

Het Verband tussen het AAIDD-model en Verstorend Gedrag

Een onderzoek naar het verband tussen de domeinen van het AAIDD-model en verstorend gedrag van mensen met een verstandelijke beperking

Mariska Kerkvliet

S1749641

Universiteit Leiden

Education & Child studies:	Orthopedagogiek
Versie:	Definitieve versie ter beoordeling
Begeleider:	Dr. Y.M. Dijkxhoorn
Tweede beoordelaars:	G. Wulms en D. van Winden
Datum:	02-07-2018

Abstract

Background: Behavioural problems, such as aggressive behaviour, are more common among people with intellectual disabilities than among people without intellectual disabilities. This can lead to frustration and stress among clients (McMillan, Hastings, & Coldwell, 2004), which can lead to a burn-out among employees (Hastings & Brown, 2002). In the current research, the relationship between disruptive behaviour and the domains mental possibilities, adaptive behaviour and health (calendar age and gender) from the AAIDD-model (AAIDD, 2010) was examined. **Method:** The research group concerns clients ($N = 132$) with an intellectual disability with a care package 6 or 7, living in different locations of Ipse de Bruggen. The questionnaire DBC-A (Mohr et al., 2011) was used to examine disruptive behaviour. Adaptive behaviour was measured by the Vineland-II (Dijkxhoorn & Verhaar, 2008). Intellectual possibilities, age and gender were derived from the clients profile. **Results:** The results show that there are no significant correlations between disruptive behaviour and the dimensions level of intellectual functioning and health (calendar age and gender) from the AAIDD-model. There is a significant relationship between the subdomains of adaptive behaviour and disruptive behaviour. However, these are very low correlations. **Conclusion and discussion:** Concluding disruptive behaviour is not related to the domains of the AAIDD-model as measured in this research. Further research should be conducted to find factors related to disruptive behaviour.

Keywords: people with intellectual disabilities, disruptive behaviour, AAIDD-model.

In opdracht van de Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV) heeft Totta Research onderzoek gedaan naar de veiligheid van medewerkers in de gehandicaptenzorg (Van Essen, 2017). Uit dit onderzoek blijkt dat 80 procent van de medewerkers in de gehandicaptenzorg ervaart dat de kwaliteit van de zorg in organisaties onder druk staat. Van de 3310 geïnterviewde medewerkers heeft 61 procent te maken met verbale agressie en 47 procent met fysieke agressie van cliënten. Gedragsproblemen, zoals agressief gedrag, komen bij mensen met een verstandelijke beperking vaker voor dan bij mensen zonder verstandelijke beperking (Dekker, Douma, De Ruiter & Koot, 2006). Bij mensen met een verstandelijke beperking komt agressie vaak voor, omdat zij gefrustreerd zijn aangezien zij telkens tegen beperkingen aanlopen (Didden, Duker & Seys, 2003). Dit heeft negatieve gevolgen voor de medewerkers (Hastings & Brown, 2002). Agressief gedrag van cliënten naar medewerkers kan namelijk leiden tot stress en een burn-out bij de medewerkers. Tevens heeft agressief gedrag negatieve gevolgen voor de cliënt zelf (McMillan, Hastings, & Coldwell, 2004). De cliënt kan in een negatieve spiraal terecht komen waarbij stress, frustratie en het zijn van een gevaar voor zichzelf zich afwisselen. Mensen die agressief gedrag vertonen hebben bovendien een lagere competentiebeleving (Cole, Chan, & Lytton, 1989). De frustratie die hiermee gepaard gaat maakt dat een vicieuze cirkel ontstaat, waardoor het agressieve gedrag aanhoudt. Naast frustratie zijn er meerdere mogelijke verklaringen voor de hoeveelheid agressief gedrag, zoals sociale afwijzing (Embregts, Didden, Schreuder, Huitink & Van Nieuwenhuijzen, 2009) en overschatting (Zoon, 2012).

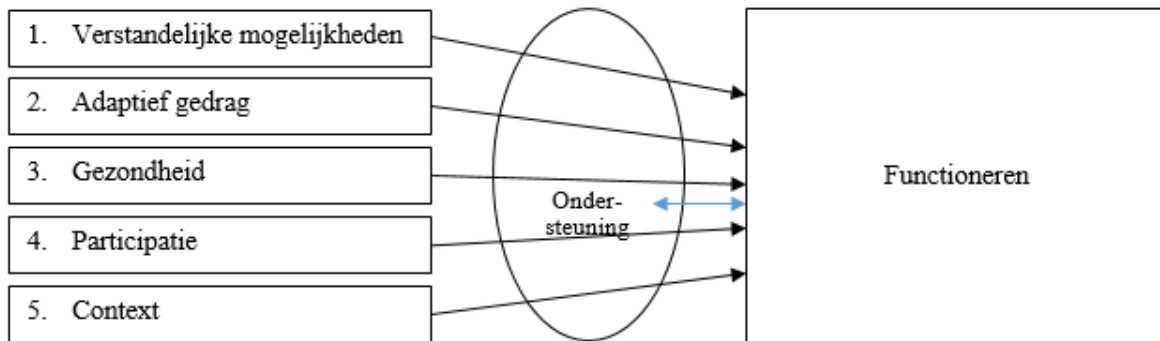
Definitie verstorend gedrag

Gedragsproblemen en agressief gedrag worden op verschillende manieren gedefinieerd. In huidig onderzoek wordt de definitie van Jacobson (1990) aangehouden onder de noemer verstorend gedrag, zoals vermeld in de *Developmental Behaviour Checklist for Adults* (DBC-A; Mohr, Tonge, Einfeld & Taffe, 2011). Jacobson (1990) beschrijft verstorend gedrag als gedrag en emoties die kwalitatief of kwantitatief afwijkend zijn en die niet toe te schrijven zijn aan alleen de verstandelijke beperking. Dit gedrag heeft een negatieve invloed op de cliënt, het systeem en de gemeenschap. Uit deze definitie blijkt dat gedrags- en emotionele verstoringen niet alleen gepaard gaan met de symptomen van de beperking, maar dat de sociale context ook een rol speelt (Mohr et al., 2011). Volgens Mohr et al. (2011) bestaat verstorend gedrag uit 24 te onderscheiden gedragingen. Het betreft bijvoorbeeld driftbuien, het schoppen en slaan en het verwonden van zichzelf of anderen. Daarnaast vertoont de cliënt verstorend gedrag als er wordt gebeten, gevloekt of als de cliënt materiaal gooit of breekt. Manipulatief, angstig en depressief gedrag maken tevens deel uit van verstorend gedrag.

Het AAIDD-model

Het model van de *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD, 2010) is een van de modellen om de multidimensionale opvatting van het menselijk functioneren inzichtelijk te maken (Schalock et al., 2010). Hiermee worden zowel de mogelijkheden als de beperkingen van de cliënt vastgesteld, waardoor er een individueel behandel- of begeleidingsplan

gemaakt kan worden. Het menselijk functioneren wordt in kaart gebracht aan de hand van vijf domeinen: verstandelijke mogelijkheden, adaptief gedrag, gezondheid, participatie en context.

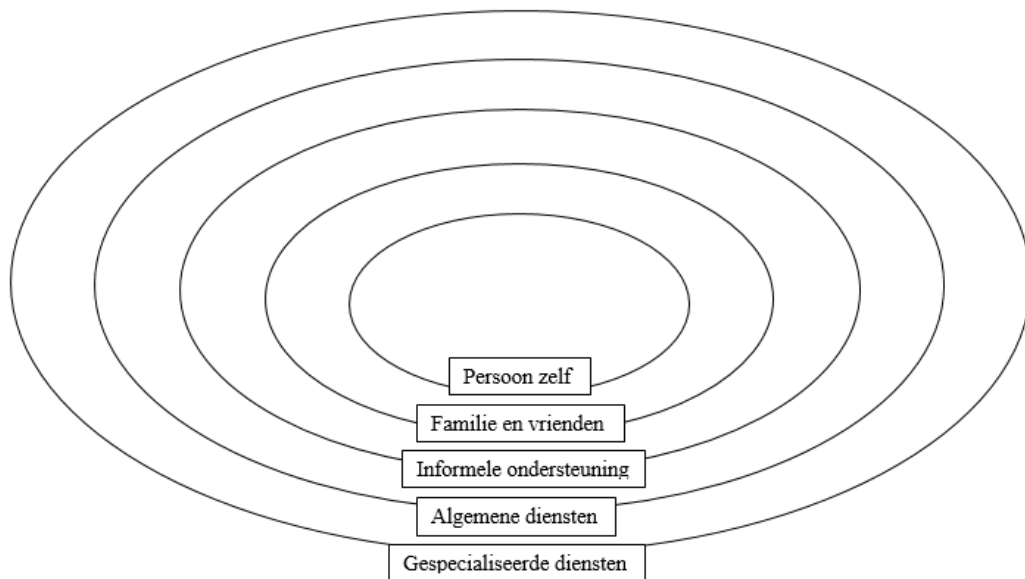


Figuur 1. American Association on Intellectual and Development Disabilities Model voor het Menselijk Functioneren, Nederlandse Vertaling (Schalock, 2010)

Het eerste domein, verstandelijke mogelijkheden, verwijst onder andere naar het cognitief functioneren en de mate van intelligentie. Intelligentie is het algemeen mentaal vermogen om te kunnen redeneren, plannen, oplossen, denken, begrijpen en leren (Gottfredson, 1997). Adaptief gedrag betreft de vaardigheden die een individu nodig heeft om dagelijkse activiteiten uit te voeren en om persoonlijk en sociaal te kunnen functioneren (Satler & Hoge, 2006). Welke vaardigheden adequaat zijn, hangt af van de leeftijd en de sociale omgeving van het individu (Sparrow, Cicchetti, & Ballow (2005). De omgeving stelt verwachtingen waar het individu aan moet voldoen om in de samenleving te functioneren. Gezondheid is het derde domein van het AAIDD-model. Dit gaat over de mate waarin de cliënt zich fysiek, mentaal en sociaal gezond voelt (WHO, 1999). Het functioneren kan beïnvloed worden door de mate waarin een persoon zich gezond voelt. De mate waarin een cliënt deelneemt aan de samenleving wordt ondergebracht in het vierde domein, participatie (De Bruijn, Buntinx, & Twint, 2014). Hierbij gaat het om welke rollen en interacties de personen hebben ten opzichte van de sociale omgeving en welke betrokkenheid er is in het deelnemen aan de samenleving. Tenslotte is er een vijfde domein, context. Hierin worden de culturele-, persoonlijke- en omgevingsfactoren van de cliënt meegenomen.

Naast deze vijf domeinen heeft ondersteuning een centrale plaats binnen het AAIDD-model. Ondersteuning wordt door Schalock et al. (2010) gedefinieerd als hulpbronnen en strategieën die ertoe dienen om het functioneren van de persoon te verbeteren gericht op de ontwikkeling, opvoeding, belangen en het welzijn. Het model laat zien dat het individueel functioneren positief kan worden beïnvloed door de doelgerichte ondersteuning te hanteren die geboden wordt aan de hand van het model. De ondersteuning bestaat uit vijf lagen met de eigen kracht en de mogelijkheden van de persoon zelf in het middelpunt (De Bruijn et al., 2014). Daaromheen komt de laag ‘familie en vrienden’ en daarna de laag ‘informele ondersteuning’. Informele ondersteuning bestaat bijvoorbeeld uit collega’s en clubgenoten. De ‘algemene diensten’ zijn publieke diensten die voor ondersteuning kunnen zorgen,

zoals een buurthuis of de huisarts. Tenslotte vormen de ‘gespecialiseerde diensten’ de buitenste laag. Dit betreft de diensten zoals woonvormen, voorzieningen en instellingen.



Figuur 2. Ondersteuningssystemen volgens Ondersteuningsbronnen (De Bruijn et al., 2014)

Huidig onderzoek

Er wordt onderzoek gedaan naar welke domeinen uit het AAIDD-model verband houden met verstorend gedrag van cliënten met een verstandelijke beperking. Hoewel het AAIDD-model uit vijf domeinen bestaat, wordt in huidig onderzoek alleen het verband onderzocht tussen verstorend gedrag en verstandelijke mogelijkheden, adaptief gedrag en deels gezondheid. Doordat het begrip gezondheid breed te interpreteren is, is ervoor gekozen om alleen de biologische/organische factoren kalenderleeftijd en geslacht mee te nemen in huidig onderzoek. De domeinen participatie en context worden buiten beschouwing gelaten, omdat deze begrippen ook breed te interpreteren zijn.

Het doel van het onderzoek is om de risicofactoren voor verstorend gedrag in kaart te brengen. De te onderzoeken domeinen kunnen niet beïnvloedt worden om het verstorend gedrag te verminderen. Het aanpassen van de ondersteuning kan er echter wel voor zorgen dat verstorend gedrag verminderd wordt. Ondersteuning heeft een centrale plaats binnen het AAIDD-model. De hulpbronnen en strategieën (Schalock et al., 2010) kunnen tijdig inspelen op cliënten die meer risico lopen om verstorend gedrag te vertonen. Deze doelgerichte ondersteuning zal het individueel functioneren positief beïnvloeden. Het verband tussen de domeinen uit het AAIDD-model en verstorend gedrag is niet eerder onderzocht bij de specifieke doelgroep van huidig onderzoek. De volgende hypothesen zijn gebaseerd op eerder onderzoek naar de algehele doelgroep mensen met een verstandelijke beperking of op eerder onderzoek naar mensen zonder verstandelijke beperking.

Deelvraag 1: is er een verband tussen de verstandelijke mogelijkheden en verstorend gedrag? Op deze deelvraag volgt hypothese 1: verschillende onderzoeken bevestigen dat de mate van verstorend gedrag toeneemt naarmate het intelligentieniveau afneemt (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002;

Chadwick, Kusel, & Cuddy, 2008; Murphy et al., 2005; Smith & Matson 2010). Mensen met een laag intelligentiequotiënt (IQ) hebben meer risico om verstorend gedrag te vertonen dan mensen met een gemiddeld IQ (Deater-Deckard, 2001). Dit komt doordat mensen met een verstandelijke beperking een beperkt oplossingsvermogen hebben, waardoor zij problemen vaker oplossen met verstorend gedrag (De Beer, 2011).

Deelvraag 2: hangt verstorend gedrag samen met het adaptieve gedrag van de cliënt? De hypothese luidt: verstorend gedrag hangt negatief samen met adaptief gedrag. Adaptieve vaardigheden worden ontwikkeld vanaf de kindertijd tot de adolescentie, daarna kunnen de jongvolwassenen zich adequaat ontwikkelen in de samenleving (Slot & Spanjaard, 2009). Adaptieve vaardigheden worden belangrijker in de adolescentie (Zimmer-Gembeck, Geiger & Crick, 2005). In de normale ontwikkeling moeten mensen in deze levensfase zelfstandiger worden, sociale contacten onderhouden en deelnemen aan de samenleving. Als informatie op een adequate manier wordt verwerkt, vertoont men tevens sociaal wenselijk gedrag (Van Nieuwenhuijzen, 2004). Wanneer een cliënt adaptief goed functioneert, wordt verwacht dat de cliënt zich aan kan passen aan de omgeving. Wanneer de cliënt laag adaptief functioneert en niet adequaat op de omgeving reageert, kan dit zich uiten in verstorend gedrag.

Deelvraag 3: is er een relatie tussen de kalenderleeftijd van de cliënt en verstorend gedrag? Er zijn geen gegevens bekend over de relatie tussen kalenderleeftijd en de mate van verstorend gedrag. Hierdoor kan er geen eenduidige derde hypothese gevormd worden. Er is een discrepantie tussen de kalenderleeftijd en de ontwikkelingsleeftijd van mensen met een verstandelijke beperking. Hoewel de ontwikkelingsleeftijd van de doelgroep achterloopt, ontwikkelt het lichaam en de hormoonhuishouding zich meestal naar de kalenderleeftijd. Uit onderzoek van Zacharin (2009) blijkt dat er bij mensen met een verstandelijke beperking abnormaliteiten zijn met betrekking tot de hypofyse. Doordat de hypofyse veel hormonen afscheidt, ontstaan er problemen in de hormoonhuishouding. Hierdoor kunnen mensen met een verstandelijke beperking vervroegd of verlaat in de puberteit komen (Zacharin, 2009). De puberteit zorgt bijvoorbeeld voor een verhoging van het testosteronhormoon (Brooks-Gunn, & Furstenberg, 1989). De mate van testosteron beïnvloedt de vorming en de activiteit van de hersenen (Hill, 2002). De hoeveelheid testosteron zorgt voor een dominante houding en heeft daarmee onder andere invloed op de mate van verstorend gedrag.

Deelvraag 4: is er een verband tussen het geslacht van de cliënt en verstorend gedrag? Eerdere onderzoeken gebruiken verschillende definities van verstorend gedrag, vaak onder de noemer agressief gedrag. Hierdoor lopen de onderzoeksresultaten erg uiteen. Verstorend gedrag komt bijvoorbeeld volgens McClintock, Hall & Oliver (2003) vaker voor bij mannen dan bij vrouwen met een verstandelijke beperking. Het fysiek agressief gedrag, destructief gedrag en verbaal agressief gedrag wordt vooral geassocieerd aan het mannelijk geslacht (Eyman & Call, 1977). Embregts et al. (2009) stellen echter dat verstorend gedrag vaker bij vrouwen voorkomt. Dit komt doordat bij vrouwen verstorend gedrag meer geassocieerd wordt met aandacht, zelfstimulatie en fysiek ongemak. Doordat

huidig onderzoek zich specifiek richt op verstorend gedrag is er geen eenduidige vierde hypothese op te stellen (Crocker, Mercier, Lachapelle, Brunet, Morin & Roy, 2006).

Methode

Procedure

Het huidige onderzoek is onderdeel van het Systematische Cliënt Ondersteuning Resultaat Evaluatie onderzoek (SCORE-onderzoek). Hierbij is een samenwerkingsverband tot stand gekomen tussen Universiteit Leiden, ROC Mondriaan en ROC Nova College en de zorgorganisaties Ipse de Bruggen, De Hartekamp Groep, Cordaan en Ons Tweede Thuis (Swaab, Dijkxhoorn, van Winden & Wulms, 2015). Het SCORE-onderzoek is een longitudinaal onderzoek met als doelstelling de kwaliteit van bestaan voor cliënten met een intensieve zorgvraag te verbeteren, waarbij er inzicht wordt verkregen in de effectieve factoren in de ondersteuning. Hedendaags wordt ondersteuning geboden naar aanleiding van een lang proces, waarbij een adequate begeleidingsstijl wordt gezocht. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de expertise van de individuele professionals, waardoor er niet systematisch gewerkt wordt. Het SCORE-onderzoek verzamelt gegevens om te onderzoeken welke factoren de kwaliteit van bestaan verbeteren en welke factoren zorgen voor de afname van probleemgedrag en de afname van het gebruik van middelen en maatregelen. Het in kaart brengen van deze factoren, kan leiden tot het bevorderen van de kwaliteit van het zorgaanbod. Hiermee kan de kwaliteit van bestaan tevens beïnvloed worden.

In huidig onderzoek is verstorend gedrag bij cliënten belicht. Voordat verstorend gedrag verminderd kan worden, dient eerst onderzocht te worden welke domeinen uit het AAIIDD-model verband houden met de mate van verstorend gedrag. Huidig onderzoek was specifiek gericht op cliënten wonend binnen de zorgorganisatie Ipse de Bruggen. Het betrof een kwantitatief onderzoek, omdat er gebruik is gemaakt van vragenlijsten met numerieke gegevens. Het doel van dit onderzoek was het verwerven van kennis over de risicofactoren van verstorend gedrag door middel van het in kaart brengen van het verband tussen de domeinen verstandelijke mogelijkheden, adaptief gedrag en gezondheid (kalenderleeftijd en geslacht) en verstorend gedrag. Dit maakte het een beschrijvend onderzoek.

Participanten

De onderzoeksgroep bestond uit cliënten met een verstandelijke beperking, wonend binnen verschillende locaties van Ipse de Bruggen in Zuid-Holland. Ipse de Bruggen is een organisatie die mensen met een verstandelijke beperking mee laat doen in de samenleving op het gebied van wonen, arbeid, educatie en recreatie. Binnen Ipse de Bruggen wordt ervan uitgegaan dat iedereen recht heeft op een gewoon en eigen leven. Daarom worden er allerlei soorten ondersteuning geboden om dit mogelijk te maken voor ieder individu. Een zorgzwaarte pakket (ZZP) geeft een indicatie betreffende de soort en hoeveelheid zorg waar de cliënt recht op heeft. Aan een ZZP is tevens een vergoeding verbonden, die een instelling ontvangt voor de te bieden zorg aan de cliënt. De zwaarte van het ZZP wordt bepaald door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ; 2015). Het CIZ bepaalt of de cliënt in aanmerking komt voor de Wet langdurige zorg (Wlz) (Bijma, 2014). Dit onderzoek was gericht op mensen met een

verstandelijke beperking, wonend binnen de zorginstelling Ipse de Bruggen, met een ZZZP 6 of een ZZZP 7. Een ZZZP geeft een globale beschrijving van de zorg die noodzakelijk is. De intensiteit van de zorg neemt toe naar mate de zwaarte van de ZZZP groter wordt. Zowel ZZZP 6 als ZZZP 7 staan voor intensieve begeleiding en verzorging in een veilige leefomgeving (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017). Een cliënt met ZZZP 6 woont met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering in een veilige leefomgeving. Cliënten met ZZZP 7 hebben een soortgelijke zorgbehoefte. Zij krijgen echter zeer intensieve begeleiding binnen een wooninstelling. Bij cliënten met ZZZP 6 of 7 speelt gedragsregulering ook een rol, omdat verstorend gedrag binnen deze doelgroep vaak aan de orde is (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017). Cliënten met een ZZZP 6 en 7 hebben veelal behoefte aan individuele begeleiding, waarbij structuur geboden wordt (SAW DC, 2012). De medewerkers van de woonvoorziening zijn voortdurend in de nabijheid om zorg te leveren.

Van 132 participanten waren ten tijde van het huidige onderzoek de noodzakelijke gegevens beschikbaar. De uitbijters bleken geen invloed te hebben op de resultaten, waardoor de uitbijters wel zijn meegenomen in huidig onderzoek. De participanten hadden een leeftijd tussen de 18 en 76 jaar ($M = 40.25$). Er waren 84 mannelijke en 48 vrouwelijke participanten. Alle participanten hadden een ZZZP 6 of 7. Een tweede inclusie criterium was het doormaken van een verandering in context na januari 2012, zoals een verhuizing, een ander begeleidingsplan of een nieuw team. De (wettelijk) vertegenwoordiger heeft toestemming gegeven voor deelname aan dit onderzoek. Er is een beroep gedaan op de (wettelijk) vertegenwoordiger van de cliënt en de professionals van Ipse de Bruggen (persoonlijk begeleider en gedragsdeskundige). Waar mogelijk is tevens de cliënt zelf betrokken geweest. De data zijn tussen september 2016 en oktober 2017 verzameld door medewerkers van het SCORE-onderzoek, waarna de gegevens anoniem zijn gebruikt in het onderzoek.

Meetinstrumenten

Verstorend gedrag. Er is gebruik gemaakt van de *Developmental Behaviour Checklist for Adults* (DBC-A; Mohr et al., 2011). De DBC-A is een checklist voor emotionele- en gedragsstoornissen bij volwassenen met een verstandelijke beperking. De DBC-A is ingevuld door de persoonlijk begeleider van de cliënt. Het ging hierbij om gedrag dat zich de afgelopen zes maanden heeft voorgedaan. De antwoordmogelijkheden waren ‘helemaal niet van toepassing’ (*ruwe score* = 1), ‘een beetje of soms van toepassing’ (*ruwe score* = 2) of ‘duidelijk of vaak van toepassing’ (*ruwe score* = 3). De DBC-A bestaat uit zes subschalen. Bij het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de subschaal verstorend gedrag. De score bestond uit de som van het aantal aangekruiste items. Tabel 1 beschrijft de 24 items van verstorend gedrag. De minimale score was 24 en de maximale score was 72. De betrouwbaarheid van de subschaal verstorend gedrag is hoog (*Cronbach's α* = .91).

Tabel 1

Items van de Subschaal Verstarend Gedrag van de DBC-A

Grof. Vloekt op anderen
Huilt snel zonder reden of om kleine dingen
Heeft driftbuien, stampt bijvoorbeeld met de voeten of slaat met de deuren
Ongeduldig
Impulsief; handelt alvorens te denken
Prikkelbaar
Jaloers
Schopt slaat of verwondt anderen
Verandert snel van stemming zonder duidelijke reden
Vraagt te veel aandacht
Koppig, ongehoorzaam of werkt niet mee
Gespannen, ongerust of bezorgd
Gooit met voorwerpen of maakt ze stuk
Probeert anderen te manipuleren of uit te dagen
Erg bazig
Lijkt gedeprimeerd, terneergeslagen of ongelukkig
Bonst met zijn- haar hoofd
Raakt te zeer opgewonden
Bijt anderen
Slaat of bijt zichzelf
Luidruchtig of onstuimig
Schreeuwt of gilt veel
Raakt overstuur en van streek bij kleine veranderingen in de gebruikelijke gang van zaken
Zeurt of klaagt veel

Adaptief gedrag. Het adaptief gedrag is in kaart gebracht met behulp van de Vineland II (Dijkxhoorn & Verhaar, 2008). De Vineland II is de vervanger van de *Vineland Adaptive Behavior Scales* (Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984). Het huidige model van de Vineland II (proefversie Nederlandse vertaling) dat gebruikt wordt is gebaseerd op de Vineland II, die ontwikkeld is in de Verenigde Staten door Sparrow et al. (2005). De Vineland II is vertaald en gestandaardiseerd naar de Nederlandse normen. De vragenlijst bestaat uit 594 items en kan afgenomen worden bij cliënten van 0 tot 90 jaar oud. De Vineland II is door een opgeleide medewerker van het SCORE-onderzoek afgenomen met de persoonlijk begeleider en de gedragsdeskundige van de cliënt. De vaardigheden van de cliënt zijn gescoord met (0) 'weet niet', (1) 'nooit', (2) 'nauwelijks', (3) 'soms', (4) 'regelmatig/vaak' of (5) 'bijna altijd'. Het adaptief functioneren kan via de Vineland II worden opgedeeld in de domeinen:

communicatie, dagelijkse vaardigheden, socialisatie en motoriek. Doordat de scores tussen de domeinen bij de cliënten sterk uiteenlopen is er gebruikt gemaakt van de subdomeinen: receptieve communicatie, expressieve communicatie, geschreven taal, persoonlijke dagelijkse vaardigheden, huishoudelijke dagelijkse vaardigheden, maatschappelijke dagelijkse vaardigheden, interpersoonlijke relaties, spel en vrije tijd, sociale vaardigheden, grove motoriek en fijne motoriek. Er is per subdomein gebruik gemaakt van de ontwikkelingsleeftijd in maanden.

De Nederlandse vertaling van de Vineland II is nog niet gevalideerd. De *community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families* (2011) heeft onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit van de Engelstalige Vineland II. Hieruit bleek de interne consistentie van elk domein tussen de .77 en .93 te liggen. Interne consistentiecoëfficiënten varieerden van .85 tot .91 over de leeftijdsgroepen. De samengestelde betrouwbaarheid werd bepaald door de formule van Nunnally (1978). Correlaties varieerden van .93 tot .97 over de leeftijdsgroepen. De test-herstest betrouwbaarheid lag tussen .76 en .92. Hiervoor zijn de participanten op twee verschillende gelegenheden door twee verschillende medewerkers geïnterviewd. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid betreft de mate waarin de scores van verschillende participanten over hetzelfde individu consistent zijn. Deze heeft een correlatie tussen .71 en .81. Er is een correlatie aangetoond van .59 - .83 voor het interview formulier en een correlatie van .39 - .87 voor de ouders en verzorgers. De subdomeinen van de Vineland II zijn representatief voor de beweerde meetpretenties.

Verstandelijke mogelijkheden, leeftijd en geslacht. De verstandelijke mogelijkheden zijn ingedeeld volgens de intelligentieclassificaties vastgesteld door de gedragsdeskundige met behulp van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revision* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Hoewel er een recente versie van de DSM uit is, is de mate van verstandelijke beperking bij de cliënten van Ipse de Bruggen nog geclassificeerd volgens de DSM-IV-TR. De IQ-cijfers geven mogelijk meer informatie over de verstandelijke mogelijkheden. Deze gegevens waren echter niet aanwezig ten tijde van de dataverzameling, waardoor er voor gekozen is de intelligentieclassificaties te gebruiken. Volgens de DSM-IV-TR is er sprake van een verstandelijke beperking als de cliënt een intelligentiequotiënt (IQ) lager dan 70 punten heeft op een standaard IQ-test en als de beperking ontdekt is voor het achttiende levensjaar. In de DSM-IV-TR geldt tevens het criterium, dat er een beperking moet zijn in het aanpassingsgedrag wat zich uit op tenminste twee terreinen. De DSM-IV-TR erkent de volgende vijf classificaties van de mate van verstandelijke beperking: zwakbegaafd, licht verstandelijk beperkt, matig verstandelijk beperkt, ernstig verstandelijk beperkt en zeer ernstig verstandelijk beperkt. Hoewel de DSM-IV-TR deze vijf intelligentieclassificaties kent, bleken in de praktijk de volgende zeven classificaties gehanteerd te worden: zwakbegaafd, licht verstandelijk beperkt, licht/matig verstandelijk beperkt, matig verstandelijk beperkt, matig/ernstig verstandelijk beperkt, ernstig verstandelijk beperkt en zeer ernstig verstandelijk beperkt. De leeftijd van de cliënt was de kalenderleeftijd ten tijde van de afname van de Vineland II. Uit de DBC-A is tevens duidelijk geworden wat het geslacht van de cliënt is.

Analysen

Data-analyse. Om een eerste indruk van de variabelen te krijgen zijn de variabelen gecontroleerd op een standaardnormaal verdeling. Het minimum, maximum en gemiddelde van de variabelen zijn hiervoor berekend. Daarnaast is de standaarddeviatie, scheefheid en kurtosis hiervoor in kaart gebracht. Er is tevens gebruik gemaakt van de Kolmogorov-Smirnov test om meer inzicht te krijgen in de verdeling van de variabelen. De variabelen zijn gecontroleerd op missende waarden en uitbijters, zodat aan alle voorwaarden voor het uitvoeren van de analyses is voldaan. Participanten met missende waarden op verstandelijke mogelijkheden, leeftijd en geslacht zijn verwijderd uit huidig onderzoek. Cliënten waarbij vragen van de DBC-A of Vineland-II zijn overgeslagen, zijn meegenomen met het onderzoek. Uit de analyses is gebleken dat de missende waarden niet voor uitbijters heeft gezorgd, waardoor er vanuit gegaan kan worden dat de scores representatief zijn..

Analyse methoden. Er is onderzocht of er een verband is tussen de afhankelijke variabele, verstorend gedrag en de vier onafhankelijke variabelen: verstandelijke mogelijkheden, adaptief gedrag, kalenderleeftijd en geslacht. Doordat verstandelijke mogelijkheden is opgedeeld in groepen, is een ANOVA uitgevoerd om deelvraag 1 te beantwoorden. De onafhankelijke variabele is categorisch en de afhankelijke variabele is op schaalniveau. Op deze manier is er een vergelijking gemaakt op basis van de gemiddelden van de verschillende groepen. Met een correlatieanalyse kan worden onderzocht of de onafhankelijke variabele invloed heeft op de afhankelijke variabele, wanneer beide numeriek zijn. Hiermee is de invloed van de subdomeinen van het adaptief functioneren op de mate van verstorend gedrag onderzocht (deelvraag 2). De onafhankelijke variabele kalenderleeftijd is numeriek, waardoor er een correlatieanalyse voor deelvraag 3 is uitgevoerd om een verband te onderzoeken met verstorend gedrag. De correlatiecoëfficiënt geeft de mate van sterkte en de richting van de correlatie aan. Het plus- of minteken geeft aan of er sprake is van een positieve of een negatieve correlatie. In Tabel 2 staan de gehanteerde richtlijnen voor het interpreteren van de correlatiecoëfficiënt, de richting buiten beschouwing gelaten (Hinkle & Wiersma, 2009).

Tabel 2

Classificaties Correlatiecoëfficiënt

Correlatiecoëfficiënt (r)	Classificatie
.00 tot .29	Nauwelijks of geen correlatie
.30 tot .49	Lage correlatie
.50 tot .69	Middelmatige correlatie
.70 tot .89	Hoge correlatie
.90 tot 1	Zeer hoge correlatie

Met een onafhankelijke T-toets werden twee gemiddelden met elkaar vergeleken van steekproeven die onafhankelijk van elkaar zijn. Hiermee is geanalyseerd of er een significant verschil was in de mate van verstorend gedrag tussen de mannelijke cliënten en de vrouwelijke cliënten. Hiermee is deelvraag 4

beantwoord. Er is gebruik gemaakt van de statistische software SPSS waar een significantielevel van een p-waarde kleiner dan .05 is gehanteerd.

Resultaten

Data inspectie

De normaliteit van de numerieke variabelen is gecontroleerd in de data inspectie. Op grond van de eerder gestelde eisen zijn er geen uitbijters geëxcludeerd. De uitbijters hebben geen invloed gehad op de resultaten. Uit Tabel 3 blijkt de data niet aan de voorwaarden voor normaliteit te voldoen. Dit kan verklaard worden doordat er onderzoek wordt gedaan bij een zeer specifieke doelgroep, mensen met een ZZP 6 of 7. Het is bekend dat de participanten zeer moeilijk gedrag vertonen en vaak op een laag niveau adaptief functioneren. Verstord gedrag is bij de participanten dus vaak aan de orde (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017), waardoor er een niet normale verdeling ontstaat. Wegens de grootte van de steekproef ($N = 132$) zijn de variabelen bestand tegen de schending van de normaliteit (Field, 2013).

Tabel 3

Data Inspectie Numerieke Variabelen

	Min	Max	M	SD	Scheefheid	Kurtosis	K-S
Verstord gedrag	25	71	41.96	8.57	2.71	.89	.03
Adaptief gedrag							
Receptieve communicatie	1	263	41.04	30.61	15.50	49.30	.00
Expressieve communicatie	2	114	45.19	29.29	2.48	-1.07	.07
Geschreven taal	30	147	57.08	29.89	4.32	-.66	.00
Persoonlijke dagelijkse vaardigheden	12	195	63.77	38.25	4.70	1.85	.00
Huishoudelijke dagelijkse vaardigheden	11	195	82.23	43.87	.79	-1.25	.20
Maatschappelijke dagelijkse vaardigheden	7	210	67.76	44.44	5.25	2.60	.00
Interpersoonlijke relaties	1	132	35.48	27.91	4.49	1.99	.00
Spel en vrije tijd	1	141	24.91	23.75	11.49	18.55	.00
Sociale vaardigheden	10	195	56.23	28.76	7.10	9.88	.00
Grove motoriek	9	83	58.43	22.10	-2.44	-2.34	.00
Fijne motoriek	3	83	52.75	22.16	-1.35	-1.95	.01
Kalenderleeftijd	18	76	40.25	14.58	1.30	-2.32	.01

Noot. Scheefheid en Kurtosis zijn genoteerd in Z-scores. K-S is de Kolmogorov-Smirnov test.

Resultaten van de statistische analyses

Verstord gedrag en verstandelijke mogelijkheden. Het eerste domein van het AAIDD-model, verstandelijke mogelijkheden, is uitgesplitst naar de mate van de verstandelijke beperking, zoals

in Tabel 4 staat weergegeven. Uit de ANOVA analyse blijkt dat er geen significant verband is tussen verstorend gedrag en de verstandelijke mogelijkheden ($F = 1.77; p = .11$).

Tabel 4

Beschrijving Verstorend Gedrag en Verstandelijke Mogelijkheden

	N	Min	Max	M	SD
Zwakbegaafd	3	37	48	43.00	5.57
Licht verstandelijk beperkt	22	25	55	37.32	7.34
Licht/matig verstandelijk beperkt	4	28	48	37.50	10.47
Matig verstandelijk beperkt	44	28	71	43.52	9.52
Matig/ernstig verstandelijk beperkt	11	31	60	42.45	8.37
Ernstig verstandelijk beperkt	33	32	58	42.18	7.17
Zeer ernstig verstandelijk beperkt	15	25	60	44.33	8.84

Verstorend gedrag en adaptief gedrag. Met de Pearson correlatie analyse is onderzocht of er een verband is tussen verstorend gedrag ($M = 41.96, SD = 8.57$) en de subdomeinen van adaptief gedrag. Tabel 5 toont aan dat er met de Pearson correlatie analyse significante verbanden zijn gevonden tussen verstorend gedrag en de subdomeinen receptieve communicatie, expressieve communicatie, geschreven taal, persoonlijke dagelijkse vaardigheden, huishoudelijke dagelijkse vaardigheden, maatschappelijke dagelijkse vaardigheden, interpersoonlijke relaties en sociale vaardigheden. De negatieve correlatie laat zien dat hoe lager een participant scoort op deze subdomeinen, hoe meer verstorend gedrag de participant vertoont. Met uitzondering van de sociale vaardigheden is er echter nauwelijks tot geen correlatie tussen de subdomeinen en verstorend gedrag. Sociale vaardigheden en verstorend gedrag hebben een lage negatieve correlatie.

Tabel 5

Pearson Correlatie Subdomeinen Vineland-II en Verstorend gedrag

Subdomein	Pearson correlatie	Significantie
Receptieve communicatie	-.29	.00
Expressieve communicatie	-.22	.01
Geschreven taal	-.21	.02
Persoonlijke dagelijkse vaardigheden	-.27	.00
Huishoudelijke dagelijkse vaardigheden	-.21	.01
Maatschappelijke dagelijkse vaardigheden	-.26	.00
Interpersoonlijke relaties	-.19	.03
Spel en vrije tijd	-.05	.58
Sociale vaardigheden	-.36	.00
Grove motoriek	-.06	.51
Fijne motoriek	-.14	.11

Verstorend gedrag en kalenderleeftijd. Om te onderzoeken of er een verband is tussen verstorend gedrag en de kalenderleeftijd is er gebruik gemaakt van de Pearson correlatie analyse. Er blijkt geen significant verband te zijn tussen verstorend gedrag en de kalenderleeftijd ($r = -.00$; $p = .92$).

Verstorend gedrag en geslacht. Er is gebruik gemaakt van een onafhankelijke T-toets om het verband tussen verstorend gedrag en geslacht te onderzoeken. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen mannen met verstorend gedrag ($M = 41.74$, $SD = 8.09$) en vrouwen met verstorend gedrag ($M = 42.35$, $SD = 9.42$). Uit de Levene's test voor de homogeniteit van variantie blijkt dat er gelijkheid is tussen de varianties ($p = .50$). Er is geen significant verschil gevonden tussen verstorend gedrag bij mannen en verstorend gedrag bij vrouwen ($p = .69$).

Conclusie en discussie

Eerder onderzoek wijst uit dat de kwaliteit van de zorg in organisaties onder druk staat. Dit kan onder andere verklaard worden door de stress die ontstaat bij zowel de cliënt als medewerkers als de cliënt verstorend gedrag vertoont. Het doel van dit onderzoek was om aan de hand van de gegevens van het SCORE-onderzoek te achterhalen of de domeinen verstandelijke mogelijkheden, adaptief gedrag en gezondheid (kalenderleeftijd en geslacht) een relatie hebben met verstorend gedrag van mensen met een verstandelijke beperking. Uit de resultaten blijkt dat er geen verband is gevonden tussen de bovenstaande domeinen en verstorend gedrag. Er dient in acht worden genomen dat huidig onderzoek zich op een zeer specifieke doelgroep heeft gericht, namelijk cliënten met een ZZP 6 of ZZP 7. Het is bekend dat deze cliënten zeer moeilijk gedrag vertonen. Verstorend gedrag is bij deze doelgroep vaak aan de orde (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017). Hiermee dient rekening gehouden te worden bij het lezen van de volgende conclusies.

De resultaten laten zien dat er geen significant verband is tussen verstorend gedrag en het domein verstandelijke mogelijkheden. Tegen de verwachting in blijkt het verstorend gedrag niet toe te nemen wanneer de verstandelijke mogelijkheden afnemen. De hypothese dat mensen met een verstandelijke beperking een beperkt oplossingsvermogen hebben, waardoor zij vaker problemen hebben met verstorend gedrag (De Beer, 2011), blijkt huidig onderzoek tegen te spreken. De items van de DBC-A die de subschaal verstorend gedrag meten komen bij alle intelligentieclassificaties voor.

Wat betreft het adaptief gedrag is er een significant verband tussen verstorend gedrag en de subdomeinen receptieve communicatie, expressieve communicatie, geschreven taal, persoonlijke vaardigheden, huishoudelijke vaardigheden, maatschappelijke vaardigheden, interpersoonlijke relaties en sociale vaardigheden. Er is echter sprake van een lage correlatie. De resultaten zijn daarmee niet conform de hypothese dat er een samenhang zou zijn tussen adaptief gedrag en verstorend gedrag. Mensen met een verstandelijke beperking doorlopen een aantal fasen, zoals mensen zonder verstandelijke beperking deze ook doormaken (Vugts-de Groot, 2012). Doordat iedere fase diverse behoeften en daarmee frustraties kent, komt er bij iedere fase een vorm van verstorend gedrag voor. Daarnaast dient in acht te worden genomen dat huidig onderzoek een zeer specifieke doelgroep betreft.

De participanten met een ZZZP 6 of een ZZZP 7 functioneren over het algemeen op het adaptieve gebied op een zeer laag niveau.

Tenslotte is het verband tussen verstorend gedrag en gezondheid (kalenderleeftijd en geslacht) onderzocht. De kalenderleeftijd en het geslacht blijken niet van invloed te zijn op het verstorend gedrag. Hoewel verwacht werd dat een verhoging van hormonen voor meer activiteit in de hersens en daarmee voor verstorend gedrag zou zorgen (Brooks-Gunn, & Furstenberg, 1989), blijkt dit niet het geval. Cliënten jonger dan achttien jaar zijn niet meegenomen in huidig onderzoek, wat een beperkt beeld met betrekking tot puberteit kan geven. De hypothese betreffende verstorend gedrag en geslacht was niet eenduidig door de verschillende definities die verstorend gedrag kent. De definitie van verstorend gedrag van Jacobson (1990) zoals vermeld in de DBC-A (Mohr et al., 2011) blijkt niet samen te hangen met geslacht.

Beperkingen en suggesties voor verder onderzoek

Uit de data inspectie is gebleken dat de variabele verstorend gedrag niet normaal is verdeeld. Dit is een beperking in huidig onderzoek. De niet normale verdeling is te verklaren doordat in huidig onderzoek gebruik is gemaakt van participanten met een ZZZP 6 of een ZZZP 7. Bij deze doelgroep is verstorend gedrag vaak aan de orde (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017). De practicanten hebben een gemiddelde itemscore van .75 op de subschaal verstorend gedrag van de DBC-A. De gemiddelde itemscore heeft een minimale score van 0 en een maximale score van 2. Doordat er geen Nederlandse normgroep beschikbaar is, is deze score vergeleken met de gemiddelde itemscore van mensen met een verstandelijke beperking uit Australië (Mohr et al., 2011). In het Australische onderzoek is er onderscheid gemaakt tussen de intelligentieclassificaties *mild*, *moderate* en *severe & profound*, respectievelijk vergelijkbaar met licht, matig en ernstig verstandelijk beperkt. Daarnaast is er gebruik gemaakt van leeftijdsgroepen. Uit het onderzoek blijkt dat de cliënten met een licht verstandelijke beperking van 50 jaar en ouder de laagste gemiddelde itemscore hebben behaalt ($M = .30$). Cliënten van 18-34 jaar met een matig verstandelijke beperking hebben de hoogste gemiddelde itemscore behaalt ($M = .57$). De overige gemiddelde itemscores bevinden zich tussen de .30 en .57. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het verstorende gedrag aanzienlijk vaker voorkomt bij de specifieke doelgroep van mensen met een ZZZP 6 of een ZZZP 7. Daarom is het van belang dat er vervolgonderzoek plaatsvindt om te achterhalen waar dit gedrag door veroorzaakt wordt, om het vervolgens te kunnen verminderen.

De begrippen verstandelijke mogelijkheden, adaptief gedrag en verstorend gedrag kennen verschillende definities. Er is een beperking ontstaan in het opstellen van eenduidige hypothesen, omdat eerder onderzoek verschillende definities hanteerde. Voor vervolgonderzoek is het aan te raden de definities uit het huidige onderzoek te gebruiken, zodat de validiteit van vervolgonderzoek gewaarborgd wordt. Bovendien is het verband tussen het AAIDD-model en verstorend gedrag niet eerder gemeten met de specifieke groep participanten met een ZZZP 6 of ZZZP 7. De hypothesen zijn gebaseerd op onderzoek naar gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking en mensen zonder verstandelijke beperking. Het verschil is dat cliënten met een ZZZP 6 of 7 intensieve begeleiding en verzorging in een

veilige leefomgeving krijgen in verband met storend gedrag wat de cliënten vaak vertonen. Dit kan een reden zijn waardoor de resultaten niet overeenkomen met de resultaten uit de literatuur.

Uit huidig onderzoek blijkt dat de domeinen uit het AAIDD-model niet samenhangen met het versturende gedrag. In onderhavige onderzoek zijn slechts drie van de vijf domeinen van het AAIDD-model in kaart gebracht, doordat de domeinen participatie en context breed te interpreteren zijn. Vervolgonderzoek kan uitwijzen of deze domeinen samenhangen met versturend gedrag. In huidig onderzoek is gezondheid aan de hand van de biologische/organische factoren kalenderleeftijd en geslacht gemeten. In vervolgonderzoek zou de mate waarin de cliënt zich fysiek, mentaal en sociaal gezond voelt gemeten kunnen worden.

Naast dat het AAIDD-model de domeinen vertegenwoordigt, speelt ook ondersteuning een grote rol in het model. Doordat de domeinen niet samenhangen met versturend gedrag, wordt het aannemelijk dat ondersteuning in verband gebracht kan worden met versturend gedrag. In Figuur 2 is te zien dat het functioneren beïnvloed kan worden door ondersteuning. Uit vervolgonderzoek kan blijken of er een verband is tussen versturend gedrag en één van de vijf lagen: persoon zelf, familie en vrienden, informele ondersteuning, algemene diensten en gespecialiseerde diensten. De omgevingskenmerken dienen dus in kaart gebracht te worden. Het SCORE-onderzoek doet onderzoek naar de effectieve factoren van ondersteuning om de kwaliteit van bestaan te verbeteren. Dit sluit aan bij de bovenstaande suggesties voor vervolgonderzoek.

Implicaties

Het in kaart brengen van de risicofactoren van versturend gedrag kan de kwaliteit van de zorg voor de cliënt en het gevoel van veiligheid van de medewerkers verbeteren. De domeinen uit het AAIDD-model kunnen niet beïnvloed worden om versturend gedrag af te laten nemen. Als blijkt dat de ondersteuningslagen samenhangen met versturend gedrag kan de ondersteuning wel worden aangepast om het versturende gedrag te verminderen. Dit kan bijvoorbeeld door het veranderen van de groepssamenstelling, maar ook door het ontwikkelen van specifieke zorgprogramma's en door een aanpassing in scholing van de medewerkers. De mogelijkheden en beperkingen van de cliënten zijn vastgesteld met behulp van het AAIDD-model. Hiermee kan er een individueel behandel- of begeleidingsplan gemaakt kan worden om het versturende gedrag te verminderen. Behandelingen kunnen ook preventief plaatsvinden als de cliënt een risicoprofiel heeft. Er zijn al diverse cognitieve gedragstherapieën beschikbaar voor mensen met een verstandelijke beperking met een gedragsprobleem, zoals versturend gedrag (Taylor, Lindsay & Willner, 2008). Deze zijn aangepast aan de verstandelijke mogelijkheden van de mensen met een verstandelijke beperking. Als de risicofactoren van versturend gedrag duidelijk zijn, kan er vervolgens onderzocht worden hoe dit gedrag veroorzaakt wordt. Vervolgens kan onderzocht worden hoe medewerkers ervoor kunnen zorgen dat het gedrag niet (her)optreedt (Skeem & Monahan, 2011). Mentale problemen van medewerkers worden verminderd, als versturend gedrag voorkomen kan worden. Hierdoor wordt indirect de kwaliteit van de zorg positief

beïnvloed (Hastings, Horne & Mitchell, 2004). Kortom, dit levert veiligheid op voor zowel de medewerker als voor de cliënt zelf.

Referenties

- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010). *Intellectual disability. Definition, classification, and systems of support. The 11th edition of the aaid definition manual*. Washington, Verenigde Staten: aaid.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition - Tekst Revised (DSM-IV-TR)*. Washington, Verenigde Staten: American Psychiatric Association.
- Bijma, B. (2014). Wie helpt mij straks? Geraadpleegd op 11 december 2017 van <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/doe-mee-wiehelptmij.pdf>
- Brooks-Gunn, J., & Furstenberg F. F. (1989). Adolescent sexual behavior. *American Psychologist*, 44(2), 249-257
- Chadwick, O., Kusel, Y. & Cuddy, M. (2008). Factors associated with the risk of behaviour problems in adolescents with severe intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 864-76
- CIZ, (2015). *Kwartaalrapportage CIZ Q1-Q2*. Centrum indicatiestelling Zorg.
- Cole, P.G., Chan, L.K.S., & Lytton L. (1989). Perceived Competence of Juvenile Delinquents and Nondelinquents. *The Journal of Special Education*, 23(3).
- Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families (2011). *Review of the Vineland Adaptive Behavior Scales-Second Edition (Vineland-II)*. Edmonton, Alberta, Canada. Geraadpleegd van <https://cloudfront.ualberta.ca/-/media/ualberta/faculties-and-programs/centres-institutes/community-university-partnership/resources/tools---assessment/vinelandjune-2012.pdf>
- Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behavior among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 652-661.
- De Beer, Y. (2011). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.
- De Bruijn, J., Buntinx, W., & Twint, B. (2014). *Verstandelijke beperking: definitie en context*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Dekker, M., Douma, J., Ruiters, K. de & Koot, H. (2006). *Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Deater-Deckard, K. (2001). Annotation: Recent Research Examining the Role of Peer Relationships in the Development of Psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 565-579.
- Didden, R., Duker, P. & Seys, D. (2003). *Gedragsanalyse en -therapie bij mensen met een verstandelijke handicap*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

- Dijkxhoorn, Y. & Verhaar L. (2008). *Gebruikershandleiding proefversie Vineland II; Nederlandse vertaling*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Einfeld, S.L. & Tonge, B.J. (1992). *Manual for the Developmental Behaviour Checklist*. Clayton, Melbourne en Sydney: Monash University Centre for Developmental Psychiatry and School of Psychiatry.
- Embregts, P. J. C. M., Didden, R., Schreuder, N., Huitink, C., & Van Nieuwenhuijzen, M. (2009). Aggressive behavior in individuals with moderate to borderline intellectual disabilities who live in a residential facility: An evaluation of functional variables. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 682-688.
- Eyman R. K. & Call T. (1977). Maladaptive behaviour and community placement of mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency, 82*, 137-44.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Londen, Engeland: SAGE.
- Gottfredson, L.S. (1997). Mainstream science on intelligence: An editorial with 52 signatores, history, and bibliography. *Intelligence, 24*(1), 13-23.
- Hastings, R. P. & Brown T. (2002). Behavioural knowledge, causal beliefs and self efficacy as predictors of special educators' emotional reactions to challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 144-150.
- Hastings R. P., Horne S. & Mitchell G. (2004). Burnout in direct care staff in intellectual disability services: a factor analytic study of the Maslach Burnout Inventory. *Journal of Intellectual Disability Research, 48*, 268-273.
- Hill, J. (2002). Biological, psychosocial and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 133-164.
- Hinkle, D.E. & Wiersma, W. (2009). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences, International Edition*. Boston, Verenigde Staten: Cengage Learning, Inc.
- Jacobson, J. (1990). Assessing the prevalence of psychiatric disorders in a developmentally disabled population, *Assessment of Behavior Problems in Persons with Mental Retardation Living in the Community*. Rockville, Verenigde Staten: NIMH.
- Janssen, C.G.C., Schuengel, C. & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 445-53.
- McClintock, K., Hall, S. & Oliver C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research, 47* (6), 405 – 416.
- McMillan, D., Hastings, R., & Coldwell, J. (2004). Clinical and actuarial prediction of physical violence in a forensic intellectual disability hospital: A longitudinal study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability, 17*, 255-265.

- Mohr, C., Tonge, B., Einfeld, S. & Taffe, J. (2011). *Manual for Developmental Behaviour Checklist for Adults (DBC-A)*. Sydney, Australië: University of Sydney and Monash University.
- Murphy, G., Beadle-Brown, J., Wing, L., Gould, J., Shah, A., & Holmes, N. (2005). Chronicity of challenging behaviors in people with severe intellectual disabilities and/or autism: A total population sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 405-418.
- Nederlandse Zorgautoriteit, (2017). *Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten*. Geraadpleegd van https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/BR_REG_17137__Prestatiebeschrijvingen_en_tarieven_zorgzwaartepakketten
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York, Verenigde Staten: McGraw-Hill.
- Rose, D., Horne, S. & Hastings, R. (2004) Negative emotional reactions to challenging behavior and staff burnout: Two replication studies. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 219-223.
- Satler, J. M. & Hoge, R. D. (2006). *Adaptive behaviour, Assessment of Children. Behavioral, Social, and Clinical Foundations*. LaMesa, Verenigde Staten: Sattler.
- SAW DC (2012). *Zorgzwaartepakketten DC verstandelijk gehandicapten*. Geraadpleegd van http://www.profi-leren.nl/files/saw_dc69.pdf
- Schalock, R.L. (2010). *American Association on Intellectual and Development Disabilities conceptual framework for human functioning (Nederlandse vertaling)*. Geraadpleegd van <https://docplayer.nl/4408253-Ergotherapie-met-een-focus-op-de-relatie.html>.
- Schalock, R.L., Borhwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R. & Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability. Definition, Classification, and Systems of Supports. The 11th Edition of the AAIDD Definition Manual*. Washington, Verenigde Staten: AAIDD.
- Skeem, J.L. & Monahan J. (2011). Current directions in violence risk assessment. *Social Science Research Network*, 13, 38-42.
- Slot, N. W. & Spanjaard, H. J. M. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: HB uitgevers.
- Smith, K. & Matson, J. (2010). Behavior problems: Differences among intellectually disabled adults with co-morbid autism spectrum disorders and epilepsy. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1062-1069.
- Sparrow, S. S., Balla, D.A., & Cicchetti, D. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales: Interview Edition, Survey Form*. Minneapolis, Verenigde Staten: American Guidance Service.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales-2nd edition manual*. Minneapolis, Verenigde Staten: NCS Pearson, Inc.
- Swaab H., Dijkxhoorn, Y.M., Winden, D. van, & Wulms G. (2015). *Onderzoeksvoorstel SCORE*. Leiden: Universiteit Leiden

- Taylor, J.L., Lindsay, W.R., & Willner, P. (2008). CBT for people with intellectual disabilities. Emerging evidence, cognitive ability and IG effects. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36, 723-733
- Tyrer, F., McGrother, C. W., Thorp, C. F., Donaldson, M., Bhaumik, S., Watson, J.M. & Hollin, C. (2006). Physical aggression towards others in adults with learning disabilities: Prevalence and associated factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 295-304.
- Van Essen, D. (2017, 05 februari). *Kwaliteit gehandicaptenzorg staat onder druk*. Geraadpleegd van <https://www.fnv.nl/sector-en-cao/alle-sectoren/zorg-enwelzijn/gehandicaptenzorg/nieuws/kwaliteit-gehandicaptenzorg-onder-druk/>
- Van Nieuwenhuijzen, M. (2004). *Social Information Processing in Children with Mild Intellectual Disabilities*. Groningen: Drukkerij van Denderen.
- Vugts-de Groot, B. (2012). *Werken met ontwikkelingsleeftijden. Afstemmen op mensen met een verstandelijke leeftijd*. Amsterdam: Boom/Nelissen.
- WHO (World Health Organization). ICD-10. *International Classification of Diseases and other health related problems*. Genève, Zwitserland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). (2001). *International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)*. Genève, Zwitserland: World Health Organization.
- Zacharin, M. R. (2009). Puberty, contraception and hormonal management for young people with disabilities. *Clinical pediatrics*, 48, 149-155.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Geiger, T. C., & Crick, N. R. (2005). Relational and physical aggression, prosocial behavior, and peer relations: Gender moderation and bidirectional associations. *Journal of Early Adolescence*, 25, 421-452.
- Zoon, M. (2012). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.