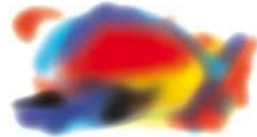


Cliëntprofielen en de daarbij behorende ondersteuningsbehoeften van cliënten met een verstandelijke beperking en intensieve zorgvraag.



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

SCORE-onderzoek

Systematische Cliënt Ondersteuning Resultaat Evaluatie

Naam: Rebecca de Graaf

Studentnummer: s1441590

Universiteit Leiden

Education and Child Studies

Begeleiders: Dr. Y.M. Dijkxhoorn, Universiteit Leiden

Drs. G. Wulms, Ipse de Bruggen

D.C.M. van Winden, MSc, Ipse de Bruggen

Datum: 16-06-2018

Voorwoord

Na een half jaar actief bezig geweest te zijn met het afnemen van de Vineland-II en het administratief ondersteunen van het SCORE-onderzoek, ben ik begonnen met het verwerken en interpreteren van mijn data. Voor u ligt het eindresultaat van mijn harde werk, mijn thesis: 'Cliëntprofielen en daarbij behorende ondersteuningsbehoeften van cliënten met een ZZP 6 of 7'. Huidig onderzoek is onderdeel van het grote SCORE-onderzoek. Ondanks het harde werken en de ups en downs, ben ik tevreden met het eindresultaat.

Tijdens de vakken tijdens mijn Bachelor- en Master Orthopedagogiek heb ik veel theoretische kennis kunnen verwerven. Deze theoretische kennis heb ik kunnen inzetten tijdens mijn masterstage van tien maanden als orthopedagoog in de gehandicaptenzorg, en mijn bijbaan als begeleider. Huidig onderzoek is een mooie aanvulling op mijn theoretische kennis. Door meer de verdieping in te gaan met het SCORE-onderzoek heb ik nog meer geleerd over hoe intelligentie en adaptief gedrag samenhangen met de ondersteuningsbehoefte van de cliënt.

Ik wil mijn dank uitspreken aan Yvette Dijkxhoorn voor de Vineland-II cursus waardoor ik interviews mocht afnemen bij de persoonlijk begeleiders. Ook wil ik Desirée van Winden bedanken voor het meedenken en beantwoorden van mijn vragen en het geven van de duidelijke feedback.

Abstract

This study has examined the association between client profiles according to the AAIDD-model (general cognitive level, adaptive behavior, (problem) behavior, diagnosis and support needs) in 28 individuals with an intellectual disability. The level of disability ranges from mild to deep and has been obtained from the client file. Adaptive behavior has been measured with the Vineland-II and challenging behavior is specified by the Developmental Behavior Checklist-Adults (DBC-A). The intensity of support needs has been measured with the Support Intensity Scale (SIS). An Agglomerative hierarchical cluster-analytic technique was used to define potential subgroups. The results shows that there are three types of client profiles. The characteristics of each profile will be described in this paper. Current research can be used to improve quality of support for people with a intellectual disability, which will eventually lead to an improved quality of life.

Keywords:

Intellectual disability, AAIDD, Vineland-II, DBC-A, Support Needs, Support Intensity Scale, Quality of life

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Abstract	3
Inleiding	5
AAIDD-model	6
Mate verstandelijke beperking	7
Ondersteuningsbehoeften	8
Probleemgedrag	9
Cliëntprofielen	10
Huidig onderzoek	11
Methode	13
Participanten	13
Instrumenten	13
Procedure	18
Resultaten	18
Discussie	23
Implicaties	26
Referentielijst	28

Inleiding

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de door de *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD, 2010) opgestelde definitie van het begrip verstandelijke beperking (VB). De AAIDD beschrijft een VB op basis van beperkingen in het intellectueel- en adaptief functioneren. Daarnaast moet de VB ontstaan zijn voor het 18^e levensjaar (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD), 2010). Het intellectueel functioneren wordt gezien als een algemeen mentaal vermogen om te redeneren, plannen en problemen op te lossen (Schalock et al., 2010). Mensen met een VB ervaren mogelijk problemen op deze domeinen. Adaptief functioneren wordt ondergebracht in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. De adaptieve vaardigheden zijn aangeleerd door dagelijkse ervaringen. Onder conceptuele vaardigheden vallen onder andere: het begrijpen en hanteren van taal, begrip van geld en het overzien en plannen van dagelijkse activiteiten. Bij sociale vaardigheden gaat het om het hanteren van interpersoonlijk contact, handelen vanuit verantwoordelijkheidsbesef en weerstand kunnen bieden aan negatieve beïnvloeding. Ten slotte gaat het bij praktische vaardigheden om activiteiten van het dagelijks leven (ADL) zoals maaltijdbereiding, huishouding en telefoongebruik (Buntinx, 2003). De adaptieve vaardigheden van mensen met een VB kunnen in mindere of meerdere mate ontwikkeld zijn en zijn bepalend voor de mate van ondersteuning die men nodig heeft.

Voorheen werd een VB gezien als een gebrek binnen het individu, tegenwoordig wordt een VB gezien als beperking in de interactie tussen persoon en omgeving (Buntinx & Schalock, 2010). De VB reflecteert de 'fit' tussen de mogelijkheden van het individu en de structuur en verwachting van de omgeving (AAIDD, 2010). Deze 'fit' laat zien waar ondersteuning gewenst is om zo goed mogelijk te kunnen participeren. Daarnaast moet er rekening worden gehouden met de context (leeftijd, cultuur en *peers*), andere beperkingen en de sterke kanten van de cliënt. Het doel van het beschrijven van de beperking, is onder andere de juiste ondersteuningsbehoefte vast te stellen. Door middel van de juiste diagnostiek kan in kaart gebracht worden waar ondersteuning nodig is. Het is van belang om naast de wensen van een cliënt rekening te houden met de ondersteuningsbehoefte van de cliënt bij het opstellen van (werk)doelen.

Tabel 1.

Indeling van VB op basis van intellectueel functioneren en ontwikkelingsleeftijd

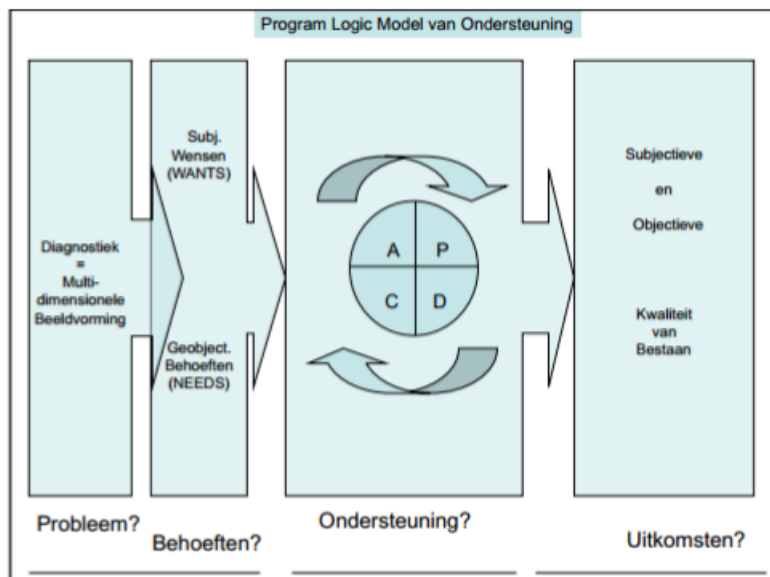
Mate VB	IQ-range	Ontwikkelingsleeftijd adaptieve vaardigheden
Licht verstandelijke beperking	50-70	6;6-12;0 jaar
Matig verstandelijke beperking	35-50	4;0-6;6 jaar
Ernstig verstandelijke beperking	20-35	2;0-4;0 jaar
Zeer ernstig verstandelijke beperking	0-20	Tot 2;0 jaar

(Resing & Blok, 2002)

De mate van de verstandelijke beperking en de daarbij behorende kenmerken zijn te zien in tabel 1. Bij een licht verstandelijke beperking (LVB) is er sprake van een intelligentie quotiënt (IQ) tussen de 50 en 70. Wat betreft adaptieve vaardigheden zijn er veelal moeilijkheden met schoolse vaardigheden, probleem oplossen en executieve functies. Op sociaal gebied is er sprake van beperkt inzicht in sociale contacten en cues. Wat betreft praktische vaardigheden kan het zijn dat zelfverzorging leeftijdsadequaat is. Bij complexe taken heeft iemand daarentegen veel ondersteuning nodig. Volwassenen hebben mogelijk ondersteuning nodig bij beslissingen aangaande gezondheid, legale zaken et cetera (Fuijara, 2003; Verhulst, Verheij & Danckaerts, 2014). Wanneer er sprake is van een matig verstandelijke beperking (MVB) is er sprake van een IQ tussen de 35 en 50. Wanneer gekeken wordt naar adaptieve vaardigheden zijn de conceptuele vaardigheden vaak minder ontwikkeld dan bij leeftijdsgenoten. Op kleuterleeftijd is er vaak al een achterstand in taal, spraak en overige vaardigheden. Er is voortdurende begeleiding nodig bij dagelijkse conceptuele taken. Op sociaal gebied is sociale en communicatieve ondersteuning nodig. Praktische vaardigheden zijn meestal voldoende verworven, wel duurt het langer voordat deze zijn aangeleerd (Verhulst et al., 2014). Bij een ernstig verstandelijke beperking (EVB) past een IQ tussen de 20 en 35. Op adaptief gedrag is er een beperkte ontwikkeling van conceptuele vaardigheden. Er is weinig tot geen inzicht in vaardigheden als schrijven, tellen, lezen en geld. Er is uitgebreide ondersteuning nodig bij het oplossen van problemen gedurende de gehele levensloop. Sociale vaardigheden zoals woordenschat en spraakkunst zijn beperkt. Er wordt gesproken in eenvoudige zinnen en woorden, deze woorden kunnen ondersteund worden door middelen. Relaties zijn voor mensen met een ernstig verstandelijke beperking een grote bron van steun. Op de praktische vaardigheden heeft men hulp nodig bij dagelijkse activiteiten zoals eten, kleden, naar het toilet gaan et cetera. Volwassenen hebben meestal voortdurende ondersteuning en begeleiding nodig

wanneer ze deelnemen aan huiselijke taken, ontspanning en werk (Verhulst et al., 2014). Wanneer er sprake is van een zeer ernstig verstandelijke beperking is er sprake van een IQ tot 20. Men kan op conceptuele vaardigheden functioneel gebruik leren maken van voorwerpen. Sociale vaardigheden zijn zeer beperkt en er is weinig begrip van symbolische communicatie of gebaren. Op praktische vaardigheden is men volledig afhankelijk van anderen voor alle aspecten van dagelijkse verzorging, gezondheid en veiligheid (Verhulst et al., 2014).

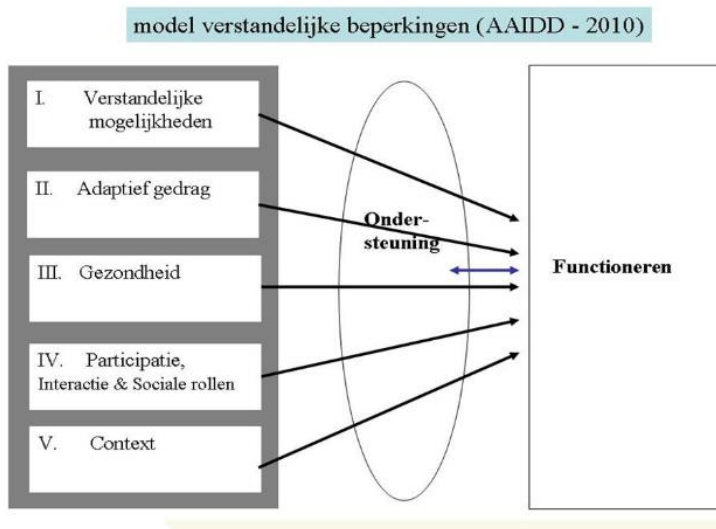
In figuur 1 is het model van ondersteuning dat wordt gebruikt om de ondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking in kaart te brengen weergegeven. In het eerste gedeelte is er sprake van diagnostiek door middel van multidimensionale beeldvorming. De cliënt wordt door (persoonlijk) begeleiders en gedragswetenschapper in kaart gebracht aan de hand van het AAIDD-model over menselijk functioneren (figuur 2). Er wordt aan de hand van sterke en zwakte punten gekeken op welke domeinen ondersteuning gewenst is. Vervolgens is het de bedoeling dat de subjectieve wensen en de geobjectiverde behoeften van de cliënt in kaart worden gebracht. Op basis van de wensen en behoeften kan de ondersteuning worden weergegeven. Uiteindelijk is er sprake van een subjectieve en objectieve uitkomstmaat voor de kwaliteit van bestaan. De subjectieve maat gaat over tevredenheid met eigen bestaan en subjectief welbevinden. De objectieve maat gaat om maatstaven die in de samenleving algemeen gelden. Zoals zaken op gebied van huisvesting, onderwijs en gezondheid (De Bruijn, Buntinx & Twint, 2013).



Figuur 1

Ondersteuningsbehoeften

In figuur 2 zijn de vijf dimensies van menselijk functioneren te zien. Bij verstandelijke mogelijkheden gaat het om redeneer-, plan- en probleemoplossings- vaardigheden (Schalock et al., 2010). Adaptief gedrag wordt onderverdeeld in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. Deze vaardigheden heeft een persoon nodig heeft in het dagelijks leven (De Bruijn et al., 2013). Gezondheid gaat over de lichamelijke en geestelijke gezondheid van een persoon. De dimensie participatie is de mate van deelname aan sociale situaties. Bij de dimensie context gaat het om de omgeving waarin een persoon functioneert (Shalock et al., 2012). Deze kenmerken samen met ondersteuning bepalen het functioneren van een persoon.



Figuur 2

Het tweede gedeelte van het AAIDD model (figuur 2) bestaat uit ondersteuning. Ondersteuning wordt door het AAIDD gedefinieerd als: ‘Hulpbronnen en strategieën die erop gericht zijn de ontwikkeling, de opvoeding, de belangen en het persoonlijk welzijn van een persoon te bevorderen en zijn/haar functioneren te versterken (Schalock et al., 2010). Het is van belang om de verschillende hulpbronnen in samenhang te zien, er is namelijk altijd sprake van interactie tussen de persoon zelf, familie, informele ondersteuning et cetera (Luckasson et al., 2002).

Omdat ondersteuning een steeds belangrijker begrip wordt binnen het AAIDD is het interessant om te onderzoeken aan wat voor soort ondersteuning behoefte is. Dit maakt dat het begrip ‘ondersteuningsbehoefte’ steeds meer naar voren komt. Door middel van de *Support Intensity Scale* (SIS) kan er een profiel van ondersteuningsbehoeften worden opgesteld

(Thompson et al., 2010). De indeling in licht, matig, ernstig en zeer ernstig verstandelijke beperking geeft binnen en grote groep een algemeen idee van de ondersteuningsbehoeften. Echter, op individueel niveau geeft deze indeling geen betrouwbare informatie over de ondersteuningsbehoefte van de cliënt (Thompson et al., 2010). De ondersteuningsbehoefte van een cliënt bestaat uit de discrepantie tussen de competenties van de persoon en de eisen die de omgeving stelt aan het functioneren van de persoon. Het gaat om de ondersteuning die een persoon nodig heeft om deel te kunnen nemen aan activiteiten die gebruikelijk zijn voor de leeftijdsgroep en cultuur waarbinnen die persoon hoort (Thompson et al., 2009; Shalock et al., 2010). De geboden ondersteuning kan in belangrijke mate het functioneren beïnvloeden (De Bruijn et al., 2013). De intensiteit van de ondersteuning kan variëren. Ten eerste kan er sprake zijn van tussentijdse ondersteuning, het gaat dan om ondersteuning op bepaalde momenten. Ten tweede is beperkte ondersteuning mogelijk, dit is ondersteuning met enige regelmaat, maar afgebakend en kortdurend. Ook kan er sprake zijn van uitgebreide ondersteuning, dit is ondersteuning die regelmatig voorkomt op diverse levensgebieden. Ten slotte bestaat er algemene ondersteuning, deze ondersteuning is voortdurend, intensief en op alle levensgebieden (De Bruijn et al., 2013). Wanneer de juiste ondersteuning geboden wordt zal dit het functioneren van de cliënt verbeteren. Wanneer het functioneren van een persoon verbetert zal dit vervolgens een positieve invloed hebben op de kwaliteit van bestaan (Thompson et al., 2009).

Cliënten met een zorgzwaartepakket (ZZP) 6 of 7 kenmerken zich doordat zij naast hun VB ook gedrags- en psychische problemen vertonen. Cliënten met deze intensieve zorgvraag zijn daarom voor alle aspecten van het dagelijks leven afhankelijk van anderen en hun kwaliteit van bestaan wordt bepaald door de dagelijkse zorg en ondersteuning. De kwaliteit van ondersteuning lijkt van belang voor de kwaliteit van bestaan (Beadle-Brown, et al., 2015). De kwaliteit van bestaan bestaat uit de volgende acht domeinen: Emotioneel welbevinden, lichamenlijk welbevinden, materieel welbevinden, interpersoonlijke relaties, persoonlijke ontplooiing, zelfbepaling, sociale inclusie en rechten (Shalock & Verdugo, 2015). Door cliënten individuele en passende ondersteuning te bieden op deze bovenstaande acht domeinen die het begrip van 'kwaliteit van bestaan' vormen kan er een ondersteuningssysteem worden gewaarborgd, waarbij persoonlijke ontwikkeling, intenties en doelen centraal staan (Claes et al., 2010). Ondersteuning kan door het sociale netwerk zelf en/of door professionals geboden worden. Als het gaat om door professioneel geboden ondersteuning is kwaliteit een belangrijke factor. In het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0 (VGN, 2013), dat zich baseert op het burgerschapsparadigma, en in *kwaliteit in langdurige zorg en ondersteuning*

(CG-Raad e.a., 2012) worden de voorwaarden die te leveren kwaliteit van professionele ondersteuning geformuleerd: kwaliteit van bestaan in plaats van kwaliteit van zorg. Bij kwaliteit van bestaan gaat het om eigen regie; invloed hebben op eigen leven. Het betreft alle acht levensdomeinen. Tevens staat directe ondersteuning in het leven van de persoon met een verstandelijke beperking centraal.

Probleemgedrag

De term probleemgedrag verwijst naar abnormaal gedrag dat van zodanige intensiteit, frequentie en/of duur is, dat de lichamelijke veiligheid van de persoon of dat van anderen in ernstig gevaar is. Daarnaast kan dit gedrag ervoor zorgen dat gebruik van eenvoudige voorzieningen binnen onze maatschappij ernstig beperkt of onmogelijk is (Emerson & Bromley, 1995). De meeste gedragsproblemen worden omschreven als uitdagend gedrag, agressief naar anderen, woedeaanvallen, schreeuwen, roepen, schelden en automutilatie (Didden, 2004; Verhulst et al., 2014). Gedragsproblemen en psychische stoornissen zijn bij mensen met een licht verstandelijke beperking in veel gevallen complex (Didden, 2004). In het algemeen hebben mensen met een verstandelijke beperking meer moeite met het reguleren van gedrag. Een regulatieprobleem kan leiden tot teruggetrokkenheid, stereotiep gedrag en afweer van sociaal contact. Moeite met het reguleren van gedrag zorgt ervoor dat men achterloopt in de emotionele ontwikkeling. Door deze achterstand lopen mensen met een VB een grotere kans op het ontwikkelen van probleemgedrag en psychiatrische stoornissen (Dosen, 2014). Gedragsproblemen komen dan ook vaker voor bij mensen met een verstandelijke beperking dan bij mensen zonder verstandelijke beperking (Soenen et al., 2009). Zo is er vaker sprake van agressief, delinquent, depressief en angstig gedrag bij mensen met en VB (Dekker, Koot, van der Ende, & Verhulst, 2002). De kans op probleemgedrag neemt toe naarmate de ernst van de beperking toe neemt (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002). Wanneer men veel probleemgedrag vertoont heeft dit vervolgens invloed op de kwaliteit van bestaan van de cliënt (Totsika & Hastings, 2009; Mansell, McGill & Emerson, 2001).

Clïentprofielen

Het idee is dat er binnen de populatie mensen met een VB en intensieve zorgvraag bepaalde profielen te schetsen zijn. Het gaat hier om cliënten met mogelijk hetzelfde niveau van intellectueel functioneren, adaptief gedrag, probleemgedrag, diagnoses en/of ondersteuningsbehoeften. Soenen et al. (2009) hebben eerder onderzoek gedaan naar cliëntprofielen in een heterogene populatie van mensen met een licht verstandelijke beperking (IQ 50-70) gebaseerd op intellectueel-, adaptief- en gedrag functioneren. Hieruit komen vier

verschillende cliëntprofielen naar voren. Ten eerste profiel 1: deze cliënten hebben gemiddeld een IQ van 74. Adaptief functioneren zij op een ontwikkelingsleeftijd van zeven jaar en zes maanden. Er is veelal sprake van probleem en manipulatief gedrag, ronddwalen, agressie en fysieke agressie. Daarnaast is er mogelijk sprake van hechtingsproblematiek, borderline persoonlijkheidsstoornis of een pervasieve ontwikkelingsstoornis. Cliënten in profiel 2 hebben gemiddeld een IQ van 61. Adaptief functioneren zij op een gemiddelde ontwikkelingsleeftijd van vijf jaar en vier maanden, houden vast aan routines, bieden vaak weerstand tegen veranderingen, abnormale reactie op sensorische prikkels, gefascineerd door bepaalde objecten, minder probleemgedrag en vaak ADHD of een pervasieve ontwikkelingsstoornis. Cliënten met profiel 3 hebben gemiddeld een totaal IQ van 75. Op adaptieve vaardigheden behalen zij een ontwikkelingsleeftijd van zeven jaar en zeven maanden. Zij laten minder probleemgedragingen zien in vergelijking met andere profielen. Er is meer sprake van depressie en angst. Ten slotte cliënten met profiel 4. Zij hebben gemiddeld een totaal IQ van 58. Op adaptieve vaardigheden behalen zij gemiddeld een score van drie jaar en zes maanden. Deze cliënten vertonen het meeste probleemgedrag in vergelijking met andere groepen. Ze houden zich vast aan routine, hebben weerstand tegen verandering, vaker sprake van ontwikkelingsstoornissen en hoge sensorische abnormaliteit (Soenen et al., 2009).

Huidig onderzoek

Voor zover bekend zijn er geen onderzoeken die zich hebben gericht op de verschillende cliëntprofielen en bijbehorende ondersteuning binnen de populatie van mensen met een verstandelijke beperking met een ZZP 6 of 7. Cliënten met deze zorgzwaarte kenmerken zich doordat zij naast een verstandelijke beperking ook gedrags- en psychische problemen vertonen. Het is interessant om meer onderzoek te doen naar cliëntprofielen. Eerder onderzoek van Soenen et al. (2009) laat zien dat er bepaalde cliëntprofielen naar voren komen binnen de populatie van mensen met een licht verstandelijke beperking. Interessant is om te zien of er ook bepaalde profielen naar voren komen binnen de populatie van mensen met een VB en een ZZP 6 of 7. Wanneer er bepaalde profielen ontdekt worden in de populatie van mensen met een verstandelijke beperking, kan men mogelijk patronen ontdekken in gedrag en gewenst ondersteuning en vervolgens sneller aansluiten op de ondersteuningsbehoefte van de cliënt. Met als gevolg een betere kwaliteit van bestaan (Beadle-Brown et al., 2015).

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van cliëntprofielen gebaseerd op intelligentie, adaptief gedrag en (probleem)gedrag. Achteraf wordt gekeken of er een patroon te vinden is in vastgestelde diagnoses en de ondersteuningsbehoefte op basis van de SIS-indexscore. Cliënten

met een ZZP 6 of 7 zijn voor alle aspecten van het dagelijks leven afhankelijk van anderen en hun kwaliteit van bestaan wordt mede bepaald door de dagelijkse zorg en ondersteuning. Daarnaast is het onderzoeken van de ondersteuningsbehoefte van de cliënt van belang, omdat mensen met een beperking vaak de niet de juiste ondersteuning krijgen (Fuijara, 2003). Er is voor zover bekend niet eerder onderzoek gedaan naar welke ondersteuning het beste werkt voor cliënten met een ZZP 6 of 7. Om de ondersteuningsbehoefte te identificeren en de intensiteit van de ondersteuning te bepalen wordt er in huidig onderzoek gebruik gemaakt van de SIS. Deze vragenlijst is gebaseerd op het AAIDD model en brengt de ondersteuningsbehoeften van de cliënten in kaart op verschillende domeinen. Met behulp van de SIS komt naar voren op welk(e) domein(en) de cliënten ondersteuning nodig hebben. Wanneer er binnen een cliëntprofiel bepaalde patronen in de ondersteuningsbehoeften worden ontdekt, kunnen er in het vervolg sneller lijnen uitgezet worden om de juiste ondersteuning te bieden. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden om beter in te spelen op de behoefte van de cliënt, wat vervolgens zal leiden tot een betere kwaliteit van bestaan.

De onderzoeksvraag in huidig onderzoek luidt: Is er een patroon te vinden tussen cliëntprofielen, diagnoses en ondersteuningsbehoeften? Allereerst wordt er getoetst of er bepaalde cliëntprofielen terug te vinden zijn in huidige steekproef. Er wordt verwacht dat er in de steekproef bepaalde cliëntprofielen te vinden zijn op basis van intelligentie, adaptief gedrag en (probleem)gedrag (Soenen et al., 2009). De kenmerken van de gevonden cliëntprofielen zullen vervolgens uitgebreid beschreven worden. De ondersteuningsbehoeften van de cliënten zullen per cliëntprofiel bekeken worden en vergeleken worden tussen de cliëntprofielen. Er wordt verwacht dat een cliëntprofiel met gemiddeld genomen een licht verstandelijke beperking minder ondersteuning nodig heeft dan cliëntprofielen met een matig tot zeer ernstig verstandelijke beperking (Thompson et al., 2004). Daarnaast wordt verwacht dat hoe lager het intellectueel functioneren is des te minder adaptieve vaardigheden er ontwikkeld zijn en dus hoe hoger de ondersteuningsbehoefte zal zijn (Claes, Van Hove, Van Loon, Van de Velde, & Schalock, 2009). Ook wordt er gekeken op welke domeinen de verschillende cliëntprofielen de meeste ondersteuning nodig hebben. Cliënten met een ZZP 6 of 7 zijn voor alle aspecten van het dagelijks leven afhankelijk van anderen. Het is echter nog niet duidelijk welke ondersteuning het beste werkt voor deze cliënten. Verwacht wordt dat de cliënten met een licht verstandelijke beperking ondersteuning nodig hebben op onder andere: gezondheid, sociale contacten en wettelijke zaken (Verhulst et al., 2014). Bij cliënten met een matig verstandelijke beperking wordt verwacht dat zij meer ondersteuning nodig hebben op dagelijkse conceptuele taken, gezondheid en sociale contacten. Bij cliënten met een ernstig verstandelijke beperking is

ondersteuning nodig bij alle zaken waarvoor sociale communicatie nodig is, daarnaast is ondersteuning nodig bij huishoudelijke taken, eten en werk. Allerlaatst zijn cliënten met een zeer ernstig verstandelijke beperking volledig afhankelijk van de ondersteuning op dagelijkse verzorging, gezondheid en veiligheid en conceptuele vaardigheden (Verhulst et al., 2014). Ten slotte wordt er gekeken welk probleemgedrag naar voren komt binnen de verschillende cliëntprofielen. Er wordt verwacht dat naarmate het intellectueel functioneren en het adaptief gedrag lager zijn, er meer probleemgedrag naar voren komt. Ten slotte wordt er gekeken of er in bepaalde cliëntprofielen meer of minder probleemgedrag naar voren komt.

Methode

Door middel van een agglomeratieve hiërarchische cluster analyse worden mogelijke cliëntprofielen in kaart gebracht. De cluster analyse zorgt ervoor dat alle cliënten in de huidige steekproef in bepaalde profielen worden geplaatst op basis van intelligentie, adaptief gedrag en (probleem)gedrag. Het doel van de clusteranalyse is het vormen van verschillende profielen met hun eigen gedeelde kenmerken. De intellectuele vaardigheden worden meegenomen aan de hand van de classificaties: licht, matig, ernstig en zeer ernstig verstandelijk beperkt. Om de adaptieve vaardigheden in kaart te brengen wordt er gebruik gemaakt van de ontwikkelingsleeftijden in jaren op de Vineland-II. Het (probleem)gedrag wordt meegenomen aan de hand van de DBC-A. Wanneer de cliëntprofielen geschetst zijn wordt er per cliëntprofiel gekeken naar mogelijk vastgestelde diagnoses uit het dossier en ondersteuningsbehoeften op basis van de SIS-indexscore.

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag is er allereerst gebruik gemaakt van een hiërarchische cluster analyse. Vervolgens is er door middel van een kwalitatieve analyse gekeken naar kenmerken van de verschillende cliëntprofielen. Ten slotte wordt er kwalitatief getoetst of er bepaalde diagnoses naar voren komen binnen de verschillende profielen. Ten slotte is er gekeken naar de ondersteuningsbehoeften per cliëntprofiel en hoe deze onderling verschillen. De bevindingen van huidig onderzoek kunnen gezien worden als begin van het werken met cliëntprofielen.

Participanten

De steekproef bestaat uit 28 cliënten met een ZZP 6 of 7 woonachtig op verschillende woonlocaties in Zuid-Holland binnen Ipse de Bruggen. Cliënten met deze zorgzwaarte kenmerken zich door dat zij naast een verstandelijke beperking ook gedrags- en psychische problemen vertonen. De huidige steekproef bestaat uit vijf cliënten met een licht verstandelijke

beperking, zeven cliënten met een matig verstandelijke beperking, dertien cliënten met een ernstig verstandelijke beperking en drie cliënten met een zeer ernstig verstandelijke beperking. De leeftijd varieert van 20 tot en met 63 en de gemiddelde leeftijd is 36,4 jaar. Het merendeel van de participanten is man, namelijk 82 procent, 18 procent is vrouw.

Instrumenten

Classificatie intellectueel functioneren.

Het intellectueel functioneren is eerder gemeten door middel van passende intelligentietesten voor iedere cliënt. Voor huidig onderzoek zijn deze eerder afgenomen testen vanuit het cliëntdossier geïnterpreteerd. De testen die gebruikt zijn om het intelligentieniveau in kaart te brengen zullen hieronder kort beschreven worden.

Allereerst is er gebruik gemaakt van de Snijders-Oomen Niet-verbale intelligentietest-Revisie (SON-R) 2;5-7. Deze test kan gebruikt worden bij kinderen, jeugdigen en volwassenen waar een ontwikkelingsleeftijd vanaf omstreeks 2;4 jaar vermoedt wordt. De SON-R maakt een bepaling van het niveau van algemene intelligentie. Voor volwassenen kan deze test worden gebruikt wanneer zij functioneren op ernstig, matig of licht verstandelijk beperkt niveau. Op alle punten van de COTAN beoordeling (uitgangspunten, testmateriaal, normen, betrouwbaarheid en begrips- en criteriumvaliditeit) wordt goed gescoord. De classificaties die uit de deze afnames zijn gekomen worden door middel van dossieronderzoek gebruikt in huidig onderzoek. Er kan sprake zijn van een licht, matig, ernstig of zeer ernstig verstandelijke beperking. Ten tweede is er gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de *Wechsler Intelligence Scale-III* (WISC-III-NL). De WISC-III-NL is bedoeld voor kinderen en jeugdigen van 6;0 tot en met 16;11 jaar. Om algemene intelligentie te meten. De test bestaat uit zes verbale en zeven performale subtests. De som van de verbale en performale subtests leiden tot een totaal IQ. De COTAN beoordeling is goed op gebied van uitgangspunten en testmateriaal. Op normen, betrouwbaarheid en begrips- en criteriumvaliditeit wordt voldoende gescoord. Ook is bij enkele cliënten de Nederlandse versie van de *Wechsler Adult Intelligence Scale third edition* (WAIS-III-NL) afgenomen. De WAIS-III-NL meet eveneens algemene intelligentie. De test kan gebruikt worden in de leeftijdscategorie 16;0 tot en met 84;11 jaar. In de gehandicaptenzorg kan de test gebruikt worden bij cliënten die functioneren op zwakbegaafd, licht verstandelijk of hoog matig niveau. Er wordt bij de WAIS-III-NL onderscheid gemaakt tussen het verbaal IQ en het perfoormaal IQ met hieronder verschillende subtests. De COTAN beoordeling is goed op gebied van testmateriaal/handleiding, betrouwbaarheid en begrips- en criteriumvaliditeit. Zoals eerder beschreven passen de IQ-scores bij een bepaalde classificatie (tabel 1). Voor het maken

van de cliëntprofielen wordt gebruik gemaakt van de classificatie waarbinnen de IQ-score valt. Er kan sprake zijn van een licht, matige, ernstig of zeer ernstig verstandelijke beperking.

Vineland-II. De Vineland-II is ontwikkeld voor mensen met een handicap/ontwikkelingsstoornis met een ontwikkelingsleeftijd van 0 -18;11 jaar. Het doel van de Vineland-II is het in kaart brengen van adaptief gedrag. Het instrument is leeftijd gerelateerd, en gedefinieerd door normen van anderen. Het gaat bij het invullen van de vragenlijst om ‘doen’ en niet om ‘kunnen’. De verschillende domeinen die aan bod komen en de meetpretentie zijn te vinden in tabel 2.

Tabel 2.

Domeinen en meetpretentie Vineland-II

Domein / subdomein	Meetpretentie
Communicatie	
Receptieve communicatie	Luistervaardigheden, aandacht, begrip
Expressieve communicatie	Gebruik van woorden, zinnen en grammatica
Geschreven taal	Lees- en schrijfvaardigheden
Dagelijkse vaardigheden	
Persoonlijk	Persoonlijke hygiëne, eten, aan- en uitkleden
Huishoudelijk	Uitvoeren huishoudelijke taken
Maatschappelijk	Gebruik van geld, telefoon, computer et cetera
Socialisatie	
Interpersoonlijke relaties	Interactie met anderen
Spelen en vrije tijd	Manier van spelen en inrichting vrije tijd
Coping vaardigheden	Verantwoordelijkheid en sensitiviteit naar anderen
Motoriek	
Grove motoriek	Gebruik van armen en benen voor bewegen
Fijne Motoriek	Gebruik van handen en vingers

Elk item wordt gescoord met een ‘4’, ‘3’, ‘2’, ‘1’, ‘0’, of ‘WN’. Een 4 houdt in dat het individu bijna altijd het genoemde gedrag zelfstandig uitvoert. Een 3 betekent dat het individu het gedrag vaak zelfstandig uitvoert. Bij een 2 voert het individu het gedrag soms zelfstandig uit en bij een

1 voert het individu het gedrag zelden zelfstandig uit. Bij een 0 voert de cliënt het gedrag nooit zelfstandig uit. Wanneer de respondent niet weet of de cliënt het gedrag uitvoert kan er 'WN' gescoord worden, dit staat voor weet niet. Per domein wordt vervolgens een ruwe domeinscore berekend wat omgezet kan worden in een ontwikkelingsleeftijd.

De betrouwbaarheid op (sub)domeinniveau is hoog (.86-.97). De interbeoordelaarbetrouwbaarheid is .81. De test-hertestbetrouwbaarheid is .60. Dit 'lage' getal kan verklaard worden door snelle ontwikkelingen op jonge leeftijd. De criteriumvaliditeit van het instrument is goed, er is een duidelijk onderscheid tussen de klinische (VB) en normale groep. 94,4 procent van de totaalscore wordt verklaard door de domeinscores, communicatie is daarin de beste voorspeller. De voordelen van de Vineland-II zijn de grote normgroep, concrete interpretatie, normen tot aan subdomeinniveau, aansluiting bij AAIDD en opsporen van een ontwikkelingsvertraging. De nadelen zijn de Amerikaanse normen en de lange afnametijd van 1,5 a 2 uur.

Developmental Behavior Checklist-Adults (DBC-A)

De DBC-A is een instrument om gedrags- en emotionele problemen van volwassenen met een verstandelijke beperking in kaart te brengen. Uit de DBC-A komt een totaalscore naar voren die de mate van de gedrags- en emotionele problemen van de afgelopen zes maanden in kaart brengt. De DBC-A is een vragenlijst die ingevuld wordt door de persoonlijk begeleider van de cliënt. De vragenlijst bestaat uit 6 subschalen en heeft in totaal 107 items die gescoord moeten worden. Er kan per item gescoord worden op 0 (Niet waar zover ik weet), 1 (enigszins of soms waar) of 2 (heel waar of vaak waar). Hoe hoger de score op het item hoe meer er sprake is van gedrags- en emotionele problemen. In huidig onderzoek is gebruik gemaakt van de gemiddelde itemscore per subschaal. De subschalen van de DBC-A zijn: 'Storend gedrag', 'Communicatieproblemen', 'Op zichzelf geconcentreerd gedrag', 'Antisociaal gedrag', 'Depressief gedrag' en 'Sociale beperkingen'. De DBC-A heeft wat betreft de totale schaal een goede interne consistentie (.95). De interne consistentie van de subschalen varieert van .60 tot .88. De test-hertest- (.75) en interrater betrouwbaarheid (.72) zijn acceptabel. De concurrente validiteit is goed (Mohr, Tonge & Einfeld, 2005).

Support Intensity Scale (SIS). De SIS is een multidimensionale schaal voor het vaststellen van de aard en de intensiteit van ondersteuningsbehoeften van volwassen mensen met een verstandelijke beperking en verwante ontwikkelingsstoornissen (Thompson et al., 2004). De Amerikaanse versie van de SIS is door Buntinx (2006) vertaald tot de Nederlandse SIS. De SIS is gebaseerd op het AAIDD model. Voordat de juiste ondersteuning geboden kan worden

moeten de ondersteuningsbehoefte van de cliënt in kaart gebracht worden door middel van de SIS. Ook kan de SIS een profiel van ondersteuningsbehoefte op stellen, veranderingen in ondersteuningsbehoefte vast stellen en de uitkomsten van ondersteuning evalueren. De ondersteuning die geboden wordt moet leiden tot een verbeterd functioneren van de persoon, wat vervolgens leidt tot een betere kwaliteit van bestaan.

De SIS bestaat uit drie secties. Sectie 1 is gerangschikt in zes subschalen: Activiteiten in huis (deel A), Activiteiten in de samenleving (deel B), Leren en permanente vorming (deel C), Arbeidmatige activiteiten (deel D), gezondheid en veiligheid (deel E) en sociale activiteiten (deel F). Sectie 2 is een aanvullende schaal en gaat over behoefte aan ondersteuning bij belangenbehartiging. Bij sectie 3 gaat het om behoefte aan speciale ondersteuning in verband met medische en gedragsproblemen. In huidig onderzoek wordt er ingezoomd op de verschillende domeinen van sectie 1 en 3 van de SIS. Bij het invullen van sectie 1 wordt de behoefte aan ondersteuning bij elke activiteit onderzocht met betrekking tot de frequentie, dagelijkse ondersteuningstijd en het type ondersteuning. Er wordt gescoord op een schaal van 0-4 waaruit een ruwe score naar voren komt. De ruwe scores op verschillende vaardigheden leiden tot een totale ruwe score. Deze ruwe score kan vervolgens worden opgezocht in de ondersteuningsbehoefte index. Uiteindelijk komt er een niveau van intensiteit van ondersteuningsbehoefte naar voren. Niveau 1= 84 of minder, niveau 2= 85-99, niveau 3= 100-115 en niveau 4= 116 of meer. Ten slotte wordt door middel van sectie 3 getoetst of bepaalde gedragsproblemen of ziektebeelden leiden tot een verhoging van ondersteuningsbehoeften. Hier wordt gescoord op een schaal van 1 tot 3. Waarbij score 1 betekent dat gedrag niet voorkomt of er geen ondersteuning nodig is. Bij een score 2 betekent het dat er enige ondersteuning nodig is. Ten slotte betekent score 3 dat er omvangrijke ondersteuning nodig is.

De COTAN beoordeling scoort goed op uitgangspunten bij de testconstructie en de kwaliteit van de handleiding. De kwaliteit van het testmateriaal scoort voldoende. De normen zijn als onvoldoende beoordeeld, omdat deze niet voldoende gedifferentieerd zijn. De betrouwbaarheid scoort onvoldoende, er is voor de Nederlandse versie nog geen onderzoek gedaan naar de test-herterstbetrouwbaarheid en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Internationale gegevens over de betrouwbaarheid zijn echter wel voldoende. De begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit zijn onvoldoende, er is voor de Nederlandse versie nog te weinig onderzoek gedaan. De COTAN noemt de SIS een nuttig instrument waar nog meer onderzoek naar gedaan moet worden.

Procedure

Huidig onderzoek is onderdeel van het longitudinale onderzoek ‘Systematische Cliënt Ondersteuning Resultaat Evaluatie’ (SCORE). Het SCORE-onderzoek richt zich op de effectiviteit van geboden begeleiding, ondersteuning en behandeling bij cliënten met een ZZP 6 of 7 wonend binnen Ipse de Bruggen en collega-instellingen. Het doel van het SCORE-onderzoek is om te kijken wat er werkt aan ondersteuning voor deze cliënten, om zo de kwaliteit van ondersteuning en daarmee de kwaliteit van bestaan te verbeteren. Samen met cliënten, (wettelijk) vertegenwoordigers, persoonlijk begeleiders en gedragsdeskundigen wordt onder andere de huisvesting, begeleiding en kennis en kunde van medewerkers in kaart gebracht. De resultaten van dit onderzoek stellen begeleiders en behandelaars in staat om beter gefundeerde keuzes te maken bij het bepalen van ondersteuningsaanbod voor individuele cliënten.

Allereerst zijn de (wettelijk) vertegenwoordigers van de cliënten uitgenodigd door middel van een brief met informatie over het onderzoek. Het lezen van de informatie en het ondertekenen van de brief vormde het *informed consent*. Na het verkrijgen van toestemming werd per post een vragenlijst over kwaliteit van bestaan aan (wettelijk) vertegenwoordiger en de persoonlijk begeleider gestuurd. De persoonlijk begeleiders van de cliënten in huidige steekproef zijn uitgenodigd voor de afname van de SIS en een Vineland-II, ook hebben zij een DBC-A ingevuld om (probleem)gedrag in kaart te brengen. Alle onderzoeksgegevens zijn volledig anoniem, in alle vertrouwen verwerkt.

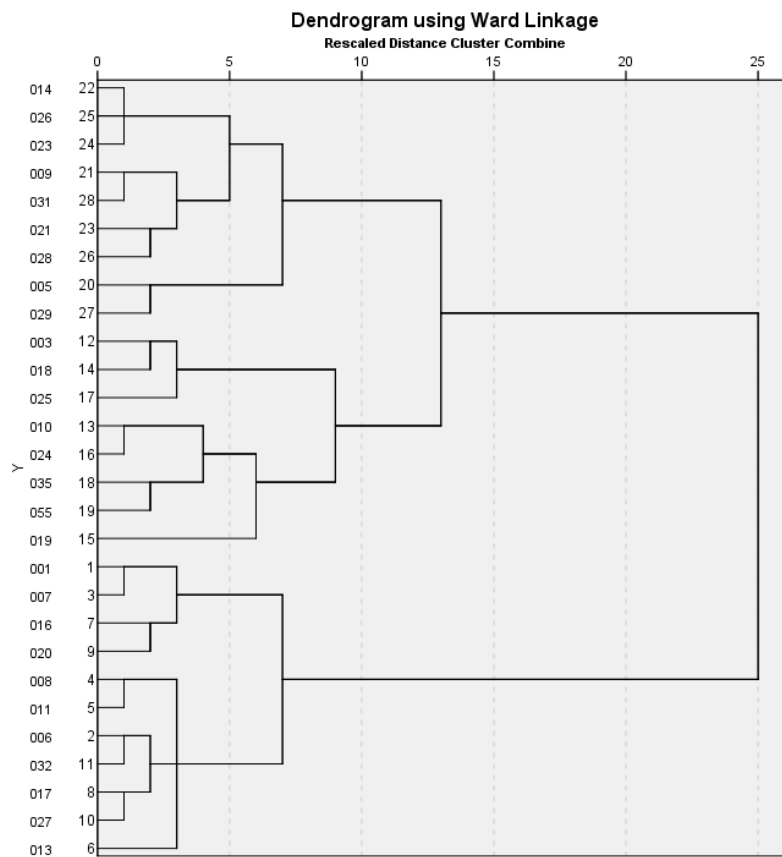
Resultaten

De variabelen in huidig onderzoek zijn gecontroleerd op eventuele missende waarden en uitbijters. Allereerst is de SIS bekeken, op deze vragenlijst zijn geen missende waarden terug te vinden. Om statistische analyses uit te kunnen voeren met de SIS is eerst een totaalscore berekend voor de domeinen A tot en met F. Vervolgens zijn de daarbij behorende standaardscores en percentielen berekend. Deze scores laten zien op welk(e) domeinen(en) een cliënt minder of meer ondersteuning nodig heeft. Het percentiel laat zien hoeveel personen uit de normgroep hetzelfde of lager scoren. Vervolgens is de som van deel A tot en met F berekend waar een score uit volgt passend bij een bepaalde SIS-indexscore en een daarbij passend percentiel. De SIS-indexscore geeft een indicatie van de algemene intensiteit van de ondersteuningsbehoefte van de cliënt ten opzichte van de normgroep. Door middel van een boxplot is gecontroleerd op uitbijters op de SIS. Er is één uitbijter terug te vinden op de SIS in huidige steekproef. Het gaat hier om een cliënt die minder ondersteuning nodig heeft dan de overige cliënten in huidige steekproef. Op de Vineland-II zijn geen missende waarden. Er is

sprake van één uitbijter, dit is een andere uitbijter dan op de SIS. Deze uitbijter schetst een cliënt met een hogere ontwikkelingsleeftijd dan de overige cliënten. Daarnaast laat de Vineland-II een verdeling scheef naar rechts zien, het grootste deel van de cliënten behaalt lagere scores op de gemiddelde ontwikkelingsleeftijd. Op de DBC-A zijn de missende waarden gecodeerd zodat deze geen invloed hebben op de analyses. Vervolgens is er getest op uitbijters, ook hier is een uitbijter te zien op het domein 'angst'. Ten slotte is gekeken naar de mate van de VB, hier is te zien dat het overgrote deel van de cliënten een matig verstandelijke beperking heeft. Vanwege het feit dat meerdere variabelen niet normaal verdeeld zijn, de steekproef klein is, en er sprake is van verschillende uitbijters, is er gekozen om de data kwalitatief te interpreteren.

Nadat alle data in SPSS 21.0 is ingevoerd en geïnspecteerd is er een agglomeratieve hiërarchische cluster analyse uitgevoerd om cliëntprofielen op te stellen. De variabelen die gebruikt zijn in dit onderzoek zijn: intellectuele vaardigheden, adaptief gedrag en probleemgedag. De intellectuele vaardigheden worden meegenomen aan de hand van de classificaties: licht, matig, ernstig en diep verstandelijk beperkt. Om de adaptieve vaardigheden in kaart te brengen wordt er gebruik gemaakt van de ontwikkelingsleeftijden in jaren op de Vineland-II. Het (probleem)gedrag wordt meegenomen aan de hand van de DBC-A. De hiërarchische cluster analyse wordt gebruikt om bepaalde profielen op te stellen van groepen mensen met vergelijkbare karakteristieken. Deze techniek combineert met behulp van een algoritme verschillende clusters. Om de clusters te combineren wordt in dit onderzoek de methode van Ward (1963) gebruikt. Allereerst wordt er door SPSS gestart met de correlatiematrix. Hierin worden alle clusters en niet-geclusterde variabelen in alle mogelijke paren uitgetoet en wordt het paar met de hoogste relatie gekozen als paar. Vervolgens kan een derde lid worden toegevoegd en zo verder. Als een paar niet-geclusterde variabelen een hogere intercorrelatie hebben, vormen zij een nieuw cluster. De cluster analyse gaat door totdat alle variabelen in een groep zijn geclusterd. Het eindresultaat van de cluster analyse vormt in dit onderzoek uiteindelijk drie cliëntprofielen (figuur 3).

Clïentprofielen en daarbij behorende ondersteuningsbehoeften



Figuur 3

Clïentprofiel 1 bestaat uit proefpersoon 14 tot en met 29. Clïentprofiel 2 uit proefpersoon 3 tot en met 19 en clïentprofiel 3 uit proefpersoon 1 tot en met 13. Wanneer de clïentprofielen geschetst zijn wordt er per clïentprofiel gekeken naar mogelijk vastgestelde diagnoses uit het dossier en ondersteuningsbehoeften op basis van de SIS-indexscore. Om een beter beeld te krijgen waar de drie verschillende clïentprofielen uit bestaan worden zij kwalitatief geanalyseerd. De resultaten van de kwalitatieve analyse zijn terug te vinden in tabel 3.

Tabel 3.

Kenmerken cliëntprofiel 1 tot en met 3

<i>Clïëntprofiel</i>	<i>Geslacht</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Intelligentieniveau</i>	<i>Adaptieve vaardigheden</i>	<i>Probleemgedrag</i>	<i>Diagnosen</i>	<i>Intensiteit ondersteuning SIS sectie 1</i>	<i>Soort ondersteuning SIS sectie 3</i>
1	9 mannen 1 vrouw	18-52 jaar	Ernstig VB	2;94 jaar	Autistische gerelateerd & storend gedrag	ASS, Gilles de la Tourette & Dravet syndroom	Niveau 4	Gedrag
2	7 mannen 1 vrouw	23-63 jaar	Licht VB	6;30 jaar	Autistische gerelateerd & storend gedrag	ASS, ADHD, hechting- & Stemmingsstoornis	Niveau 3/4	Gedrag
3	7 mannen 2 vrouwen	20-63 jaar	Ernstig VB	3;69 jaar	Autistische gerelateerd & teruggetrokken gedrag	ASS & Syndroom van down	Niveau 4	Gedrag

Clïëntprofiel 1 bestaat uit negen mannen en twee vrouwen. Op intellectuele vaardigheden behalen zij een IQ-score tussen de 20 en 35, dit is passend bij de classificatie EVB. Bij acht cliënten is er sprake van een Autismespectrumstoornis (ASS), één cliënt heeft Gilles de la Tourette en er is één cliënt met het Dravet syndroom. Voor twee cliënten is geen psychiatrische diagnose vastgesteld. De leeftijd van de cliënten varieert van 18 tot en met 52 jaar. Op de Vineland-II komen gemiddeld hogere ontwikkelingsleeftijden voor op de domeinen ‘grove motoriek’ ($M=4;91$ jaar) en ‘huishoudelijke vaardigheden’ ($M=4;40$ jaar). Gemiddeld lagere scores op de Vineland-II zijn te zien op de domeinen ‘interpersoonlijke relaties’ ($M=1;52$ jaar) en ‘spel en vrije tijd’ ($M=1;39$ jaar). De gemiddelde ontwikkelingsleeftijd binnen dit cliëntprofiel is 2;94 jaar.

Wanneer gekeken wordt naar probleemgedrag komt op de DBC-A naar voren dat er vooral sprake is van autistisch gerelateerd en storend gedrag. Ook op sectie 3 van de SIS is te zien dat de cliënten vooral bizarre obsessies hebben, dwangmatig schikken, een aparte lichaamshouding laten zien, fladderen en wiegen. Ten slotte komt er daarnaast gedrag naar voren als gillen, schelden, angst en fantasietaal.

De ondersteuning die nodig is volgens de SIS is veelal ter voorkoming van: het aanvallen of verwonden van anderen, vernielen van meubilair, driftbuien, zelfverwonding en dwalen en weglopen. Daarnaast is er in mindere mate ondersteuning nodig op medisch gebied voor: wondverzorging, behandeling en begeleiding van epilepsie en er is ondersteuning nodig

door fysio- en ergotherapeuten. Alle cliënten behalen op de SIS een indexscore passend bij niveau 4. Dit houdt in dat zij de zwaarste intensiteit van ondersteuning behoeven. Dit is ook terug te zien wanneer gekeken wordt naar de bijbehorende percentielen. De cliënten behalen een indexscore passend bij het 99^e percentiel. Dit houdt in dat 99 procent van de groep mensen waarbij de SIS wordt afgenomen een gelijke of lagere score behaalt op de SIS. Gemiddeld hogere scores binnen het cliëntprofiel zijn te zien op ‘leren en permanente vorming’ ($M=98,7$) en ‘gezondheid en veiligheid’ ($M=90,9$). Op deze domeinen hebben cliënten de meeste ondersteuning nodig. Er is minder ondersteuning nodig op ‘sociale activiteiten’ ($M=80,8$). Ten slotte is voor alle cliënten maximale ondersteuning nodig op het ‘volgen en onderhouden van het behandelplan’. De cliënten in dit profiel maken veelal gebruik van vaste dagprogramma’s, structuren en pictosystemen.

Cliëntprofiel 2 bestaat uit zeven mannen en één vrouw. Op intellectueel functioneren behalen zij IQ-scores tussen de 50 en 70, dit is passend bij de classificatie LVB. Dit profiel bestaat uit cliënten met meer verschillende diagnoses. Er is bij drie cliënten sprake van ASS, bij twee cliënten is er sprake van een hechtingsstoornis, één cliënt met ADHD en één cliënt met een stemmingsstoornis. De leeftijd varieert van 23 tot 63 jaar. Op de Vineland-II behalen de cliënten in dit profiel in vergelijking met de overige profielen gemiddeld de hoogste ontwikkelingsleeftijden. Binnen huidig profiel zijn gemiddeld hogere ontwikkelingsleeftijden te zien op de domeinen ‘huishoudelijke vaardigheden’ ($M=8;80$ jaar) en ‘maatschappelijke vaardigheden’ ($M=8;69$ jaar). Er zijn lagere scores te zien op de domeinen ‘spel en vrije tijd’ ($M=3;15$ jaar) en interpersoonlijke relaties ($M=3;47$ jaar). De gemiddelde ontwikkelingsleeftijd op adaptieve vaardigheden is 6;30 jaar. Op de DBC-A komt veelal autistisch gerelateerd en storend gedrag naar voren. Ook laat sectie 3 van de SIS zien dat er veelal sprake is van dwanghandelingen, schreeuwen, vuisten tegen elkaar slaan, obsessies en angst voor onverwachte en/of drukke situaties.

De ondersteuning die nodig is in dit cliëntprofiel is ter voorkoming van: het aanvallen of verwonden van anderen, vernielen van meubilair, driftbuien en zelfverwonding. Er is nauwelijks medische ondersteuning nodig. Er zijn enkele cliënten die gebruik maken van medische ondersteuning in de vorm van fysio-, ergo- en logopedie. De cliënten in dit profiel laten enige differentiatie zien in het niveau van ondersteuningsbehoefte. Er zijn binnen dit profiel twee cliënten met een SIS-indexscore tussen de 100- 115, dit valt binnen niveau 3 wat betreft intensiteit van ondersteuningsbehoeften. Echter, het merendeel van het profiel heeft een ondersteuningsbehoefte passend bij niveau 4. Hogere scores op ondersteuningsbehoeften zijn te zien op de domeinen ‘leren en permanente vorming’ ($M=90,6$) en ‘arbeidsmatige activiteiten’

($M=76,5$). Een lagere behoefte aan ondersteuning is te zien op het domein 'sociale activiteiten' ($M=70,5$). Ten slotte hebben ook cliënten in dit profiel bijna de maximale score op ondersteuning die nodig is om het behandelplan te volgen en onderhouden.

Clïëntprofiel 3 bestaat uit zeven mannen en twee vrouwen. Op intellectueel functioneren behalen zij IQ-scores tussen de 20 en 35, dit is passend bij de classificatie EVB. Er is bij vijf cliënten ASS vastgesteld, daarnaast is er bij drie cliënten sprake van het syndroom van Down. Bij één cliënt is geen psychiatrische diagnose vastgesteld. De leeftijd varieert van 20 tot en met 63 jaar. Op de Vineland-II zijn er gemiddeld hogere ontwikkelingsleeftijden te zien op 'huishoudelijke vaardigheden' ($M=6;20$ jaar) en 'persoonlijke vaardigheden' ($M=4,24$ jaar). Lagere ontwikkelingsleeftijden komen naar voren op 'spel en vrije tijd' ($M=1;40$ jaar) en 'interpersoonlijke relaties' ($M=2;44$ jaar). De gemiddelde ontwikkelingsleeftijd is 3;69 jaar. Dit laat zien dat wanneer de mate van de VB lager is de ontwikkelingsleeftijd ook lager is. Op de DBC-A komen hogere scores naar voren op autistisch gerelateerd en in zichzelf gekeerd gedrag. Sectie 3 van de SIS laat ook zien dat binnen huidig cliëntprofiel zelf verwondend gedrag voorkomt, daarnaast zijn kenmerken: houterig lopen, angst voor onvoorspelbaarheid en behoefte aan structuur. De SIS-indexscore laat voor alle cliënten een ondersteuningsbehoefte zien op niveau 4. Daarnaast scoren zij evenals in cliëntprofiel 1 allen in het 99^e percentiel. Dit houdt in dat alle cliënten de zwaarste intensiteit van ondersteuning krijgen. Daarnaast laat sectie 3 van de SIS zien dat er op medisch gebied ondersteuning nodig is bij de begeleiding en behandeling van epileptische consulten, en wondverzorging. Verder heeft huidig cliëntprofiel ondersteuning nodig om: driftbuiten en het aanvallen of verwonden van anderen te voorkomen. Ten slotte is evenals in cliëntprofiel 1 en 2 maximale ondersteuning nodig op het 'volgen en onderhouden van het behandelplan'.

Discussie

Een eerste beperking is de grootte van de steekproef. De steekproef bestaat uit 28 participanten woonachtig op een woning van Ipse de Bruggen in Zuid-Holland. Het gaat om 23 mannelijke cliënten en vijf vrouwelijke cliënten. Huidig onderzoek is daarom niet generaliseerbaar naar de gehele populatie mensen met een verstandelijke beperking met een ZZP 6 of 7. In de huidige steekproef zitten vijf cliënten met een LVB tegenover dertien cliënten met een EVB. Hierdoor is er minimaal sprake van differentiatie binnen de cliëntprofielen op gebied van de mate van de verstandelijke beperking. Daarnaast is er bij de cliënten met een ernstig of zeer ernstig verstandelijke beperking weinig differentiatie te zien in de ondersteuningsbehoeften. Waarschijnlijk wordt bij deze cliënten veel overgenomen door begeleiders, met als gevolg dat

er veel hoge scores op de SIS-indexscores te zien zijn. Cliënten in dit onderzoek hebben allen een ZZP 6 of 7, wat inhoudt dat zij een intensieve zorgvraag hebben en dus veel ondersteuning behoeven. De cliënten met een licht/matig verstandelijke beperking laten ondanks hun ZZP 6 of 7 echter wel differentiatie zien op ondersteuningsbehoeften.

Het doel van huidig onderzoek is om te onderzoeken of er bepaalde cliëntprofielen zijn en of er bepaalde patronen in gedrag en/of diagnoses te zien zijn. Daarnaast wordt er gekeken hoe deze cliëntprofielen samenhangen met ondersteuningsbehoeften. In huidig onderzoek zijn er cliëntprofielen geschetst op basis van de intellectuele- en adaptieve vaardigheden en (probleem)gedrag. Dit is gedaan met behulp van een agglomeratieve hiërarchische clusteranalyse in SPSS. Na het schetsen van de profielen is er gekeken of bepaalde diagnoses vaker of minder vaak voorkomen binnen bepaalde profielen. Ten slotte is er door middel van een kwalitatieve analyse gekeken welke intensiteit aan ondersteuning nodig is voor de cliënten binnen een profiel.

Er werd verwacht dat er verschillende cliëntprofielen te onderscheiden zijn op basis van intelligentie, adaptief gedrag en (probleem)gedrag in huidige steekproef. Daarnaast werd er verwacht dat er een patroon terug te zien is in gedrag binnen cliëntprofielen en de daarbij behorende ondersteuningsbehoeften (Soenen et al., 2009). Bij cliënten met een licht verstandelijke beperking werd verwacht dat zij minder ondersteuning nodig hebben dan cliënten met een matig tot zeer ernstig verstandelijke beperking (Thompson et al., 2004). Uit ander onderzoek van Buntinx (2008) kwam naar voren dat de mate van de VB een voorspeller lijkt te zijn voor een lagere ontwikkelingsleeftijd op adaptieve vaardigheden. Ten slotte werd er verwacht dat wanneer de adaptieve vaardigheden hoger zijn, de ondersteuningsbehoeften lager zullen zijn (Claes et al., 2009).

Uit de agglomeratieve hiërarchische analyse komt naar voren dat de cliënten in huidig onderzoek onder te verdelen zijn in drie mogelijke cliëntprofielen met allen hun eigen kenmerken. Cliëntprofiel 1 laat gemiddeld een EVB zien met daarbij een ontwikkelingsleeftijd van gemiddeld 2;94 jaar. De diagnose die het meest voorkomt is ASS. De diagnose ASS is ook terug te zien in overige gedragskenmerken binnen dit profiel zoals: dwangmatig schikken, vaste dagprogramma's/ behoefte aan structuur en pictosystemen. In dit profiel komt, zoals verwacht, naar voren dat naarmate het intellectueel niveau stijgt, de ondersteuningsbehoefte minder is. In huidig profiel is er een cliënt met een MVB en een ontwikkelingsleeftijd van 4;96 jaar. Wanneer gekeken wordt naar de kalenderleeftijd komt naar voren dat deze cliënt 30 jaar oud is. Daarnaast is er een cliënt met een kalenderleeftijd van 26 jaar waarbij sprake is van een EVB. De ontwikkelingsleeftijd op adaptief gedrag is voor deze cliënt 1;40 jaar. Dit komt overeen met de

verwachting dat de adaptieve vaardigheden lager zijn wanneer het intellectueel functioneren lager is. Opvallend is een vrouwelijke cliënt van 22 jaar, met de diagnose ASS, waarbij sprake is van een EVB en een ontwikkelingsleeftijd van 4;41 jaar. Wanneer er wordt gekeken naar de ontwikkelingsleeftijden op de verschillende domeinen van de Vineland-II is te zien dat dit gemiddelde omhoog wordt gehaald door hogere ontwikkelingsleeftijden op 'huishoudelijke vaardigheden' en 'grove motoriek'. De cliënten in huidig profiel hebben gemiddeld meer ondersteuning nodig op het domein 'leren en permanente vorming'. Het gaat hier om deelname aan educatieve activiteiten, planning, probleem oplossen, zelfmanagement et cetera. Dit zijn onderwerpen die niet of nauwelijks voorkomen bij mensen met een EVB. Er komt een lagere score op ondersteuningsbehoefte naar voren op 'gezondheid en veiligheid'. Na een analyse van het domein 'gezondheid en veiligheid' binnen huidig cliëntprofiel, komt naar voren dat de ondersteuningsbehoefte omlaag gehaald wordt door één jongere en één oudere cliënt. Mogelijk is dit te verklaren omdat zij geen medicatie slikken, en dus minder ondersteuning nodig hebben op zaken omtrent gezondheid. Ten slotte zijn er lagere ontwikkelingsleeftijden terug te zien op 'interpersoonlijke relaties' en 'spel en vrije tijd'. Bij interpersoonlijke relaties gaat het om het opbouwen en onderhouden van relaties met anderen. Dit is iets wat niet of nauwelijks voorkomt bij mensen met een EVB, of waar veel ondersteuning bij nodig is. De ondersteuning op gebied van interpersoonlijke relaties is er op gericht om de beleving van de cliënt ten aanzien van de kwaliteit van zijn persoonlijke relaties te verbeteren, in stand te houden of verslechtering tegen te gaan. Samenvattend is cliëntprofiel 1 het profiel met de laagste intellectuele- en adaptieve vaardigheden. Daarnaast komt het meeste probleemgedrag voor bij de cliënten in huidig profiel in vergelijking met de overige twee cliëntprofielen. Op alle domeinen van de DBC-A behalen de cliënten in huidig profiel hogere scores dan de overige twee cliëntprofielen. Cliëntprofiel 1 is het profiel waar de meeste ondersteuning gewenst is.

Binnen cliëntprofiel 2 is er gemiddeld sprake van een LVB met een ontwikkelingsleeftijd van 6;30 jaar. In vergelijking met overig cliëntprofielen behalen cliënten in huidig profiel de hoogste score op intellectuele- en adaptieve vaardigheden. Evenals in cliëntprofiel 1 is bij cliënten in huidig profiel de diagnose ASS het meest aanwezig. Echter, zitten in huidig profiel ook twee cliënten met een hechtingsstoornis, één cliënt met ADHD en één cliënt met een stemmingsstoornis. Zoals verwacht laat cliëntprofiel 2 zien dat de ontwikkelingsleeftijd op adaptieve vaardigheden hoger is wanneer de verstandelijke beperking lager is. Opvallend is een cliënt met een MVB met daarbij een ontwikkelingsleeftijd op adaptieve vaardigheden van 12;22 jaar. Na een analyse van huidige cliënt komt naar voren dat er sprake is van een kalenderleeftijd van 50 jaar. Mogelijk heeft deze cliënt door middel van

levenservaring meer vaardigheden ontwikkeld dan andere cliënten met een MVB. Daarnaast is er een cliënt met een LVB met een ontwikkelingsleeftijd van 5;53 jaar. De twee hiervoor beschreven cliënten behalen beiden een SIS-indexscore passend bij niveau 3. Dit laat zien dat er enige differentiatie te zien is in de ondersteuningsbehoefte van dit profiel. Wanneer er wordt gekeken naar de domeinen van de SIS is te zien dat cliënten in huidig profiel minder ondersteuning nodig hebben op ‘sociale omgang met huisgenoten’ dan de overige cliëntprofielen. Daarnaast behaalt dit cliëntprofiel hogere scores dan de overige profielen op bijvoorbeeld: spelletjes of activiteiten doen, sociale vaardigheden ontwikkelen als voorstellen en gedag zeggen. Opvallend is een lage ontwikkelingsleeftijd op het domein ‘interpersoonlijke relaties’. Hoewel cliënten volgens de SIS minder ondersteuning nodig hebben op ‘sociale vaardigheden’, is het onderdeel ‘interpersoonlijke relaties’ op de Vineland-II nog onder ontwikkeld vergeleken met andere domeinen. Ten slotte is er te zien dat de cliënten in huidig cliëntprofiel gemiddeld meer ondersteuning nodig hebben op het domein ‘arbeidsmatige activiteiten’. Dit kan verklaard worden doordat cliënten ondanks hun LVB goed kunnen communiceren en werken, maar geen besef hebben van het ondertekenen van contracten en beïnvloedbaar zijn door vrienden, collega’s of werkgevers. Daarnaast hebben zij meer ondersteuning nodig op het gebied van ‘sociale activiteiten’. Dit kan mogelijk verklaard worden omdat dit profiel het meest terug te zien is in de maatschappij. Door hun VB hebben zij echter ondersteuning nodig wat betreft sociale activiteiten.

Cliëntprofiel 3 laat gemiddeld een EVB zien met een ontwikkelingsleeftijd van 3;69 jaar. De classificatie van de VB is hetzelfde als in cliëntprofiel 1, de ontwikkelingsleeftijd in huidig cliëntprofiel ligt echter 0,8 jaar hoger. Ook huidig cliëntprofiel laat zien dat naarmate de mate van de VB lager is, de ontwikkelingsleeftijd op adaptieve vaardigheden lager is. Opvallend in huidige steekproef zijn twee cliënten met een EVB en een ontwikkelingsleeftijd van 5;34 en 5;62 jaar. Het gaat hier om cliënten van 50 en 63 jaar. De domeinen waar door de twee cliënten gemiddeld hoge op gescoord wordt zijn: ‘huishoudelijke vaardigheden’, ‘maatschappelijke vaardigheden’ en ‘persoonlijke dagelijkse vaardigheden’. Evenals in cliëntprofiel 2 zijn dit twee ouderen cliënten die wellicht door levensjaren verschillende adaptieve vaardigheden hebben aangeleerd. Wanneer gekeken wordt naar diagnoses is er te zien dat er sprake is van twee cliënten met het syndroom van Down. Dit laat mogelijk zien dat zij, ondanks hun EVB, met de juiste ondersteuning goed in staat zijn om verschillende vaardigheden aan te leren en te gebruiken.

Implicaties

Hoewel er een aantal beperkingen zijn, heeft huidig onderzoek een meerwaarde op zowel maatschappelijk als wetenschappelijk gebied. Huidig onderzoek is namelijk het eerste onderzoek dat zich specifiek richt op soorten cliëntprofielen binnen de populatie van cliënten met een ZZP 6 of 7. Het werken met cliëntprofielen kan een meerwaarde zijn in de zorg. Wanneer duidelijk is wat werkt aan ondersteuning binnen de verschillende profielen, kan er in de toekomst sneller de juiste ondersteuning geboden worden. Uitkomsten van dit onderzoek zijn relevant als opstapje naar het werken met profielen binnen de cliënten in de gehandicaptenzorg. Door het gebruik van cliëntprofielen kunnen er sneller mogelijke patronen ontdekt worden. Wanneer er bepaalde patronen te zien zijn kunnen er in de toekomst sneller lijnen uitgezet worden wat betreft doelen en ondersteuning. Elk cliëntprofiel heeft zijn eigen ondersteuningsbehoeften. Naarmate er meer onderzoek gedaan wordt naar verschillende soorten cliëntprofielen, wordt het in de toekomst gemakkelijker om hiermee te werken. Nadat de mate van de VB is vastgesteld is het van belang dat geragsdeskundigen gaan kijken naar wat voor gedrag passend is bij de cliënt. Wanneer een cliënt veelal gedrag vertoont passend bij profiel 1 dan is het interessant om meer ondersteuning te bieden op sociale activiteiten en vrije tijd. Mocht het gedrag van een cliënt beter passen in cliëntprofiel 2, is het van belang om meer ondersteuning te bieden op interpersoonlijke relaties. Huidig onderzoek laat zien dat ieder cliëntprofiel een eigen patroon heeft in de mate van de VB, (probleem)gedrag, diagnoses en ondersteuningsbehoeften. Het is interessant om bij vervolgonderzoek te onderzoeken of een grotere, meer heterogene steekproef ook samenhang laat zien met ondersteuningsbehoeften. Huidig onderzoek laat namelijk enige differentiatie zien in cliëntprofiel 2, waar cliënten een LVB/MVB hebben. Daarnaast kan het interessant zijn om door middel van observaties en/of uitgebreider dossieronderzoek nog meer onderzoek te doen naar bepaalde (probleem)gedragingen en ondersteuning. Ten slotte is longitudinaal onderzoek van belang, door middel van meerdere meetmomenten kunnen er betrouwbare uitspraken gedaan worden over lange termijn effecten van bepaalde ondersteuning. Door longitudinaal onderzoek kan duidelijk in kaart worden gebracht welke ondersteuning het beste werkt voor de verschillende cliëntprofielen binnen de populatie. Met als uiteindelijk doel het beter in kaart brengen wat werkt aan ondersteuning voor cliënten met een ZZP 6 of 7.

Referentielijst

- AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) (2010). *Intellectual Disability. Definition, Classification and Systems of Support*. Washington (DC)
- Beadle-Brown, J., Leigh, J., Whelton, B., Richardson, L., Beecham, J., Baumker, T., & Bradshaw, J. (2015). Quality of life and quality of support for people with severe intellectual disability and complex needs. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.
- Bridges Jr, C. C. (1966). Hierarchical cluster analysis. *Psychological reports*, 18(3), 851-854.
- Buntinx, W. H. E. (2003). Wat is een verstandelijke handicap. *Definitie, assessment en on*.
- Buntinx, W. H. E., Molleman, D., & Abeele, A. van den (2007). *Rapportage Vlaamse normeringsstudie van de Support Intensity Scale (SIS-NL1.0)*. Maastricht/Brussel: Maastricht University BEOZ/VAPH
- Buntinx, W. H. E., & Schalock, R. L. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and practice in Intellectual Disability*, 7, 283-294.
- Buntinx, W.H.E., Meas, B., Claes, C., & Curfs, L.M.G (2010). De Nederlandstalige versie van de Supports Intensity Schaal. Psychometrische eigenschappen en toepassingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*,36(1), 4-22.
- CG-Raad, Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) & Platform Verstandelijk Gehandicapten (2012). *Kwaliteit in langdurige zorg en ondersteuning*. Utrecht.
- Claes, C., Hove, G. van Loon, J., van, Vandeveldde, S., & Shalock, R.L. (2009). Evaluating the inter- respondent (consumer vs. Staff) reliability and construct validity (SIS vs Vineland) of the Supports Intensity Scale on a Dutch Sample. *Journal of intellectual disability research*, 53(4) 329-338.
- Claes, C., Hove, G. van Loon, J., van, Vandeveldde, S., & Shalock, R.L. (2010). Eight principles for assessing quality of life-related personal outcomes. *Social Indicators Research*, 98 (1), 61-72

- De Bruijn, J., Buntinx, W. H., & Twint, B. (Eds.). (2013). *Verstandelijke beperking: definitie en context*. SWP.
- Dekker, M.C., Koot, H.M., van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with mental retardation with and without intellectual disability. *Journal of Child psychology and psychiatry*, 43, 1087-1098.
- Emerson, E., & Bromley, J. (1995). The form and function of challenging behaviors. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 39 (5), 388-398.
- Fuijra, G.T. (2003). Continuum of intellectual disability: Demographic evidence for the 'forgotten generation'. *Mental Retardation*, 41, 420-429
- Geeter, K. De, & Munsterman, K. (2017). *Koffie met een koekje. (is dat nou) een goed leven voor mensen met EVMB?* ISBN 978-90-826493-0-7
- Gennep, A. Van (2009). Verstandelijke beperkingen als social probleem? Kansen of bedreigingen van het burgerschapsparadigma. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 37(3), 168-176
- Gottfredson, L.S. (1997). Mainstream science on intelligence: An editorial with 52 signatories, history, and bibliography. *Intelligence*, 24(1), 13-23.
- Kraijer, D. W., & Plas, J.J. (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Harcourt
- Kuppens, S., Bossaert, G., Buntinx, W., Molleman, C., Van den Abbeele, A., & Maes, B. (2010). Factorial validity of the supports intensity scale (SIS). *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 115(4), 327-339.
- Luckasson, R., Coulter, D., Polloway, E., Rein, S., Schalock, R., Snell, M., et al. (1992) *Mental retardation: Definition, Classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., Brothwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, P., Reeve, A., Schalock, R., Snell, M., Spitalnik, D., Spreat, S., & Tassé, M. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and systems of Support*. Washington: American Association on Mental Retardation

- Maes, B., Bossaert, G., Kuppens, S., Buntinx, W., Molleman, C., & Abeele, A. van den (2008). *Inschaling van bijzondere doelgroepen met de Support Intensity Scale (SIS-NL-1.0)*. Onderzoeksrapport. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Ponsioen, A.J.G.B., & Molen, M.J. van der (2002). *Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren. een onderzoek naar mogelijkheden*. Ermelo: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Resing, W. C. M., & Blok, J. B. (2002). De classificatie van intelligentiescores: voorstel voor een eenduidig systeem. *De Psycholoog*, 37, 244-249
- Schalock, R.L., & Verdugo, M.A. (2002). *Handbook of Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington (DC): AAMR.
- Schalock, R. L., Keith, K. D., Verdugo, M. A., & Gomez, L. E. (2010). Quality of life model development and use in the field of intellectual disability. In R. Kober (Ed.), *Quality of life: Theory and implementation*. pp. 17–32. New York: Sage.
- Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Schalock, R. L., Shogren, K. A., Snell, M. E., ... & Gomez, S. C. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 47(2), 135-146.
- Thompson, J. R., & Bryant, B. R. (2010). *SIS Supports Intensity Scale (versie NL 1.2) Handleiding: Schaal Intensiteit van Ondersteuningsbehoeften*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Verdugo, M. A., Navas, P., Gómez, L. E., & Schalock, R. L. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(11), 1036-1045. DOI: 10.1111/j.1365
- Verheij, F., & Doorn, E.C., van (2008). *Ontwikkeling & Leren. Psychiatrie op school*. Assen: van Gorcum.
- Verhulst, F.C., Verheij, F., Danckaerts, M. (eds) (2014). *Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Van Gorcum. ISBN: 9789023253556
- VGN (2013). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visidocument 2.0*. Utrecht.

Wallander, J.L., Dekker, M.C., & Koot, H.M. (2003). Psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: Measurement, prevalence course and risk. In L.M. Glidden (ed.) *International review of research in mental retardation* (pp. 93-134). California: Academic Press.

Ward, J. H. (1963). Hierarchical groupings to optimize an objective function. *Journal of the American Statistical Association*, 58, 236–244.