijksituatie. Hierom is een onderscheid opgesteld tussen Quality of Life op individueel en op organisatorisch niveau. Individueel niveau beschrijft 'functional assessment' en 'personal appraisal'. Op organisatorisch niveau wordt 'performance assessment' en 'consumer appraisal' beschreven zoals te zien in Tabel 1. Schalock beschrijft onder 'performance assessment': effectiviteit, efficiëntie, gezondheid en veiligheid, prestatie data en stabiliteit van programma's. Onder 'consumer appraisal' behoort: toegang tot diensten, klant waardering, competenties van werknemers, bijkomende diensten en

ondersteuning, trouwheid aan diensten en het ondersteuningsmodel. Door deze definitie aan te houden combineert Schalock de definities van Quality of Life zoals beschreven door andere auteurs en de definitie van Quality of Care zoals beschreven door de World Health Organisation (WHO).

Quality of Care wordt door de WHO gezien als in hoeverre gezondheidsdiensten voor individuen en populaties de waarschijnlijkheid van gewenste gezondheidsuitkomsten verhogen gebaseerd op evidence based professionele kennis. Hierbinnen zijn effectiviteit van zorg, veiligheid van zorg en zorg die zich richt op de individuele behoeften, voorkeuren en waarden van het individu van belang (World Health Organization, 2020).

**Figuur 4**

*Quality of life volgens Schalock.*



**Tabel 1***Beschrijving Quality of life op individueel en organisatorisch niveau*

Individueel niveau	Uitkomsten van individuele prestaties ('functional assessment')	Lichamelijk Welzijn (gezondheid, indicatoren van welzijn)
		Materieel Welzijn (arbeidsstatus, leefomstandigheden, educatie)
		Klinische status (verandering en vermindering van symptomen)
		Activiteiten in het dagelijks leven (ADL, IADL, gebruik van geld en medicatie, huishouden)
		Activiteitenpatronen (buiten en binnenshuis)
	Uitkomsten van individuele waarden ('personal appraisal')	Emotioneel Welzijn
		Persoonlijke Ontwikkeling
		Zelf-determinatie
		Interpersoonlijke Relaties
		Sociale Inclusie
		Rechten
Organisatorisch niveau	Uitkomsten van organisatorische prestaties ('performance assessment')	Effectiviteit (doelen behalen)
		Efficiëntie (kost efficient service en ondersteuning leveren)
		Gezondheid en veiligheid (mishandeling en verwaarlozing)
		Prestatie data (fiscaal en programmatisch)
		Stabiliteit van programma's (financiële en werknemer stabiliteit)
	Uitkomsten van organisatorische waarden ('consumer appraisal')	Toegang tot diensten
		Klant waardering
		Competenties van werknemers
		Bijkomende diensten en ondersteuning
		Trouw aan het diensten en ondersteuningsmodel

## **Problemen met doelen koppelen aan Quality of Life**

Er is momenteel beperkt onderzoek naar hoe doelen binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking opgesteld worden om Quality of Life te verbeteren. Het onderzoek binnen dit onderwerp wat wel bestaat is voornamelijk Engelstalig en vaak gericht op mensen met een LVB. Hierdoor mist het perspectief richting mensen met een ernstigere vorm van een verstandelijke beperking en de bijdrage van de Nederlandse zorg. Di Maggio et al. hebben bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar Zelfbeschikking en toekomstdoelen bij de doelgroep LVB.

Zoals eerder genoemd is door van Wijnen (2015) worden binnen zorginstelling Ipse de Bruggen weinig doelen opgesteld rond ‘zelfbepaling’, ‘deelname aan de samenleving’ en ‘materieel welbevinden’. Wanneer medewerkers hier tekortkomingen rapporteren dan zou dit aanleiding moeten zijn om meer doelen op te stellen rond de desbetreffende domeinen. De vraag die in het onderzoek behorende bij deze thesis gesteld wordt is in hoeverre de door zorgmedewerkers opgestelde doelen rond kwaliteit van bestaan overeenkomen met de domeinen die minder positief beoordeeld worden onder mensen met een verstandelijke beperking.

## **Methode**

Het onderzoek heeft gebruik gemaakt van een kwalitatief, descriptief design waarin eerst beschreven is hoe Quality of Life momenteel in de praktijk gebracht wordt bij zorginstelling Ipse de Bruggen. Vervolgens is bekeken welke doelen begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking opstellen rond de kwaliteit van geleverde zorg en hoe deze aansluiting vonden op de theorie van Schalock. Dit is gedaan met behulp van de San Martin Schaal (Verdugo et al., 2014) en literatuuronderzoek. Tot slot zijn er interviews uitgevoerd om de resultaten te toetsen aan de realiteit.

Het literatuuronderzoek richt zich op bestaande literatuur rond het definiëren van kwaliteit van zorg volgens Schalock, onderzoek naar de praktijk rond het gebruik van deze domeinen en ervaringen hieromheen. Er is gebruik gemaakt van documentatie rond het inzetten van doelen bij mensen met een verstandelijke beperking.

Er is in de beantwoording van hypothesen onderscheid gemaakt tussen de verschillende ontwikkelingsniveaus behorende bij een verstandelijke beperking. Uit literatuur is gebleken dat mensen met verschillende ontwikkelingsniveaus verschillende zorgbehoeften hebben. Hierom is onderzocht of er verschillend gescoord wordt op Quality of Life tussen deze groepen. Om de uitkomsten van dit onderzoek aan de praktijk te toetsen zullen hiernaast



een aantal interviews uitgevoerd worden met deskundigen uit instanties als Ipse de Bruggen en Gemiva.

### **SCORE onderzoek**

SCORE staat voor Systematische Cliënt Ondersteuning Resultaat Evaluatie. SCORE is een onderzoeks initiatief geleid door de afdeling Orthopedagogiek van de Universiteit Leiden. Dit onderzoek is een samenwerkingsverband tussen Ipse de Bruggen, De Hartekamp Groep, Ons Tweede Thuis en Cordaan. Daarnaast zijn ROC Mondriaan en ROC Nova College betrokken. Het SCORE-onderzoek zoekt factoren in de ondersteuning aan cliënten die van invloed zijn op de ontwikkeling, het gedrag en de kwaliteit van bestaan. Wat helpt voor welke cliënt staat hierbij centraal (Ipse de Bruggen, 2019).

### **Steekproef**

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een steekproef bestaande uit 187 mensen die voldoen aan de volgende kenmerken: (1) de persoon is ouder dan 18, (2) de persoon is woonzaam bij zorginstelling Ipse de Bruggen en (3) de persoon voldoet aan de criteria van een een licht, matig, ernstig of diep verstandelijke beperking volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Hiervan hebben er 51 een DVB, 54 een EVB, 34 een MVB en 20 een LVB. Aan de onderzoeker is data geleverd van mensen uit de instelling die willekeurig zijn geselecteerd. De data is verzameld in 2020 door onderzoekers betrokken bij het SCORE-onderzoek.

### **Meetinstrumenten**

#### ***San Martin Schaal***

De San Martin Scale-NL (SMS-NL) (Verdugo et al., 2014) is een vragenlijst die Quality of Life meet bij de volledige doelgroep mensen met een verstandelijke beperking (Verdugo et al., 2014). Tijdens het SCORE onderzoek is deze vragenlijst vertaald naar het Nederlands en is de validiteit en betrouwbaarheid met positief resultaat getest. De SMS-NL bestaat uit 95 items waarbij antwoord gegeven wordt op basis van een 4-puntsschaal. In deze scoring wordt Nooit beschouwd als laag en Altijd als hoog. De antwoordmogelijkheden zijn: “Nooit” (N), “Soms” (S), “Vaak” (V) en “Altijd” (A). De stellingen behorende tot deze vragenlijst zijn verdeeld over acht domeinen: “zelfbeschikking,” “Emotioneel Welzijn”, “Lichamelijk Welzijn”, “Materieel Welzijn”, “Rechten”, “Persoonlijke Ontwikkeling”, “Sociale Inclusie” en “Interpersoonlijke Relaties”. Het domein “Sociale

Inclusie” bevat 11 items, de andere domeinen bestaan elk uit 12 items. De scores van deze test zullen opgesomd worden en omgerekend worden naar een standaardscore. Hier vanuit kan de daadwerkelijke score van Quality of Life per domein bepaald worden. Dit instrument zal gebruikt worden om een beeld te creëren van Quality of Life bij Ipse de Bruggen en te onderzoeken op welke domeinen verbetering mogelijk is. Per niveau van verstandelijke beperkingen zullen resultaten van deze schaal weergegeven worden. Deze scores zijn gestandaardiseerd en zullen tussen verschillende groepen vergeleken worden.

De San Martin schaal is genormeerd over een sample bestaande uit 1770 mensen met significante beperkingen binnen Spanje. Hierbij zijn gemiddeld 18 mensen per organisatie onderzocht. Criteria om onderdeel te worden van de normering waren als volgt: informanten kennen de persoon goed en voor tenminste drie maanden. De geëvalueerde persoon heeft een verstandelijke beperking en heeft intensieve zorg en steun nodig. De gemiddelde leeftijd van participanten was tussen de 16 en 77 jaar oud ( $M = 37.78$ ;  $SD = 12.32$ ). Het aantal mannen was iets hoger dan het aantal vrouwen (56% vs. 44%). Deze groep komt overeen met de onderzochte groep van deze studie. Het grootste verschil ligt in de nationaliteit van de groepen. De normgroep is Spaans waar de onderzochte groep Nederlandse is. Er is echter gekozen om gebruik te maken van de normgroep omdat het doel van deze studie weergegeven is wat het verschil is binnen scores op verschillende domeinen van Schalock. Daarnaast maakt dit onderzoek ook een vergelijking tussen het aantal opgestelde doelen en deze scores. Hierin geeft beschikbaarheid van een normgroep een kader ter vergelijking van de verzamelde scores.

De betrouwbaarheid van de San Martin Scale-NL (SMS-NL) is onderzocht op basis van interne consistentie; hoe homogeen scores de testitems. Een cronbach alpha van 0.97 is behaald voor de gehele test met variatie tussen subschalen van 0.82 (physical wellbeing) en 0.93 (personal development). Validiteit is bewezen met behulp van een confirmatory factorial analysis (CFA) (Verdugo et al., 2014).

### ***Zorgplannen***

De gebruikte doelen zijn verzameld door studenten die onderdeel uitmaken van het SCORE team. De doelen komen uit de persoonlijke plannen van cliënten opgesteld door de persoonlijke begeleiders van deze cliënten (Ipse de Bruggen, 2019).

## **Analyse**

### ***Atlas.ti***

Om de overeenkomst tussen de domeinen van Schalock en de door Ipse de Bruggen gebruikte doelen te onderzoeken is gebruik gemaakt van ATLAS.ti (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2022). Doelen en domeinen zijn aan elkaar gekoppeld door middel van codering. Er is beschreven hoe vaak een domein terugkeert binnen de door Ipse de Bruggen gebruikte doelen. Vervolgens is dit vergeleken met de uitkomsten van de San Martin schaal (Verdugo et al., 2014) om te bepalen of doelen voldoende aansluiten op de gevonden tekortkomingen op het gebied van Quality of Life. Ook is bekeken welke doelen op welke ontwikkelingsniveaus opgesteld worden en of dit aansluit bij de resultaten van de San Martin schaal (Verdugo et al., 2014). Codering heeft plaatsgevonden met behulp van een codeboek, zie Bijlage 1.

### ***Interviews***

Gezien de praktijkgerichtheid worden resultaten getoetst aan een team van professionals. Zo is er onderzocht hoe een zorgprofessional momenteel tegen het gebruik van zorgdoelen aankijkt en wat zijn of haar huidige ideeën hierover zijn. Vervolgens zijn onderzoeksresultaten gedeeld en is hier een gesprek over gevoerd. Er is gevraagd of professionals zich hierin herkennen en wat zij denken dat mogelijke oorzaken van opvallende resultaten kunnen zijn. Deze interviews zijn opgesteld aan de hand van de resultaten die voortgekomen zijn uit de resultaten van de San Martin schaal en de uitkomsten van het analyseren van de hoeveelheid ontwikkelingsdoelen per domein van Schalock.

## **Resultaten**

### **Data Inspectie**

#### ***Assumpties***

In alle groepen behalve bij de groep Materieel Welzijn is een normaalverdeling zichtbaar gemaakt met behulp van het opstellen van histogrammen. De groep op het domein Materieel Welzijn is scheef naar links verdeeld met een gestandaardiseerde skewness van -0.38 en een gestandaardiseerde kurtosis van 0.28. Alle andere gebruikte groepen zijn normaal verdeeld en er is sprake van homoscedasticiteit. Er is in alle groepen een lineair verband tussen ontwikkelingsniveau en de verschillende standaardscores. Dit is bewezen met behulp van scatterplots. Er zijn vier significante outliers gevonden door middel van het opstellen van boxplots. Een binnen de groep scores op Interpersoonlijke Relaties van mensen met een ernstige verstandelijke beperking, twee binnen de groep Emotioneel Welzijn van

mensen met een lichte verstandelijke beperking en een binnen de groep Materieel Welzijn van mensen met een lichte verstandelijke beperking. Aangezien deze scores binnen de range van de San Martin schaal (Verdugo et al., 2014) vallen zullen deze scores meegenomen worden in het uiteindelijke resultaat. Er zijn geen verdere bijzonderheden opgemerkt na het bekijken van deze scores. De steekproef is willekeurig verkregen en de variabelen zijn continu.

### ***Missings***

Er zijn 26 respondenten waarbij geen ontwikkelingsleeftijd is opgegeven. Deze zijn meegenomen in de algemene beoordeling van de San Martin Schaal (Verdugo et al., 2014) maar verwijderd bij de beoordeling gericht op ontwikkelingsniveau. Hier is voor gekozen omdat ontwikkelingsniveau geen rol speelt bij de algemene beoordeling. Van 159 respondenten is wel het ontwikkelingsniveau bekend. Er is een missing value analysis uitgevoerd over de verdere missings. Bij mensen met een LVB waren 3 respondenten aanwezig waar geen data van de San Martin scale bij bekend was, bij mensen met een MVB 4 respondenten, bij mensen met een EVB 4 respondenten en bij mensen met een DVB 5 mensen. Aangezien bij deze missings informatie over alle domeinen mist wordt niet verwacht dat dit een probleem vormt.

## **San Martin Scale**

### ***Algemeen***

De scores van de San Martin Scale zijn gebaseerd op een gestandaardiseerd scoringssysteem. Hierin valt een score van 10 op het 50e percentiel. Een score van 9 valt in het 37e percentiel en een score van 11 in het 63e percentiel. Deze scores zijn vergeleken met de normering gebruikt in de San Martin scale.

**Tabel 2**

*Uitkomsten San Martin Schaal (Verdugo et al., 2014) omgezet in genormeerde standaardscores en percentielen (N=186) (Range = 1-15\*)*

	<b>Standaardscore</b>	<b>Percentiel</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
<b>Zelfbeschikking</b>	11.05	63	2.35	181
<b>Emotioneel Welzijn</b>	9.84	50	2.23	179
<b>Lichamelijk Welzijn</b>	9.66	50	2.59	181
<b>Materieel Welzijn</b>	10.14	50	3.24	185
<b>Rechten</b>	10.91	63	2.56	186
<b>Persoonlijke Ontwikkeling</b>	7.91	25	3.07	186
<b>Sociale Inclusie</b>	8.00	25	2.87	182
<b>Interpersoonlijke Relaties</b>	9.68	50	2.72	186

*\*Note: hogere waarden betekent betere Quality of Life.*

Met alle scores bij elkaar genomen zijn de volgende uitkomsten gevonden. Op Zelfbeschikking wordt gemiddeld 11.05 (63e percentiel). Dit betekent dat 63% van de genormeerde groep lager scoort dan de mensen bij Ipse de Bruggen. Op Emotioneel Welzijn wordt gemiddeld 9.84 (50e percentiel) . Dit betekent dat 50% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen. Op Lichamelijk Welzijn wordt gemiddeld 9.66 gescoord (50e percentiel). Dit betekent dat 50% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen. Op Materieel Welzijn wordt gemiddeld 10.14 gescoord (50e percentiel). Dit betekent dat 50% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen. Op Rechten wordt gemiddeld 10.91 gescoord (63e percentiel). Dit betekent dat

63% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen. Op Persoonlijke Ontwikkeling wordt gemiddeld 7.91 gescoord (25e percentiel). Dit betekent dat 25% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen. Op Sociale Inclusie wordt gemiddeld 8 gescoord (25e percentiel). Dit betekent dat 25% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen. Op Interpersoonlijke Relaties wordt gemiddeld 9.68 gescoord (50e percentiel). Dit betekent dat 50% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen.

Concluderend wordt op de schalen Zelfbeschikking, Emotioneel Welzijn, Materieel, Lichamelijk Welzijn, Rechten en Interpersoonlijke Relaties door de onderzochte respondenten binnen het middelste percentiel of hoger ten opzichte van de normgroep gescoord. Op de schalen Persoonlijke Ontwikkeling en Sociale Inclusie wordt door de onderzochte respondenten in de lagere percentielen ten opzichte van de normgroep gescoord.

### ***Ontwikkelingsniveau***

Wanneer onderscheid wordt gemaakt op basis van ontwikkelingsniveau (mentale leeftijd) wordt het volgende gevonden. Iedereen met een ontwikkelingsleeftijd onder de 36 maanden is ingedeeld als diep verstandelijk beperkt, iedereen met een ontwikkelingsleeftijd van 37 tot 60 maanden bij ernstig verstandelijk beperkt, iedereen met een ontwikkelingsleeftijd van 61 tot 108 maanden bij matig verstandelijk beperkt en iedereen met een ontwikkelingsleeftijd van 109 tot 144 maanden bij licht verstandelijk beperkt.

**Tabel 3**

*Standardscores San Martin Schaal (Verdugo et al., 2014) gesorteerd op ontwikkelingsniveau (N DVB = 50, N EVB = 54, N MVB = 34, N LVB = 20) (Range = 1-15\*)*

	<b>DVB</b> <b>(perce</b> <b>ntiel)</b>	<b>DVB</b> <b>N/SD</b>	<b>EVB</b> <b>(perce</b> <b>ntiel)</b>	<b>EVB</b> <b>N/SD</b>	<b>MVB</b> <b>(perce</b> <b>ntiel)</b>	<b>MVB</b> <b>N/SD</b>	<b>LVB</b> <b>(perce</b> <b>ntiel)</b>	<b>LVB</b> <b>N/SD</b>
<b>Zelfbesc</b> <b>hikking</b>	9.90 (50)	N=49 SD=2.04	11.04 (63)	N=54 SD=2.27	11.94 (75)	N=32 SD=2.15	13.22 (83)	N=18 SD=1.77
<b>Emotion</b> <b>eel</b> <b>Welzijn</b>	9.31 (37)	N=48 SD=1.94	10.12 (50)	N=51 SD=2.11	10.15 (50)	N=33 SD=2.31	10.30 (50)	N=20 SD=2.66
<b>Lichame</b> <b>lijk</b> <b>Welzijn</b>	9.50 (50)	N=50 SD=2.18	9.66 (50)	N=53 SD=2.90	9.16 (37)	N=32 SD=2.63	10.21 (63)	N=19 SD=2.23
<b>Materiee</b> <b>l Welzijn</b>	9.66 (50)	N=50 SD=3.34	9.80 (50)	N=54 SD=3.36	10.09 (50)	N=34 SD=3.70	12.26 (75)	N=19 SD=1.85
<b>Rechten</b>	9.98 (50)	N=50 SD=2.43	10.85 (63)	N=54 SD=2.35	11.56 (75)	N=34 SD=2.68	13.00 (83)	N=20 SD=1.62
<b>Persoonl</b> <b>ijke</b> <b>Ontwikk</b> <b>eling</b>	7.20 (16)	N=50 SD=2.52	8.09 (25)	N=54 SD=2.86	8.88 (37)	N=34 SD=2.82	10.00 (50)	N=20 SD=3.89
<b>Sociale</b> <b>Inclusie</b>	6.88 (16)	N=48 SD=2.42	8.17 (25)	N=53 SD=2.49	9.12 (37)	N=34 SD=2.71	11.05 (63)	N=19 SD=3.01
<b>Interper</b> <b>soonlijke</b> <b>Relaties</b>	8.54 (37)	N=50 SD=2.69	9.94 (50)	N=54 SD=2.52	10.53 (63)	N=34 SD=2.51	10.75 (63)	N=20 SD=3.19

*\*Note: hogere waarden betekent betere Quality of Life.*

Op Zelfbeschikking wordt onder mensen met een diepe verstandelijke beperking gemiddeld 9.90 gescoord (50e percentiel). Dit betekent dat 50% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen met een ernstige verstandelijke beperking. Bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 11.04 (50e percentiel) gescoord. Bij mensen met een matige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 11.94 (75e percentiel) gescoord. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking wordt gemiddeld 13.22 (84e percentiel) gescoord. Er wordt op dit domein bij de groep diep verstandelijk beperkt rond het middelste percentiel gescoord. De groepen ernstig, matig en licht verstandelijk beperkt scoren hoger.

Op Emotioneel Welzijn wordt onder mensen met een diepe verstandelijke beperking gemiddeld 10.12 gescoord (50e percentiel). Dit betekent dat 50% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen met een ernstige verstandelijke beperking. Bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 10.12 (50e percentiel) gescoord. Bij mensen met een matige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 10.15 (50e percentiel) gescoord. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking wordt gemiddeld 10.30 (50e percentiel) gescoord.

Op Lichamelijk Welzijn wordt onder mensen met een diepe verstandelijke beperking gemiddeld 9.50 gescoord (50e percentiel). Dit betekent dat 50% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen met een ernstige verstandelijke beperking. Bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 9.66 (50e percentiel) gescoord. Bij mensen met een matige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 9.16 (37e percentiel) gescoord. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking wordt gemiddeld 11.21 (63e percentiel) gescoord.

Op Materieel Welzijn wordt onder mensen met een diepe verstandelijke beperking gemiddeld 9.66 gescoord (50e percentiel). Dit betekent dat 50% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen met een ernstige verstandelijke beperking. Bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 9.80 (50e percentiel) gescoord. Bij mensen met een matige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 10.09 (50e percentiel) gescoord. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking wordt gemiddeld 12.26 (75e percentiel) gescoord.

Op Rechten wordt onder mensen met een diepe verstandelijke beperking gemiddeld 9.98 gescoord (50e percentiel). Dit betekent dat 50% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen met een ernstige verstandelijke beperking. Bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 10.85 (63e percentiel) gescoord. Bij

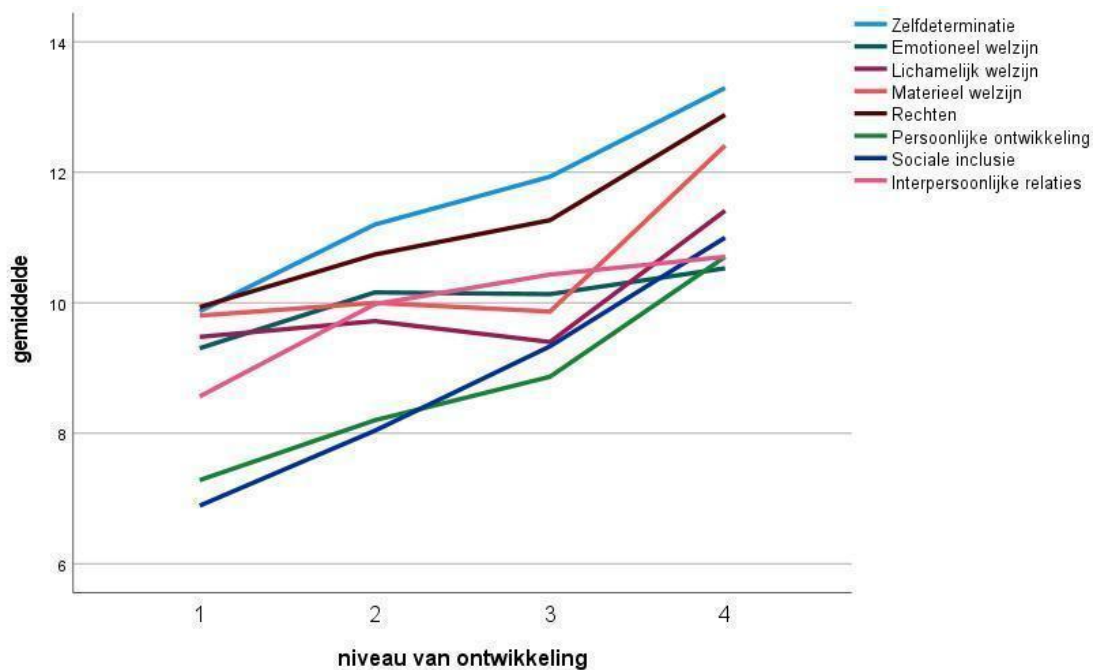


mensen met een matige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 11.56 (75e percentiel) gescoord. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking wordt gemiddeld 13.00 (84e percentiel) gescoord.

Op Persoonlijke Ontwikkeling wordt onder mensen met een diepe verstandelijke beperking gemiddeld 7.20 gescoord (16e percentiel). Dit betekent dat 16% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen met een ernstige verstandelijke beperking. Bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 8.09 (25e percentiel) gescoord. Bij mensen met een matige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 8.88 (37e percentiel) gescoord. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking wordt gemiddeld 10.00 (50e percentiel) gescoord.

Op Sociale Inclusie wordt onder mensen met een diepe verstandelijke beperking gemiddeld 6.88 gescoord (16e percentiel). Dit betekent dat 16% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen met een ernstige verstandelijke beperking. Bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 8.17 (25e percentiel) gescoord. Bij mensen met een matige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 9.12 (37e percentiel) gescoord. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking wordt gemiddeld 11.05 (63e percentiel) gescoord.

Op Interpersoonlijke Relaties wordt onder mensen met een diepe verstandelijke beperking gemiddeld 8.54 gescoord (37e percentiel). Dit betekent dat 37% van de genormeerde groep lager scoort dan mensen bij Ipse de Bruggen met een ernstige verstandelijke beperking. Bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 9.94 (50e percentiel) gescoord. Bij mensen met een matige verstandelijke beperking wordt gemiddeld 10.53 (63e percentiel) gescoord. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking wordt gemiddeld 10.75 (63e percentiel) gescoord. Verwacht wordt dat doelen in ondersteuningsplannen meer voorkomen op gebieden waar lager gescoord is, aangezien er op deze gebieden verbetering mogelijk lijkt.



**Figuur 5**

*Weergave lijngrafiek ontwikkelingsniveau en domeinen van QoL*

Er bestaat binnen de resultaten van de San Martin Schaal (Verdugo et al., 2014) een patroon waarin mensen met een meer ernstige vorm van een verstandelijke beperking lager scoren op Quality of Life dan mensen met een meer lichtere vorm van een verstandelijke beperking. Binnen de domeinen Zelfbeschikking ( $F=12.95$ ,  $p<.001$ ), Lichamelijk Welzijn ( $F=2.82$ ,  $p=.041$ ), Materieel Welzijn ( $F=3.18$ ,  $p=.026$ ), Rechten ( $F=8.50$ ,  $p<.001$ ), Persoonlijke Ontwikkeling ( $F=5.20$ ,  $p=.002$ ), Sociale Inclusie ( $F=13.20$ ,  $p<.001$ ) en Interpersoonlijke Relaties ( $F=5.34$ ,  $p=.001$ ) zijn met behulp van een ANOVA (CI=95%) significante verschillen gevonden. Op het domein Emotioneel Welzijn ( $F=1.70$ ,  $p=.169$ ) is geen verschil gevonden.

De correlatie van ontwikkelingsniveau en de scores op de verschillende domeinen van Schalock is onderzocht. niveau van ontwikkeling correleert significant met alle domeinen behalve Lichamelijk Welzijn en Emotioneel Welzijn met scores van .454 op Zelfbeschikking, .156 op Emotioneel Welzijn, .125 op Lichamelijk Welzijn .197 op Materieel Welzijn, .372 op Rechten .303 op Persoonlijke Ontwikkeling, .452 op Sociale Inclusie en .290 op Interpersoonlijke Relaties.

**Tabel 4**

*Uitkomsten San Martin schaal (Verdugo et al., 2014) en ontwikkelingsdoelen van respondenten (N = 159)*

	<b>San Martin Schaal (Range = 1-15*)</b>	<b>Hoe vaak is een domein genoemd in een ontwikkelingsdoel</b>
<b>Persoonlijke Ontwikkeling</b>	7.91	44
<b>Emotioneel Welzijn</b>	9.84	33
<b>Lichamelijk Welzijn</b>	9.66	22
<b>Interpersoonlijke Relaties</b>	9.68	19
<b>Zelfbeschikking</b>	11.05	13
<b>Sociale Inclusie</b>	8.00	6
<b>Materieel Welzijn</b>	10.14	4
<b>Rights</b>	10.91	1
<b>Performance assessment</b>	X	8
<b>Activiteitenpatronen</b>	X	34
<b>Klinische status</b>	X	21
<b>Activiteiten in het dagelijks leven</b>	X	20
<b>Consumer appraisal</b>	X	3
<b>Totaal</b>		228 benoemingen van domeinen.
<b>Geen doel</b>	X	29

*\*Note: hogere waarden betekent betere Quality of Life.*

## Quality of Life volgens medewerkers

Om de uitspraken van zorgprofessionals te coderen is gebruik gemaakt van het codeboek in Bijlage 1 en Atlas.ti. (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2022). Hierin zijn aan de hand van beschrijvingen van Schalock van de verschillende domeinen van Quality of Life kernwoorden opgesteld. Wanneer een opgesteld doel van een zorgprofessional kernwoorden bevat of omschrijft zal deze gecategoriseerd worden onder de bijbehorende domeinen. De doelen zijn afkomstig uit dezelfde groep als waarbij de San Martin schaal (Verdugo et al., 2014) is afgenomen, echter waren niet van iedere respondent doelen beschikbaar. Uiteindelijk zijn 159 doelen gecodeerd.

Het meest voorkomende domein binnen doelen is Persoonlijke Ontwikkeling. Deze is 44 keer genoemd. Hierop volgen Activiteitenpatronen en Emotioneel Welzijn met 34 en 33 benoemingen. Doelen rond de Klinische status van cliënten en Lichamelijk Welzijn zijn 21 en 22 keer genoemd. Interpersoonlijke en Zelfbeschikking zijn 19 en 13 keer genoemd. Sociale Inclusie en Materieel Welzijn zijn 6 en 4 keer genoemd. Rechten is eenmaal benoemd. Tot slot zijn doelen die een onderdeel van Performance assessment of Consumer appraisal bevatten 8 en 3 keer genoemd. 29 van de onderzochte doelen waren geen doelen of richtte zich niet op de cliënt maar op de begeleiding. Zo is een doel als *'X geniet van muziek op zijn kamer'* niet meegerekend in het coderen. Het is niet duidelijk hoe en of de cliënt zich ontwikkelt met dit doel.

Binnen de San Martin schaal (Verdugo et al., 2014) is op de domeinen Persoonlijke Ontwikkeling en Sociale Inclusie opvallend lager gescoord. Persoonlijke Ontwikkeling komt inderdaad veel terug in de opgestelde doelen met 44 benoemingen. Echter blijft Sociale Inclusie achter met 6 benoemingen. Doelen richten zich vaak op het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden of het uitbreiden van de belevingswereld van een cliënt. Echter blijven doelen waarbij de cliënt deelneemt aan de maatschappij of sociale steun ontvangt achter, terwijl op de San Martin schaal (Verdugo et al., 2014) op dit domein laag gescoord wordt. Er worden onder Sociale Inclusie voornamelijk doelen genoemd waarbij een bezoeker vrijwilliger activiteiten met een cliënt gaat ondernemen.

Er worden weinig doelen opgesteld rond domeinen als Rechten met 1 benoeming, Materieel Welzijn met 4 benoemingen en Zelfbeschikking met 13 benoemingen. Deze domeinen worden in de San Martin schaal (Verdugo et al., 2014) rond het middelste percentiel gescoord, met Materieel Welzijn aan de lagere kant hiervan.

Doelen die niet direct onderdeel zijn van de San Martin schaal (Verdugo et al., 2014) maar wel van Schalock zijn definitie van Quality of Life komen veel voor. Zo worden er 34

doelen rond activiteitenpatronen opgegeven. Deze doelen omvatten vaak meerdere codes zoals ‘*B. krijgt spelletjes aangeboden waarbij wederkerigheid en beurtwisseling wordt verwacht (Bingo etc.)*.’ Wat naast Activiteitenpatronen ook aspecten van Sociale Inclusie en Persoonlijke Ontwikkeling bevat.

Veel voorkomende doelen rond Klinische status richten zich op concepten zoals medicatiegebruik. Doelen over Activiteiten in het dagelijks leven richten zich op zaken zoals boodschappen doen met respectievelijk 21 en 20 benoemingen.

Organisatorische doelen zoals Performance assessment en Consumer appraisal komen respectievelijk 8 en 3 keer voor. Zo komt het weinig voor dat doelen geëvalueerd worden of dat beschreven wordt hoe voortgang bijgehouden wordt. In tabel 4. wordt een overzicht gegeven van de verschillende domeinen van Quality of Life en hoe veel ontwikkelingsdoelen per domein gevonden zijn. Deze tabel bevat de door Schalock beschreven concepten ‘Performance assessment’, effectiviteit, efficiëntie, gezondheid en veiligheid, prestatie data en stabiliteit van programma’s en ‘Consumer appraisal’, toegang tot diensten, klant waardering, competenties van werknemers, bijkomende diensten en ondersteuning, trouwheid aan diensten en het ondersteuningsmodel. Daarnaast zijn ook activiteitenpatronen en activiteiten in het dagelijks leven toegevoegd. De definities volgens Schalock uit tabel 1. worden verder aangehouden.

**Tabel 5**

*Kruistabel benoeming codes binnen ontwikkelingsniveaus (N DVB = 50, N EVB = 54, N MVB = 34, N LVB = 20)*

	<b>Diep verstandelijk beperkt</b>	<b>Ernstig verstandelijk beperkt</b>	<b>Matig verstandelijk beperkt</b>	<b>Licht verstandelijk beperkt</b>
<b>Activiteiten in het dagelijks leven</b>	4	4	4	4
<b>Activiteitenpat ronen</b>	11	10	4	4
<b>Consumer</b>	0	0	2	0

<b>appraisal</b>				
<b>Emotioneel Welzijn</b>	9	7	9	4
<b>Lichamelijk Welzijn</b>	4	5	9	2
<b>Interpersoonlijke Relaties</b>	8	4	4	1
<b>Klinische status</b>	1	5	7	1
<b>Materieel Welzijn</b>	3	0	0	0
<b>Performance assessment</b>	3	1	3	0
<b>Persoonlijke Ontwikkeling</b>	12	13	9	7
<b>Rechten</b>	0	0	1	0
<b>Sociale Inclusie</b>	3	2	1	0
<b>Zelf determinatie</b>	3	1	5	4
<b>Totaal</b>	61	52	58	27

In tabel 5. zijn codes gegroepeerd op basis van ontwikkelingsniveau. Opvallend zijn activiteitenpatronen die meer voorkomen binnen de groepen diep/ernstig verstandelijk beperkt. Doelen rond het domein Lichamelijk Welzijn lijken vaker voor te komen bij mensen met een matige verstandelijke beperking. Dit zijn doelen als *'Het vergroten van X haar kennis omtrent haar lichaam en lichaamsbeleving adhv cursus I&S.'* Doelen rond Interpersoonlijke Relaties komen meer voor bij diep verstandelijk beperkte mensen. Doelen

rond Materieel Welzijn komen weinig voor, in de dataset alleen voor bij mensen met een diepe verstandelijke beperking. Dit zijn doelen als *'X leert te communiceren via zijn i-pad, d.m.v. een spraakapp.'* Doelen rond Persoonlijke Ontwikkeling zijn meer aanwezig bij mensen met een diepe of ernstige verstandelijke beperking met doelen als *'X. leert het komende jaar d.m.v. de cursus 'de reis van je leven' zich zelf te ontwikkelen'*. Doelen rond Sociale Inclusie komen meer voor bij mensen met een lagere verstandelijke beperking. Een enkel doel rond Rechten is alleen aanwezig binnen de groep mensen met een matige verstandelijke beperking dit doel is: *'Als X zelf afspraakjes maakt met mannen vrijt zij veilig, met haar instemming en heeft zij een gelijkwaardige partner.'* Dit betreft de mensenrechten rond seksualiteit (*Seksuele rechten*, 2016).

### **Interviews met gedragsdeskundigen van Ipse de Bruggen**

Om resultaten met de geobserveerde praktijk te vergelijken en te zoeken naar mogelijke verklaringen zijn twee interviews uitgevoerd met gedragskundigen werkzaam bij Ipse de Bruggen. Deze vragen zijn bijgevoegd in Bijlage 2. Uit deze interviews is gebleken dat gevonden resultaten enigszins overeenkomen met de geobserveerde praktijk.

Zo wordt in beide interviews bevestigd dat Persoonlijke Ontwikkeling een domein is wat aandacht behoeft. Binnen beide interviews wordt op het gebied van Emotioneel Welzijn het idee opgeroepen dat medewerkers hier veel aandacht aan willen besteden en dat dit als een belangrijk domein beoordeeld wordt. Echter wordt ook aangegeven dat mensen de tevredenheid op dit gebied mogelijk overschatten. Zo wordt door Migchelsen aangegeven dat zij het idee heeft dat dit in de praktijk snel overschat wordt. Heijmans geeft aan dat het mogelijk is dat de middelen niet genoeg beschikbaar zijn om hier een adequaat beeld van te creëren op de werkvloer.

Er is bij beide interviews geen verbazing over het hoge aantal doelen op het domein Lichamelijk Welzijn. Er wordt door beide gedragskundigen benoemd dat Lichamelijk Welzijn van belang is. De nadruk wordt gelegd op de multicomplexe problematiek binnen de zorg voor verstandelijk beperkte personen. Heijmans benoemt dit domein zelfs als een randvoorwaarde voor ontwikkeling op de verdere domeinen. Echter benoemt zij ook het belang om de andere domeinen niet in de schaduw van dit domein te laten staan en ook verder te kijken. Migchelsen legt hierbij ook de nadruk op gedragsveranderingen die voort kunnen komen uit tekortkomingen op het gebied van Lichamelijk Welzijn.

Op het gebied van interpersoonlijk welzijn wordt in beide interviews benoemd dat het netwerk van cliënten vaak klein is en dat ze hierin erg afhankelijk zijn van familie. Heijmans

benoemt dat zij onderscheid maakt tussen contact met medecliënten, contact met professionals en niet professionele contacten. zij benoemt hierbij ook dat de mogelijkheden van contact van cliënten nog weinig gezien worden. Ze beschrijft een voorbeeld van cliënten die naast elkaar liggen op een waterbed, elkaar per ongeluk aanraken, hier op reageren en zo contact met elkaar maken. Migchelsen benoemt dat mensen die meer in staat zijn zelf contact te maken waarschijnlijk meer contacten hebben dan mensen met een meer diepe verstandelijke beperking die hier niet of minder toe in staat zijn. Beide benoemen dat contact maken met dieper verstandelijk beperkte mensen anders is dan bij mensen met lichtere verstandelijke beperkingen. Heijmans benoemt dat dit iets is waar vrijwilligers op af kunnen knappen. Volgens haar geven zij aan dat ze liever contact hebben met iemand die meer reageert. Ze benoemt hierbij het stereotype wat bestaat van iemand met het syndroom van Down. Dit kan volgens beide wel een grotere rol spelen in het leven van cliënten.

Op het gebied van zelfbeschikking geeft Migchelsen aan te denken dat mensen met een hoger ontwikkelingsniveau hier hoger op zullen scoren dan mensen met een lager ontwikkelingsniveau, dit is inderdaad ook terug te zien in de onderzoeksresultaten. Heijmans benoemt dat dit veel aandacht krijgt van begeleiders door een beweging in de jaren 80/90. Beide benoemen dat er mogelijkheden zijn voor cliënten met een meer diepe verstandelijke beperking om hier meer in gestimuleerd te worden maar dat dit wel proportioneel gedaan moet worden. Zo kan bij iemand met een diepe verstandelijke beperking tijdens het eten al de keuze gegeven worden om iemand eerst een lepel eten aan te bieden, dan die persoon de kans te geven even te ruiken aan het eten om zich zo voor te bereiden op dat ze willen gaan eten waardoor ze zelf zich richting de vork kunnen bewegen en zo de regie te geven over het willen eten, zoals benoemd door Heijmans.

Op het gebied van Sociale Inclusie benoemen beide gedragskundigen de maatschappelijke initiatieven die er zijn geweest op dit gebied. Het cliënten meer in de wijk laten wonen bijvoorbeeld. Echter benoemen ze ook dat dit weinig effect gehad lijkt te hebben. Mensen raken teruggestopt in hun huizen of moeten verhuizen vanwege geluidsoverlast dat ze veroorzaken. Echter worden er ook succesverhalen benoemt. Migchelsen vertelt over een woongroep die buurtactiviteiten organiseert samen met de bewoners. Heijmans vertelt over samen honderd groepen die werk verrichten in de wijk. Op deze wijze zijn cliënten toch enigszins zichtbaar. Deze zichtbaarheid kan er weer voor zorgen dat het drempel om contact te maken lager ligt voor andere buurtbewoners. Echter wordt ook verteld dat dit domein iets is was snel naar de achtergrond raakt en dat er eerder aan andere



domeinen gewerkt wordt, wat overeenkomt met de kleine hoeveelheid in dit onderzoek gevonden doelen binnen dit domein.

Materieel Welzijn is iets wat wisselend beschreven wordt door de gedragskundigen. Migchelsen benoemt dat er vaak in zorgplannen beschreven wordt dat dit niet van toepassing is en verklaart dit vanuit dat mensen niet voldoende weten wat dit domein omhelst. Er wordt dan benoemd dat medewerkers zich niet bewust zijn dat de kamer, rolstoel en spraakcomputer allen ook onder Materieel Welzijn vallen. Heijmans benoemt juist dat zij denkt dat hier wel aandacht voor is maar dat het per woning, familie of persoonlijk begeleider wisselt of hier voldoende materiaal en budget voor is. Zij benoemt ook de veranderde regeling rond het vergoeden van dit soort materiaal als de boosdoener. Cliënten en familie kunnen de nodige middelen niet altijd betalen. Heijmans benoemt dat hierdoor vaak gebruik gemaakt wordt van goedkopere alternatieven zoals picto's of wijzen, maar benadrukt ook dat de cliënt hierdoor niet voldoende in staat is zichzelf uit te drukken op de manier dat dit wel mogelijk zou zijn met een spraakcomputer. Beide spreken ook het belang van het hebben van een eigen kamer uit die ingericht is naar de interesses van de cliënt in hoeverre mogelijk. Dit wordt door beide benoemt als zeer belangrijk. Echter zijn er in dit onderzoek weinig doelen gevonden op dit domein.

Op het domein Rechten wordt door beide gedragskundigen benoemt dat stemrecht in zorgplannen vaak voorop ligt. Er staat dat een cliënt geen stemrecht heeft of dat stembiljetten verscheurd worden. Echter lijkt er weinig bewustzijn van de andere wetten waar de cliënt mee te maken krijgt. Heijmans benoemt dat het recht op communiceren en gehoord te worden hier ook onder valt en benoemt dat elk mens op de aarde recht heeft om zich optimaal te kunnen ontwikkelen en een dak boven zijn hoofd te kunnen hebben. Het hebben van een spraakcomputer valt hier volgens haar ook onder. Migchelsen verklaart dat er geen doelen over gevonden zijn door te benoemen dat er een tweedeling is binnen doelen tussen zorg waarvan begeleiding vindt dat die aan cliënten geboden moet worden en zorg waarvan de cliënt zelf vindt dat het belangrijk is en dat de cliënt hier wel meer zeggenschap in zou kunnen hebben. Heijmans verklaart de hoge beoordeling binnen de San Martin schaal van dit domein in vergelijking met de weinige doelen doordat mensen mogelijk onvoldoende begrip hebben van wat het doel Rechten allemaal omvat. Het recht op vertegenwoordigerschap is volgens haar ook iets waar op Ipse de Bruggen momenteel onvoldoende aandacht voor is. Cliënten zijn op veel gebieden wilsonbekwaam, maar hebben wel recht op iemand die echt hun belangen behartigt en dat gebeurt momenteel onvoldoende. Momenteel wordt genoeg genomen met dat familie niet betrokken is of is de vertegenwoordiger iemand die de cliënt

een keer per jaar ziet. Heijmans ziet veel waarde in het stimuleren van meer onpartijdige vertegenwoordiging van de cliënt zelf.

Tot slot zijn een aantal meer algemene vragen gesteld. Er is gevraagd naar de mening over het opstellen van doelen op een SMART wijze. Beide gedragskundigen benoemen dat dit momenteel onvoldoende gebeurt en benoemen dat er scholing nodig is om dit te verbeteren. Er wordt ook benoemd dat afspraken regelmatig als doelen beschreven worden. Volgens Migchelsen bestaat er ook een onderscheid tussen doelen die voor de cliënt zijn en doelen die voor de begeleiding zijn. Er zou een soort apart ontwikkelingsplan moeten zijn voor de begeleiding zelf waarin voor het team verbeterpunten beschreven worden. Dit wordt nu snel verward. Heijmans benoemt ook dat zij ziet dat het merendeel van doelen eigenlijk afspraken zijn, wat in dit onderzoek ook te zien was. Beiden geven wel aan dat SMART een doeltreffende manier is om te zorgen dat doelen ook daadwerkelijk uitgevoerd kunnen worden en dat dit weinig tot niet gebeurt als een doel niet correct geformuleerd is. Over doelen in het algemeen benoemt Heijmans dat de gedachte vaak heerst dat mensen hun hele leven door moeten blijven ontwikkelen door middel van steeds weer nieuwe doelen. Echter benoemt zij dat doelen niet altijd ontwikkelingsgericht hoeven te zijn maar dat gewenning aan bijvoorbeeld geluid ook een doel kan zijn. Er wordt momenteel te moeilijk gedacht over wat een doel kan zijn.

Afsluitend is de vraag gesteld of er domeinen belangrijker zijn dan andere domeinen. Migchelsen benoemt dat dit valt of staat met de context van de woning. Wanneer de werkdruk te hoog is zal er meer aandacht besteed worden aan de basale levensbehoeften. Wel worden door beiden vrijwel alle domeinen als belangrijk benoemd. Wanneer gevraagd wordt of dit volgens hen verschilt op het gebied van ontwikkelingsniveau benoemen beiden ook dat dit eigenlijk in principe niet uitmaakt. Hoe domeinen vorm krijgen moet proportioneel zijn op basis van de behoefte van de cliënt, soms zal het ene domein meer naar de voorgrond treden dan het andere domein, maar ze zijn allemaal van hetzelfde belang.

## **Conclusie**

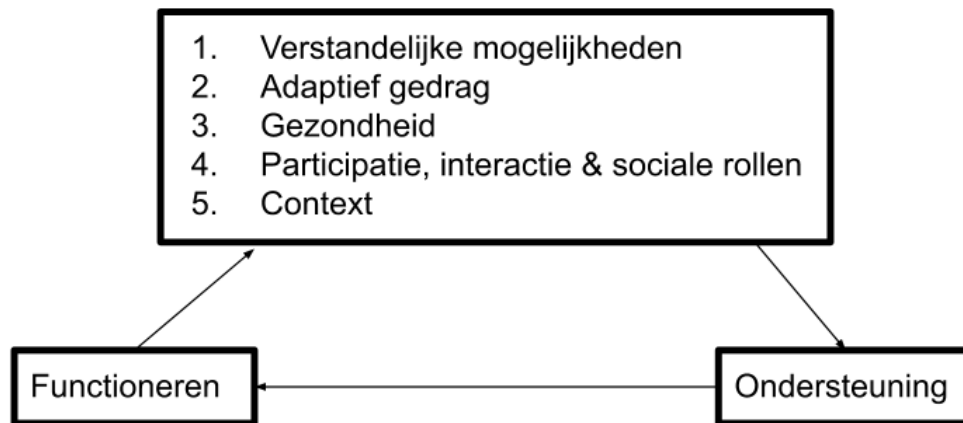
Binnen de San Martin Schaal (Verdugo et al., 2014) worden veel domeinen rond de mediaan beoordeeld. Persoonlijke Ontwikkeling en Sociale Inclusie vallen hierbij opvallend binnen het 25e percentiel. Zelfbeschikking en Rechten vallen hoger uit binnen het 63e percentiel. Wanneer onderscheid gemaakt wordt op basis van ontwikkelingsniveau blijkt dat de domeinen Persoonlijke Ontwikkeling en Sociale Inclusie bij mensen met een meer ernstige verstandelijke beperking lager gescoord worden dan bij mensen met een lichtere vorm van

een verstandelijke beperking. Emotioneel Welzijn en Interpersoonlijke Relaties scoren ook opvallend. Deze vallen bij mensen met een diepe verstandelijke beperking in het 37e percentiel terwijl deze bij mensen met een lichte verstandelijke beperking in het 50e of 63e percentiel vallen.

De doelen opgesteld door zorgmedewerkers worden voornamelijk opgesteld rond het gebied Persoonlijke Ontwikkeling. Volgens de uitkomsten van de San Martin Schaal (Verdugo et al., 2014) is dit domein ook waar de meeste verbetering te halen valt. Sociale Inclusie wordt weinig genoemd in doelen, terwijl deze wel laag gescoord wordt op de San Martin Schaal (Verdugo et al., 2014). Wederom is er verschil te zien in de hoeveelheid doelen die opgesteld worden per domein op basis van ontwikkelingsniveau van cliënten. Doelen rond Persoonlijke Ontwikkeling komen vaker voor bij mensen met een ernstige of diepe verstandelijke beperking dan bij mensen met een matige of lichte verstandelijke beperking. Doelen rond Lichamelijk Welzijn lijken vooral bij mensen met een matige verstandelijke beperking voor te komen en in mindere mate bij mensen met een diepe of ernstige verstandelijke beperking. Doelen rond Interpersoonlijke Relaties worden veel opgesteld bij mensen met een diepe verstandelijke beperking.

Er is enige overeenkomst tussen de domeinen die in de San Martin schaal (Verdugo et al., 2014) lager beoordeeld worden en op welke domeinen de meeste doelen opgesteld zijn. Echter is dit patroon niet sterk aanwezig. Het domein Emotioneel welzijn wordt rond het 50e percentiel beoordeeld, echter zijn er veel doelen opgesteld rond dit domein. Het domein sociale inclusie wordt rond het 25e percentiel beoordeeld. Hier zouden meer doelen te verwachten zijn, echter blijven doelen op dit gebied achter. Er zijn domeinen die niet in de San Martin schaal getoetst worden maar die wel in Schalock zijn theorie aanwezig zijn (Verdugo et al., 2014). Er worden op deze domeinen regelmatig doelen opgesteld. Zo zijn er veel doelen rond activiteiten in het dagelijks leven en activiteitenpatronen. Deze domeinen liggen meer oppervlakkig. Wat een cliënt op de dagbesteding doet zal invloed hebben op andere domeinen van zijn leven, maar op een indirecte wijze die niet direct aan een specifiek domein te koppelen is. Doelen die de domeinen Performance assessment en Consumer appraisal bevatten komen weinig voor. Er wordt schaars gesproken over het evalueren van voortgang van doelen. Deze redenering botst met het klassieke AAIDD model. Waar het AAIDD model samengevat de behoeften van een cliënt vertaald naar doelen en deze doelen vertaald naar kwaliteit van leven, zal het zinvoller zijn dit model als een cyclus te nemen. Informatie uit kwaliteit van leven kan gebruikt worden als sturingsinformatie om doelen op te

stellen die aansluiten op de behoeften en benodigdheden van de cliënt. Op deze wijze worden doelen opgesteld vanuit de behoeften van de cliënt.



**Figuur 6.**

*Gesuggereerd AAIDD model.*

Vanuit de interviews is er grotendeels overeenstemming met de gevonden resultaten. Zo is in de interviews benoemd dat zelfbeschikking, Materieel Welzijn, Sociale Inclusie en Interpersoonlijke Relaties hoger beoordeeld zouden worden op de San Martin schaal wanneer het cliëntniveau ook stijgt, wat terug te vinden is in de resultaten van dit onderzoek. Wel is benoemd dat het mogelijk is dat Emotioneel Welzijn momenteel te positief beoordeeld wordt door werknemers. Dat terwijl het domein Rechten een punt lijkt te zijn wat door werknemers onderschat wordt. Deze domeinen worden respectievelijk gemiddeld en bovengemiddeld beoordeeld binnen de San Martin schaal maar er lijken volgens de gedragskundigen gebreken te bestaan op deze gebieden.

Vanuit de interviews is er grotendeels overeenstemming met de gevonden resultaten. Zo is in de interviews benoemd dat zelfbeschikking, Materieel Welzijn, Sociale Inclusie en Interpersoonlijke Relaties hoger beoordeeld zouden worden op de San Martin schaal wanneer het cliëntniveau ook stijgt, wat terug te vinden is in de resultaten van dit onderzoek. Wel is benoemd dat het mogelijk is dat Emotioneel Welzijn momenteel te positief beoordeeld wordt door werknemers. Dat terwijl het domein Rechten een punt lijkt te zijn wat door werknemers onderschat wordt. Deze domeinen worden respectievelijk gemiddeld en bovengemiddeld beoordeeld binnen de San Martin schaal maar er lijken volgens de gedragskundigen gebreken te bestaan op deze gebieden.

## Discussie

### Domeinen San Martin Schaal

Er wordt binnen de San Martin schaal (Verdugo et al., 2014) laag gescoord op de domeinen Persoonlijke Ontwikkeling en Sociale Inclusie. Naarmate het niveau lager is, wordt de score op de San Martin schaal ook lager. Het is mogelijk dat des te ernstiger de verstandelijke beperking is, des te meer mensen ondersteuning nodig hebben op deze gebieden en zijn zij minder in staat hier initiatief in te nemen (Werken in de Gehandicaptenzorg, 2021; Prinsensichting, z.d.). Dit zorgt er voor dat er meer aandacht en sturing in de zorg nodig is op dit gebied dan bij mensen met een meer lichte vorm van een verstandelijke beperking.

Emotioneel Welzijn wordt voor mensen met een diepe verstandelijke beperking lager beoordeeld dan voor de overige groepen cliënten. Voor de overige groepen wordt dit gemiddeld gescoord. Vanuit de gehouden interviews lijkt echter dat Emotioneel Welzijn mogelijk ten onrechte gemiddeld beoordeeld wordt. Er wordt aangegeven dat onvoldoende scholing en aandacht er voor zorgt dat medewerkers niet voldoende inzicht hebben in de daadwerkelijke emotionele staat van de cliënt.

Zelfbeschikking, Materieel Welzijn en Rechten worden hoog gescoord. Echter wanneer dit op basis van ontwikkelingsniveau bekeken wordt valt op dat mensen met een lichte verstandelijke beperking hoger lijken te scoren dan mensen met een meer ernstige verstandelijke beperking. Dit roept echter de vraag op of er weinig aandacht besteedt wordt aan deze domeinen of dat er van nature in een zorginstelling al voldaan wordt aan de behoeften van cliënten rond deze domeinen. Het is mogelijk dat zorgmedewerkers onvoldoende beeld hebben van wat Materieel Welzijn in werkelijkheid omvat. Zo valt gebruik van rolstoelen en spraakcomputers bijvoorbeeld ook onder dit domein. Dit kan bij het domein Rechten ook een verklaring zijn. Mensen zijn zich onvoldoende bewust van met welke Rechten een cliënt allemaal in aanraking komt en waar aan voldaan moet worden. Zo is gehoord worden een recht en kunnen sommige cliënten hier niet aan voldoen zonder de nodige middelen. Ook het recht op vertegenwoordiging valt hieronder. Mensen die zichzelf niet gehoord kunnen maken moeten ook gehoord worden en dit lijkt momenteel onvoldoende te gebeuren. Zelfbeschikking is hierin ook opvallend. Mogelijk heeft dit te maken met de bewegingsvrijheid van cliënten binnen deze doelgroep. Mensen met een ernstige verstandelijke beperking zijn vaker minder mobiel en kunnen zich minder bewegen, wat

ervoor kan zorgen dat mensen minder in staat zijn zelfstandig keuzes te maken (Werken in de Gehandicaptenzorg, 2021; Prinsenstichting, z.d.).

### **Doelen over domeinen vergeleken met hun scores op de San Martin schaal**

Er worden veel doelen opgesteld over Persoonlijke Ontwikkeling. Dit is te verklaren doordat het vergaren van vaardigheden die helpen bij het verder verbeteren van andere domeinen van Quality of life hier ook onder vallen (Schalock et al., 2010, B). Echter is in een interview wel benoemd dat er momenteel weinig aandacht is voor dit domein zelf. Er zouden te veel doelen opgesteld worden die vervolgens niet behaald of vergeten worden. Verder, worden er rond Sociale Inclusie weinig doelen opgesteld. Deze doelen lijken hiernaast voornamelijk aanwezig bij cliënten met een diepe of ernstige verstandelijke beperking. Het is mogelijk dat er bij deze groep meer sturing nodig is op het gebied van Sociale Inclusie door de communicatieproblemen die vaak samen gaan met deze ontwikkelingsniveaus (Werken in de Gehandicaptenzorg, 2021; Prinsenstichting, z.d.).

Quality of Life wordt lager beoordeeld naarmate de verstandelijke beperking van de cliënt ernstiger wordt. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat er meer zorg nodig is naarmate de verstandelijke beperking ernstiger wordt (Werken in de Gehandicaptenzorg, 2021; Prinsenstichting, z.d.). Bij een cliënt met een diepe verstandelijke beperking zal het gehele leven ingericht moeten worden door zorgprofessionals, terwijl iemand met een lichtere verstandelijke beperking meer ruimte heeft tot autonomie en minder zorg ontvangt. Hierdoor zijn zij zelf tot bepaalde hoogte in staat een klimaat te creëren waar zij gelukkig in zijn.

Dat doelen rond Consumer appraisal weinig voorkomen is te verklaren vanuit de cliëntgerichtheid van deze doelen. Onder Consumer appraisal vallen constructen als klantwaardering en trouwheid aan diensten en het ondersteuningsmodel. Dit is mogelijk beter te onderzoeken op een andere manier dan het coderen van ontwikkelingsdoelen, zoals via interviews.

### **Kwaliteit van doelen**

Opvallend is dat veel van de geleverde doelen zich niet op de cliënt richten maar op taken die de begeleiding moet vervullen. Zo is *'Alle medische zaken rondom P. worden bijgehouden'* niet de taak van de cliënt maar een onderdeel van het werk van de begeleiding. Dit zou niet als doel beschreven hoeven worden. Een ander voorbeeld is *'Het is duidelijk hoe we het kunnen voorkomen dat R. zich verslikt. Eten in kleine stukje liefst zacht en geen harde dingen geven. Bij het drinken rustig zitten of staan en niet praten. Dit gaat goed.'* Dit is

wederom geen doel waar de cliënt aan zal werken maar een behandelafspraken. Het komt ook voor dat doelen opgesteld zijn in een enkel woord. Een doel als *'Huishouden'* maakt niet duidelijk wat er van de cliënt verwacht wordt. Sommige van deze doelen dragen echter wel bij aan het verbeteren van Quality of Life. Deze zijn in het coderen wel meegenomen als dit het geval was. Doelen lijken op te delen te zijn in doelen die door de cliënt uitgevoerd gaan worden en doelen die door de werknemer uitgevoerd zullen worden. Soms zijn doelen geschreven vanuit het perspectief dat de medewerker iets moet doen in plaats van de cliënt. In interviews is benoemd dat het mogelijk waarde kan hebben onderscheid te maken tussen doelen voor het team van begeleiders en doelen voor de cliënt zelf. Het grootste gedeelte van de doelen zijn cliëntgericht (uitkomst Quality of Life), maar de uitvoering van het doel is niet altijd gericht op dat de cliënt een handeling of vaardigheid uit zal voeren. Mogelijk richten doelen zich meer op het handelen van de medewerker naarmate de verstandelijke beperking ernstiger wordt, aangezien de cliënt zelf minder in staat is de functie van het doel te begrijpen. In interviews wordt er benoemd dat het scheiden van cliëntgerichte doelen en meer teamgerichte doelen mogelijk van meerwaarde kan zijn.

Veel doelen missen een duidelijke structuur. Ze zijn grotendeels niet SMART geformuleerd wat er voor zorgt dat het niet duidelijk is hoe aan doelen gewerkt wordt en wanneer verwacht wordt dat deze behaald zijn. Hiernaast wordt in maar 8 van de 159 doelen benoemt hoe geëvalueerd gaat worden of een doel behaald is. Het correct opstellen van doelen is een groot onderdeel voor het verbeteren van Quality of Life. Wanneer dit niet correct en via SMART gebeurt belemmert dit mogelijk de ontwikkeling van de cliënt. Dat een doel niet beschreven wordt betekent echter niet dat er niet gehandeld wordt door zorgprofessionals (Buntinx, Herps & de Ruiter, 2012; Kennisplein Zorg voor Beter, 2018). In interviews wordt het missende gebruik van correcte SMART formulering verklaart door onvoldoende scholing op dit gebied en een hoge werkdruk.

### **Verloop van kwaliteit van leven bij verstandelijk beperkte mensen**

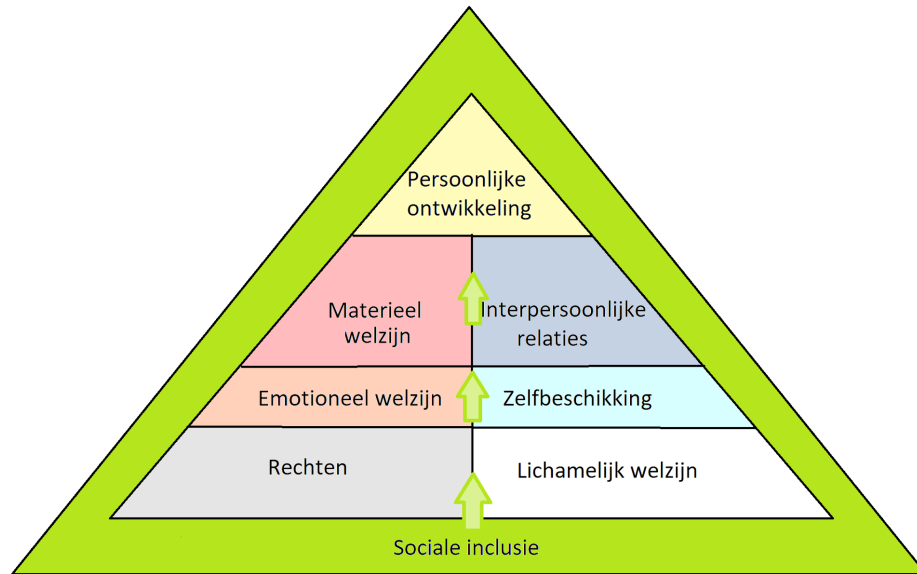
Uit de afgenomen interviews en gevonden informatie lijken een aantal domeinen van Schalock ten gronde te liggen voor de ontwikkeling van verdere domeinen. Om deze ideeën te visualiseren is het onderstaande figuur gemaakt met inspiratie uit het werk van Maslow (A Theory of Human Motivation, 1943). Zo lijkt voldoende vervulling op het gebied van Lichamelijk Welzijn naast Rechten nodig te zijn voor ontwikkeling op verdere domeinen. Zonder Lichamelijk Welzijn lijkt een cliënt lichamelijk niet in staat tot het gebruik van zelfbeschikking waardoor andere domeinen ook achter raken. Ook zijn Rechten nodig voor een cliënt om de volledige mogelijkheid te hebben tot het uiten van deze zelfbeschikking.

Hierdoor vormen Lichamelijk Welzijn en Rechten de eerste laag van deze piramide. Zelfbeschikking lijkt nodig te zijn voor een cliënt om de kans te krijgen zich te uiten over Materieel Welzijn en Emotioneel Welzijn. Wanneer een cliënt niet de keuze krijgt over welke inrichting van Materieel Welzijn deze behoeft of hoe de mogelijkheid krijgt zich te uiten over zijn Emotioneel Welzijn is het behalen van deze domeinen niet mogelijk. Vervolgens speelt het Emotioneel Welzijn van de cliënt een rol in het vinden en behouden van interpersoonlijke contacten met mede cliënten, begeleiding en niet professionele contacten. Wanneer er voldoende aandacht is voor het emotionele welzijn van de cliënt zullen interpersoonlijke contacten ook te bevorderen zijn. Hierom vormen Zelfbeschikking en Emotioneel Welzijn de tweede laag van de piramide. Vervolgens kan Materieel Welzijn, de mogelijkheid van een cliënt bevorderen om zich door middel van middelen zoals een spraakcomputer of rolstoel zich kenbaar te maken bij mensen die minder bekend zijn. Wat maakt dat Materieel Welzijn en interpersoonlijke contacten de derde laag van de piramide vormen. Door de Interpersoonlijke Relaties en het bestaan van een veilige basis zal de wereld van de cliënt zich vergroten. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid tot Persoonlijke Ontwikkeling. De cliënt is zo ook in staat zich vanuit een veilige, stabiele positie te uiten over op welke gebieden deze zich verder wil ontwikkelen aan mensen die deze vertrouwd. Dit maakt Persoonlijke Ontwikkeling tot de vierde laag van de piramide. Overigens staan deze domeinen altijd in contact met elkaar. Interpersoonlijke Relaties kunnen Lichamelijk Welzijn van de cliënt bijvoorbeeld ook bevorderen door te stimuleren af en toe een wandeling te maken. Sociale Inclusie staat als het ware buiten deze piramide. Aan veel van domeinen van de domeinen kunnen ook in samenwerking met de maatschappelijke omgeving gewerkt worden. Zo kan Sociale Inclusie helpen bij het vergaren van interpersoonlijke contacten die weer kunnen helpen op het gebied van Lichamelijk en Emotioneel Welzijn. Sociale Inclusie vormt hierdoor een laag die bevordering geeft aan de andere domeinen.

### **Figuur 6**

*Weergave van de interacties tussen verschillende domeinen*





### Limitaties

Het is van belang te benoemen dat door groepen te maken op basis van ontwikkelingsniveau, de hoeveelheid respondenten en hiermee de betrouwbaarheid per groep gedaald is. Resultaten rond specifieke ontwikkelingsniveaus zijn daarom voorzichtig geïnterpreteerd. Op dit gebied hebben de uitgevoerde interviews waarde geboden. Het was hierdoor mogelijk gevonden ideeën te toetsen aan de praktijk.

### Vervolgonderzoek

Het zou van waarde zijn dieper onderzoek te doen naar enige opvallende resultaten binnen dit onderzoek en dit ook uit te voeren binnen andere zorginstellingen. Ook zal het van waarde zijn onderzoek te doen naar of verschillende domeinen op dezelfde wijze voortkomen bij verschillende ontwikkelingsniveaus. Sociale Inclusie zal in de praktijk voor iemand met een diepe verstandelijk beperking anders uitkomen dan bij iemand met een lichte verstandelijke beperking. Daarnaast zullen er per domein en ontwikkelingsniveau andere behoeften zijn. Iemand met een diepe verstandelijke beperking zal minder zorgen hebben rond Rechten dan iemand met een lichte verstandelijke beperking. Is dit dan nog onder hetzelfde domein te scoren of is hier een ander model voor nodig. Mogelijk kan er verder onderzocht worden wat de samenhang is tussen het vanuit SMART opstellen van doelen en hoe effectief deze uitgevoerd worden. Heeft SMART toegevoegde waarde of is er een manier die beter werkt.

Het zou een optie kunnen zijn de San Martin schaal (Verdugo et al., 2014) aangepast op het individu af te nemen voordat er doelen opgesteld worden. Zo kan duidelijk gemaakt worden op welke domeinen bij de cliënt individueel verbeterpunten liggen.

### **Nawoord**

Deze scriptie is geschreven met behulp van de data van het SCORE-onderzoek. Daarnaast wil ik de medewerkers van Ipse de Bruggen bedanken voor het leveren van hun onderzoeksdoelen en Ilse Migchelsen en Ingrid Heijmans voor het nemen van de tijd om de resultaten van dit onderzoek te bespreken in de interviews.

## Literatuurlijst

- A Theory of Human Motivation. (1943). *Psychological Review*, 50, 370–396.  
<http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. (2022). *ATLAS.ti: The Qualitative Data Analysis & Research Software*. ATLAS.ti. Geraadpleegd op 8 april 2022, van <https://atlasti.com/>
- Buntinx, W., Herps, M. & de Ruiter, M. (2012). Toelichting bij de handreiking Ondersteuningsplannen 2013. Geraadpleegd op 10 mei 2022, van [https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/Verbeterprogramma/Ondersteuningsplannen/Toelichtingen\\_totaal.pdf](https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/Verbeterprogramma/Ondersteuningsplannen/Toelichtingen_totaal.pdf)
- Carante Groep, Expertisegroep EVMB. (2010, februari). *Richtlijnen voor handelingsgerichte diagnostiek bij mensen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (EVMB)*. <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/>. Geraadpleegd op 10 januari 2022, van <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/EVMB%20richtlijnen%20handelingsgerichte%20diagnostiek.pdf>
- Di Maggio, I., Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L., & Nota, L. (2020). Self-determination and future goals in a sample of adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(1), 27–37. <https://doi.org/10.1111/jir.12696>
- Douma, J. (2020, 30 april). *Licht verstandelijke beperking*. Kennisplein gehandicaptensector. <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/licht-verstandelijke-beperking>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Embregts, P. et al. (2019). Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking. NVAVG, 2019. Geraadpleegd op 10 mei 2022, van <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2019/09/Richtlijn-Probleemgedrag-bij-volwassenen-met-een-VB-DEF.pdf>
- Expertisepunt Verstandelijke Beperking. (z.d.). *Ontwikkelingsprofiel*. [www.expertisepuntvb.nl](http://www.expertisepuntvb.nl). Geraadpleegd op 2 augustus 2022, van <https://www.expertisepuntvb.nl/matige-en-ernstige-verstandelijke-beperking/communicatie-en-benadering/afstemmen-op-ontwikkelingsprofiel>

- Hofgastein, B. (2011, 7 oktober). *Presentation: “Designing the road to better health and well-being in Europe” at the 14th European Health Forum Gastein* [Presentatieslides]. euro.who.int/en.  
[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/152184/RD\\_Dastein\\_speech\\_wellbeing\\_07Oct.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf)
- Ipse de Bruggen. (2015, maart). *Doevaluatie in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking* (Master scriptie). Verkregen van  
[https://wathelptmij.nl/media/cms\\_page\\_media/34/Scriptie%20Tessa%20v%20Wijnen.pdf](https://wathelptmij.nl/media/cms_page_media/34/Scriptie%20Tessa%20v%20Wijnen.pdf)
- Ipse de Bruggen. (2019). *Ipse de Bruggen onderzoekt*. Ipse de Bruggen.  
[https://www.ipsedebruggen.nl/media/voor\\_professionals/onderzoek/20190715-idb\\_brochure Onderzoekt highres\\_defpdf1\\_2 .pdf](https://www.ipsedebruggen.nl/media/voor_professionals/onderzoek/20190715-idb_brochure Onderzoekt highres_defpdf1_2 .pdf)
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649.  
<https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Kennisplein gehandicaptensector. (2021, 20 april). *Visie Leidraad EMB in het vizier*. Geraadpleegd op 25 april 2022, van  
<https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/onderzoek/gewoon-bijzonder/emb-in-het-vizier/leidraad-visie>
- Kennisplein Zorg voor Beter. (2018, 17 mei). *Doel bepalen*. Zorg voor Beter. Geraadpleegd op 16 augustus 2022, van  
<https://www.zorgvoorbeter.nl/verbeteren-ouderenzorg/pdsa-doel-bepalen>
- Kiewiek-de vries, M. (2018). *Prevention and Intervention of Substance Use and Misuse among Persons with Intellectual Disabilities* [PhD-Proefschrift]. Radboud Universiteit Nijmegen.
- Koks - Leensen, M. K.-L. (2018, november). *Eindrapportage onderzoek Begeleidingsbehoeften van jongeren met LVB in transitie naar volwassenheid*. Radboudumc.  
<https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptensector/media/documents/Cli%C3%ABntgroepen/Licht%20verstandelijke%20beperking/welke-behoeften-hebben-jongvolwassenen-lvb.pdf>
- Ondersteuningsplan. (2021, 11 maart). Kennisplein gehandicaptensector. Geraadpleegd op 10 mei 2022, van <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/ondersteuningsplan>

- Prinsenchting. (z.d.). *Niveaus en syndromen*. [www.prinsenchting.nl](http://www.prinsenchting.nl). Geraadpleegd op 2 augustus 2022, van <https://www.prinsenchting.nl/ori%C3%ABnteren/niveaus-en-syndromen/>
- Radboud MC. (z.d.). *Over Verstandelijke beperking*. [www.radboudumc.nl](http://www.radboudumc.nl). Geraadpleegd op 2 augustus 2022, van <https://www.radboudumc.nl/afdelingen/genetica/wat-wij-doen/erfelijkheidsadvisering/erfelijke-aandoeningen/verstandelijke-beperking/over>
- Schalock, R. L. (2000). Three Decades of Quality of Life. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15(2), 116–127. <https://doi.org/10.1177/108835760001500207>
- Schalock, R. L. (2004). The concept of Quality of Life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203–216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x>
- Schalock R. L., Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM. (2010) *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (Eleventh edition). Washington DC: *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD); 2010.
- Seksuele rechten*. (2016, 7 november). Amnesty International. <https://www.amnesty.nl/encyclopedie/seksuele-rechten>
- Verdugo, M.A., Gómez, L.E., Arias, B., Santamaría, M., Navallas, E., Fernández, S., Hierro, I., (2014). San Martin Scale Quality of Life Assessment for People with Significant Disabilities [Meetinstrument]. Opgevraagd van [https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO26729/San\\_Martin\\_Scale\\_Borrador.pdf](https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO26729/San_Martin_Scale_Borrador.pdf)
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Navas, P., & Schalock, R. L. (2014). Measuring Quality of Life in people with intellectual and multiple disabilities: Validation of the San Martin scale. *Research in Developmental Disabilities*, 35(1), 75–86. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.10.025>
- Werken in de gehandicaptenzorg. (2021, 13 juni). *Doelgroepen in de gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 25 april 2022, van <https://www.werkenindegehandicaptenzorg.nl/werken-in-de-gehandicaptenzorg/doelgroepen-in-de-gehandicaptenzorg>
- World Health Organization. (2020, 21 juli). *Quality of care*. WHO.Int. Geraadpleegd op 2 mei 2022, van [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)

**Bijlage 1 Doelen Rond Kwaliteit van Leven Bij Mensen Met een Verstandelijke Beperking**

<b>Physical well-being</b>	gezondheid, mogelijkheden in het dagelijks leven (zelfverzorging, mobiliteit) en ontspanning zoals hobby's.
<b>Material well-being</b>	de meer materiële behoeften van het individu, financiële status (e.g. inkomen en arbeidsstatus), werkomgeving en behuizing, de behoefte tot het eigenaar zijn van behuizing.
<b>Interpersonal relations</b>	Sociale contacten, het sociale netwerk, relaties met familie, vrienden, leeftijdsgenoten en bronnen van emotionele, Lichamelijke en financiële steun.
<b>Social inclusion</b>	integratie en deelname in de gemeenschap waar iemand toe behoort, rollen die zij hierin spelen en sociale steun.
<b>Personal development</b>	De behoefte om jezelf te ontwikkelen. educatie, persoonlijke vaardigheden en prestaties.
<b>Self-determination</b>	Zelfbeschikking, de mogelijkheid die iemand heeft tot controle over hoe het eigen leven eruit ziet. Autonomie, doelen en persoonlijke waarden, de mogelijkheid tot het maken van keuzes en het krijgen van kansen en mogelijkheden.
<b>Emotional well-being</b>	Tevredenheid en plezier in het eigen leven worden onder dit domein genoemd.

	Het hebben van een eigen identiteit, eigenwaarde en zelfvertrouwen, behoefte aan weinig stress door voorspelbaarheid en controle.
<b>Rights</b>	de basale mensenrechten zoals respect, waardigheid en gelijkheid maar ook legale Rechten zoals burgerschap, toegang tot burgerschaps gerelateerde zaken aangepast op de persoon en het recht tot een eerlijk proces.
<b>Klinische status</b>	verandering en vermindering van symptomen
<b>Activiteiten in het dagelijks leven</b>	(ADL, IADL, gebruik van geld en medicatie, huishouden)
<b>Activiteitenpatronen</b>	Activiteiten binnen en buitenshuis
<b>Performance assessment</b>	effectiviteit, efficiëntie, gezondheid en veiligheid, prestatie data en stabiliteit van programma's
<b>Consumer appraisal</b>	toegang tot diensten, klant waardering, competenties van werknemers, bijkomende diensten en ondersteuning, trouwheid aan diensten en het ondersteuningsmodel

## **Bijlage 2 Vragen Interview Gedragkundigen Ipse de Bruggen**

Intro: Welkom, bedankt dat u tijd uit uw dag wil nemen voor mij. Ik heb een aantal vragen voorbereid, ik zal proberen dit niet langer dan een half uur te laten duren.

1. Bent u bekend met Quality of Life volgens Schalock? (zo niet leg uit)

Ik wil met u deze domeinen langs gaan, kijken wat uw mening is en vervolgens bespreken wat ik gevonden heb.

2. Hoe zou u Persoonlijke ontwikkeling van cliënten momenteel beoordelen binnen uw werkomgeving?
3. Ik heb zelf gevonden dat dit relatief laag gescoord werd maar dat er wel veel doelen over bestaan. Hoe zou dit kunnen komen denkt u?
4. Hoe zou u Emotioneel welzijn van cliënten momenteel beoordelen binnen uw werkomgeving?
5. Ik heb zelf gevonden dat dit relatief gemiddeld gescoord werd maar dat hier veel doelen over bestaan. Hoe zou dit kunnen komen denkt u?
6. Hoe zou u Fysiek welzijn van cliënten momenteel beoordelen binnen uw werkomgeving?
7. Ik heb zelf gevonden dat dit relatief gemiddeld gescoord werd maar dat hier veel doelen over bestaan. Hoe zou dit kunnen komen denkt u?
8. Hoe zou u Interpersoonlijke relaties van cliënten momenteel beoordelen binnen uw werkomgeving?
9. Ik heb zelf gevonden dat dit relatief gemiddeld gescoord werd maar dat er wel veel doelen over bestaan. Hoe zou dit kunnen komen denkt u?
10. Hoe zou u zelfdeterminatie van cliënten momenteel beoordelen binnen uw werkomgeving?
11. Ik heb zelf gevonden dat dit relatief hoog gescoord werd maar dat er minder doelen rond bestaan. Hoe zou dit kunnen komen denkt u?



12. Hoe zou u Sociale inclusie van cliënten momenteel beoordelen binnen uw werkomgeving?
13. Ik heb zelf gevonden dat dit relatief laag gescoord werd en dat er weinig doelen over opgesteld zijn. Hoe zou dit kunnen komen denkt u?
14. Hoe zou u Materieel welzijn van cliënten momenteel beoordelen binnen uw werkomgeving?
15. Ik heb zelf gevonden dat dit relatief gemiddeld over gescoord werd en dat er weinig doelen over opgesteld zijn. Hoe zou dit kunnen komen denkt u?
16. Hoe zou u Rights van cliënten momenteel beoordelen binnen uw werkomgeving?
17. Ik heb zelf gevonden dat dit relatief hoog gescoord werd maar dat er vrijwel geen doelen over bestaan. Hoe zou dit kunnen komen denkt u?
18. Wat is uw mening over het opstellen van doelen volgens SMART?
19. Zijn er domeinen die u belangrijker vindt dan andere domeinen?
  - a. Verschilt dit voor u per ontwikkelingsniveau?