

Bijkomende problematiek en gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking



Auteur:	Jordi Immeker; 308131
Opdrachtgever:	Tineke ten Dam
Organisatie:	Careander
1e begeleider:	Wim van der Meer
2^e begeleider:	Bert van der Wilk
Opleiding:	Saxion Hogeschool Deventer, Toegepaste Psychologie
Datum:	14 maart 2016

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport “Bijkomende problematiek en gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking”, een onderzoek naar welke relatie de bijkomende problematiek en gedragsproblemen met elkaar hebben bij mensen met een verstandelijke beperking. Dit is een afstudeeronderzoek ten behoeve van het behalen van het bachelorsdiploma van de opleiding Toegepaste Psychologie van hogeschool Saxion te Deventer. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Tineke ten Dam, orthopedagoog en GZ-psycholoog van Careander.

Tijdens mijn onderzoeksperiode zijn er veel mensen geweest die een bijdrage geleverd hebben aan het onderzoek. Opdrachtgever Tineke ten Dam wil ik bedanken voor het mogelijk maken van dit onderzoek en haar feedback op mijn werk. Daarnaast wil ik graag de ambulant begeleiders van Careander bedanken voor het invullen en het opsturen van de vragenlijst. Zonder hun input was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Karin Stam, de psychodiagnostisch medewerker van Careander wil ik bedanken voor het helpen met het scoringsproces van de vragenlijsten. Als laatste maar zeker niet het minste gaat mijn dank uit naar Wim van der Meer en Bert van der Wilk voor het begeleiden van dit afstudeeronderzoek.

Vriendelijke groet,

Jordi Immeker

Maart 2016

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Careander, een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag in hoeverre er een samenhang bestaat tussen de bijkomende problematiek en de gedragsproblemen van de ambulante cliënten van Careander die onder de WMO vallen. Het doel van het onderzoek is om met de resultaten te achterhalen welke bijkomende problematiek voor de meeste gedragsproblemen zorgt zodat met deze kennis de begeleider van de ambulante cliënt weet op welke bijkomende problematiek de zorg gericht moet worden om de (meeste) gedragsproblemen te verminderen. Door de verstandelijke beperking zijn de cliënten vaak niet in staat zelf aan te geven waar de gedragsproblemen vandaan komen en is het voor de begeleider lastig om hier achter te komen. Een ander doel van dit onderzoek is om helder te krijgen welke bijkomende problematiek en gedragsproblemen er spelen bij de ambulante cliënten om zo aan te kunnen tonen bij de gemeente dat problematiek van de cliënten zwaar genoeg is om een WMO indicatie te krijgen.

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat er vier verschillende soorten bijkomende problematiek zijn: leerproblemen, psychiatrische stoornissen, medischorganische problemen en problemen in gezin en sociale context. Een leerprobleem is een achterstand betreft het leren, het toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen. Bij mensen met een LVB zal dit vaak het geval zijn. Leerproblemen zorgen bij mensen met een verstandelijke beperking vaak voor gedragsproblemen vanwege de frustratie die het hen oplevert wanneer ze beperkt worden in hun handelen en zij zelf ook door hebben dat ze leerproblemen hebben. Tevens blijkt uit de literatuur dat psychiatrische stoornissen vaak samen gaan met een verstandelijke beperking. Psychiatrische stoornissen die vaak voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking zijn: Autisme Spectrum Stoornissen, hechtingsstoornissen en ADHD. Deze combinaties kunnen zorgen voor veel problemen in de communicatie en in het impulsief uiten van basale behoeften. Medischorganische problemen zijn beperkingen in de mobiliteit, zelfverzorging, of communicatie met een lichamelijke oorzaak. Met problemen in gezin en sociale context wordt bedoeld dat zowel de gezinssituatie als vrienden of kennissen schadelijk kunnen zijn voor iemands functioneren.

In het onderzoek zijn de bijkomende problematieken van de ambulante cliënten onderzocht door middel van dossieronderzoek en zijn de gedragsproblemen onderzocht door het afnemen van de ABCL, een vragenlijst die gedragsproblemen meet van volwassenen.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat er geen samenhang is tussen de bijkomende problematiek en de gedragsproblemen van de ambulante cliënten. Wel is er een negatieve samenhang tussen de gedragsproblemen en de sterke punten van de cliënten. Dit wil zeggen dat wanneer een cliënt meer sterke persoonlijkheidspunten heeft dat er minder gedragsproblemen zijn en andersom. Tevens blijkt dat uit de resultaten dat de ambulante cliënten gemiddeld het hoogst scoren op de schaal 'Aandacht problemen' terwijl er bij geen van allen een aandachtstekortstoornis is vastgesteld.

Er wordt aanbevolen om met het overzicht van de bijkomende problematiek en de gedragsproblemen van de ambulante cliënten de discussie aan te gaan met de gemeente om aan te tonen dat de ambulante cliënten een WMO indicatie nodig hebben. Verder wordt er aanbevolen om onderzoek te doen naar de aanwezigheid van aandachtstekortstoornissen en om de sterke punten van de cliënten te benadrukken door middel van empowerment.

Inhoudsopgave

Verklarende woordenlijst	06
H1. Inleiding	07
1.1 Aanleiding	07
1.2 Probleemstelling	08
1.3 Onderzoeksvraag	09
1.4 Organisatie	10
1.5 Context	11
1.6 Doelstelling van het onderzoek	11
1.7 Opbouw onderzoeksrapport	11
H2. Theoretisch kader	12
2.1 Specifieke kenmerken van een licht verstandelijke beperking	12
2.2 Bijkomende problematiek	14
2.3 Gedragsproblemen	16
2.4 Onderzoeksvraag, deelvragen en hypothesen	17
2.5 Conceptueel model	17
2.6 Aanzet tot de opzet van het onderzoek	18
H3. Onderzoeksdesign	19
3.1 Onderzoeksmethode	19
3.2 Onderzoeksdoelgroep	19
3.3 Onderzoeksinstrument	20
3.4 Onderzoeksprocedure	22
3.5 Analyse	22
H4. Onderzoeksresultaten	26
4.1 Uitvoering van het onderzoek	26
4.2 Respons	26
4.3 Resultaten dossieronderzoek	27
4.4 Validiteit en betrouwbaarheid	27
4.5 Toetsing van hypothesen	27
H5. Conclusie en discussie	30
5.1 Conclusie en bijbehorende discussie	30
5.2 Beperkingen van het onderzoek	34
H6. Aanbevelingen	36
Literatuurlijst	38
Bijlagen	39
1. Overzicht bijkomende problematiek	
2. Homogeniteit vragenschalen en vragenlijst	
3. ABCL vragenlijst	
4. Verklaring eigen werk	

Verklarende woordenlijst

Careander	Zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking
LVB	Licht verstandelijke beperking
TP	Toegepaste Psychologie
TP'er	Toegepast Psycholoog / Student Toegepaste Psychologie
WLZ	Wet Langdurige Zorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning

1. Inleiding

In dit eerste hoofdstuk wordt het onderzoek ingeleid door een beschrijving van de aanleiding, de probleemstelling en de onderzoeksvraag met aansluitende deelvragen. Daarnaast wordt er beschreven welke organisatie de opdrachtgever is en wat de doelstelling is van het onderzoek.

1.1 Aanleiding

In Nederland heeft naar schatting 1% van de bevolking een verstandelijke beperking (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). Er is echter nog maar weinig onderzoek gedaan naar hoeveel mensen in Nederland een verstandelijke beperking hebben. Dit heeft als gevolg dat er niet meer bekend is dan een schatting. Een verstandelijke beperking is een aangeboren of een later in de ontwikkeling optredende beperking in het intellectueel functioneren die gepaard gaat met beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen (ICF, 2002). Echter kan een verstandelijke beperking verschillende gradaties hebben zoals een lichte, een matige en een ernstige verstandelijke beperking. Aan de hand van het IQ en het sociaal aanpassingsvermogen wordt bepaald welke mate van verstandelijke beperking iemand heeft. In dit onderzoeksplan wordt de focus gelegd op mensen met een lichte verstandelijke beperking, ook wel LVB genoemd.

Mensen met LVB hebben vaak begeleiding nodig in het dagelijks leven. Zo kan het zijn dat ze begeleiding nodig hebben bij huishoudelijke taken, maar ook bij hun sociaal en emotioneel functioneren. Over het algemeen hebben mensen met LVB moeite met het aangeven en uitdrukken van complicaties in hun dagelijks leven (Van Gemert & Minderaa, 1997). Dit kan het bieden van de juiste begeleiding lastig maken. Het komt regelmatig voor dat iemand bovenop zijn verstandelijke beperking nog andere problematiek krijgt zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, medische problemen of problemen in de sociale context (Kraijer & Plas, 2014). Deze vier soorten problematiek noemen we bijkomende problematiek. Elk soort bijkomende problematiek heeft verschillende symptomen en kunnen aanwezig zijn in verschillende aantallen en gradaties. Een combinatie van een verstandelijke beperking en een bijkomende problematiek levert vaak een complexe hulpvraag op (Moonen en Verstegen, 2006). Het is dan onduidelijk of de verstandelijke beperking, de bijkomende problematiek of een combinatie hiervan voor de gedragsproblemen zorgt. Het feit dat de cliënten met een verstandelijke beperking moeite hebben aan te geven wat zij voelen en waar zij hulp bij nodig hebben maakt de situatie extra lastig. Voor de begeleiding is het dan moeilijk om de oorzaak van de gedragsproblemen te achterhalen en dit kan resulteren in onjuist afgestemde begeleiding. Wanneer het voor de begeleiders wel helder is waar de gedragsproblemen vandaan komen kunnen de begeleiders zelf hun zorg beter afstemmen op de behoeften van de cliënt. Het helder krijgen van waar de gedragsproblemen bij de cliënt vandaan komen kan door middel van onderzoek naar de samenhang tussen de bijkomende problematiek en de gedragsproblemen. Zo kan duidelijk worden welke

bijkomende problematiek voor de meeste gedragsproblemen zorgt en kunnen de begeleiders van Careander vervolgens de zorg hier op aanpassen.

1.2 Probleemstelling

Careander heeft als zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking regelmatig te maken met de in de aanleiding beschreven situatie. Vooral bij de groep ambulante cliënten van Careander komt dit probleem regelmatig voor. Deze cliënten wonen meestal zelfstandig of soms bij hun familie, maar ondanks dat zij zelfstandig kunnen wonen hebben zij wel begeleiding nodig. Wanneer zij zich aanmelden bij Careander wordt er eerst vastgesteld of er sprake is van een verstandelijke beperking, dit is een vereiste voor (ambulante) cliënten die zich aanmelden bij Careander. Wanneer dit in het verleden al eens is vastgesteld door een andere zorginstelling hoeft Careander dit niet meer te doen en worden de desbetreffende resultaten overgedragen. Ondanks dat het heel erg belangrijk is om bij mensen met een verstandelijke beperking aanvullend diagnostisch onderzoek te doen (Kraijer & Plas, 2014), is er binnen Careander bij de ambulante cliënten vaak geen aanvullend diagnostisch onderzoek gedaan. Dit komt omdat dit niet binnen het zorgpakket van de cliënten valt en dus niet wordt verzekerd. Aanvullend diagnostisch onderzoek moeten de cliënten of hun families dus zelf betalen. Desondanks raadt Careander dit wel aan maar zien de cliënten en families er vaak vanaf vanwege de kosten. Careander heeft dus geen overzicht van bijkomende problematieken van hun ambulante cliënten maar heeft hier wel behoefte aan. Ook willen zij graag een overzicht van de gedragsproblemen van de ambulante cliënten om een concreet beeld te krijgen van het probleemgedrag van de cliënt. Vervolgens kan er met het overzicht van de bijkomende problematiek en de gedragsproblemen inzicht verkregen worden in wat de relatie is tussen de bijkomende problematiek en gedragsproblemen. Hiermee wordt er niet alleen veel inzicht verkregen in wat de problematiek en gedragsproblemen zijn, maar ook welke problematieken veel gedragsproblemen met zich meebrengen en welke juist niet. Wanneer dit onderzocht wordt kunnen de begeleiders van Careander zien welke bijkomende problematiek voor veel gedragsproblemen zorgt en zo kunnen zij vervolgens beter bepalen waar de zorg op ingezet wordt. Welke bijkomende problematiek voor de meeste gedragsproblemen zorgt daar zal de begeleider van de cliënt zich op gaan richten met het verlenen van zorg.

Voor een betere afstemming van de zorg heeft Careander baat bij een overzicht van de bijkomende problematieken (problematiek overzicht) van alle ambulante cliënten. Een dusdanig overzicht kan ook erg nuttig zijn voor de gemeente. Het is namelijk zo dat er sinds 2015 veel veranderd is in de zorg. Er is minder budget voor de zorg en het is nu de taak van de gemeentes om de zorg bij zorginstellingen in te kopen voor mensen die dat nodig hebben. De gemeentes bepalen wie er zorg krijgt en wie niet. Wanneer iemand zorg nodig heeft moet dit dus worden aangevraagd bij de gemeente. Er zijn voor deze vernieuwing ook nieuwe zorgwetten opgesteld. Ambulante cliënten van Careander vallen onder

de nieuwe wet WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning). Hieronder valt ondersteuning bij zelfredzaamheid en participatie, beschermd wonen en opvang, ondersteuning mantelzorg en cliëntondersteuning. Voor de gemeente is de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking onbekend. Hierdoor kunnen zij niet altijd goed inschatten wie welke zorg nodig heeft. Careander vreest dat de gemeente de ambulante cliënten geen zorg meer zal gaan geven, en dus buiten de WMO zullen plaatsen, omdat het in eerste instantie lijkt dat deze cliënten geen zorg nodig hebben. De ambulante cliënten kunnen in het dagelijks leven veel dingen zelfstandig en ze lijken of zijn soms zelfredzaam, maar bij deze groep mensen is er vaak sprake van overschatting in wat zij praktisch kunnen en/of wat zij emotioneel aankunnen (De Beer, 2011). Daarnaast is het feit dat een licht verstandelijke beperking geen uiterlijke kenmerken heeft, zoals dat bij syndroom van Down wel het geval is. Dit is een van de zaken die ervoor zorgen dat mensen met LVB sneller overschat worden (Rot, 2013). Met het problematiek overzicht van de ambulante cliënten kan Careander bij de gemeente aantonen welke problematiek er aanwezig is en kan worden aangetoond dat de cliënten de zorg hard nodig hebben.

1.3 Onderzoeksvraag

Careander heeft altijd als doelstelling om de best mogelijke zorg te leveren en zo goed mogelijk aan te sluiten op de wensen van de cliënten. Om dit te kunnen bereiken is het voor Careander belangrijk dat er helder wordt welke bijkomende problematiek er is en waar de gedragsproblemen van de cliënten vandaan komen. De doelstelling kan in dit onderzoek vertaald worden naar het helder krijgen van de bijkomende problematiek van de cliënten en het onderzoeken van het effect hiervan op de mate van gedragsproblemen die de cliënt laat zien. Aansluitend hierop kunnen de begeleiders van Careander bepalen waar de zorg op moet worden ingezet bij hun cliënt en hierdoor kunnen zij de zorg nog beter aanbieden. Het onderzoek richt zich dus niet op welke zorg er voor de ambulante cliënten moet komen, maar op het helder krijgen van de relatie tussen de bijkomende problematiek en de gedragsproblemen zodat Careander zelf weet waar zij hun zorg op in moeten zetten.

Dit heeft geleid tot de volgende hoofdvraag:

“Wat is de relatie tussen de bijkomende problematiek en de mate van gedragsproblemen bij de ambulante cliënten van Careander?”

Deze hoofdvraag bevat drie begrippen die hieronder verder worden toegelicht.

1. Bijkomende problematiek: Beperkingen die zich uiten in de volgende vormen: leerproblemen, psychiatrische stoornis, medischorganische problemen en problemen in gezin en sociale context. De beperking is geen direct gevolg van en hangt niet samen met de verstandelijke beperking.

2. Gedragsproblemen: Afwijkende gedragingen die voor de omgeving en/of de persoon zelf storend zijn.
3. Ambulante cliënten: Cliënten van Careander die zelfstandig of bij familie wonen en op afgesproken momenten zorg aan huis krijgen of naar Careander toe komen.

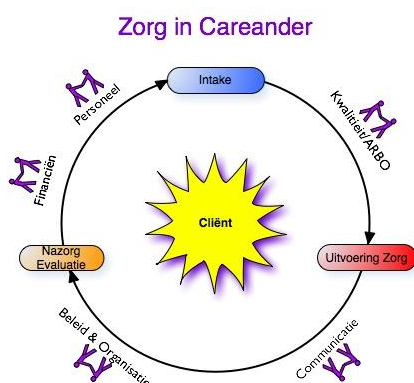
De hoofdvraag is groot, veelomvattend en bevat een aantal constructen. Hierom is deze vraag moeilijk om in één keer te beantwoorden. Om deze reden is de hoofdvraag opgedeeld in vijf deelvragen en kan door middel van het beantwoorden van de deelvragen, de hoofdvraag ook beantwoord worden. Dit zijn de deelvragen die na het vaststellen van de hoofdvraag zijn geformuleerd:

1. Wat zijn de bijkomende problematieken van de cliënten?
2. Welke gedragsproblemen komen voor bij de cliënten?
3. Zijn er meer gedragsproblemen naarmate er meer bijkomende problematiek aanwezig is?
4. Welk type bijkomende problematiek heeft de meeste invloed op gedragsproblemen?
5. Welk type bijkomende problematiek heeft de minste invloed op gedragsproblemen?

1.4 Organisatie

Careander is een Protestants Christelijke organisatie die zorg biedt voor mensen met een verstandelijke beperking. De verstandelijke beperkingen kunnen variëren tussen licht, matig en ernstig en ook meervoudige beperkingen komen voor. Careander biedt diverse vormen van ondersteuning. Deze ondersteuning wordt afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de cliënt. De visie van Careander is dat mensen met een beperking dezelfde rechten hebben als ieder ander. Iedereen wordt met respect en als een waardig individu behandeld. Er wordt uit gegaan van de door de cliënt aangegeven wensen, behoeften, keuzes en mogelijkheden. Careander levert een bijdrage aan de verbetering en het onderhouden van de kwaliteit van bestaan voor mensen met een verstandelijke beperking op de levensgebieden wonen, vrije tijd, werken, dagbesteding en sociale contacten (Careander, 2010)

Figuur 1: Zorg in Careander



Careander biedt huisvesting aan ongeveer aan 350 cliënten met een verstandelijke beperking en circa 400 cliënten maken gebruik van de faciliteiten op het gebied van dagbesteding. Daarnaast wordt er nog ambulante ondersteuning geboden aan een grote groep volwassenen en kinderen met hun ouders. Zij krijgen op afgesproken momenten zorg aan huis of komen hiervoor naar Careander toe. Ook voor de ambulante cliënten levert Careander een bijdrage aan de verbetering en het onderhouden van de kwaliteit van bestaan op de levensgebieden wonen, vrije tijd, werken, dagbesteding en sociale contacten Careander heeft ongeveer 850 personeelsleden.

1.5 Context

Dit onderzoek vindt plaats in een zorgcontext. De uitvoering van het onderzoek is vanuit de locatie van Careander, de informatie van cliënten is afkomstig uit digitale dossiers van Careander en de respondenten zijn allemaal werkzaam als ambulant begeleider bij Careander. Ook de doeleinden van dit onderzoek zijn gericht op de zorg bij Careander.

1.6 Doelstelling van het onderzoek

Vanuit Careander bestaat de vraag wat de bijkomende problematiek is van de ambulante cliënten en of er een relatie is tussen de bijkomende problematiek en de mate van gedragsproblemen. Het eerste doel van het onderzoek is voor Careander het krijgen van een overzicht van de bijkomende problematiek en de gedragsproblemen van al hun ambulante cliënten. Dit samen noemen we een collectief overzicht. Met dit collectief overzicht en een weergave van welke relatie bijkomende problematieken en gedragsproblemen hebben, kan Careander de zorg beter afstemmen op de cliënt door de zorg te richten op de problematiek die de meeste gedragsproblemen veroorzaakt.

Het tweede doel van het onderzoek is om met het collectief overzicht van de ambulante cliënten van Careander een bijdrage te leveren in de discussie met de gemeente over deze voor hen onbekende doelgroep. Met het overzicht kan Careander bij de gemeente concreet aantonen welke problematiek er speelt bij hun ambulante cliënten. Zo kan de gemeente zien wat de cliëntbeelden zijn en bepalen welke zorg daar bij hoort. Op deze manier kan er voorkomen worden dat de cliënten die overschat worden of die zelf niet goed hun zorgbehoefte aan kunnen geven niet buiten de WMO zullen vallen in de toekomst en dus niet zonder benodigde zorg zullen komen te zitten.

1.7 Opbouw onderzoeksrapport

In hoofdstuk twee komt het theoretisch kader van het onderzoek aan bod en hierbij wordt ook een conceptueel model weergegeven. In hoofdstuk drie wordt omschreven wat het onderzoeksdesign is. Hierbij komen de onderzoeksmethode, onderzoeksdoelgroep, onderzoeksinstrument, procedure en analyses aan bod. In hoofdstuk vier zijn de onderzoeksresultaten beschreven en in hoofdstuk vijf de aan de resultaten gekoppelde conclusies.

2. Theoretisch kader

In dit tweede hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag onderbouwd met wetenschappelijke theorie. Allereerst zal er een koppeling gemaakt worden tussen de theorie en de begrippen van het onderzoek. Daarnaast wordt de theorie aan de complete onderzoeksvraag gekoppeld met als ondersteuning een conceptueel model. Als laatste wordt aangegeven welke hypothesen er getoetst zullen worden met dit onderzoek.

2.1 Specifieke kenmerken van een licht verstandelijke beperking

Volgens de DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2000) wordt met een 'licht verstandelijke beperking' (LVB) mensen met een intelligentie quotiënt (IQ) tussen de 50 en 70 bedoeld. Dit gaat samen met een beperking in het sociaal aanpassingsvermogen. Echter pleit de Nederlandse praktijk ervoor om binnen deze definitie de nadruk te verschuiven van het IQ naar de mate van ondersteuningsbehoefte van de persoon. Hierdoor worden ook mensen met een IQ tussen de 70 en 85, wanneer zij beperkingen in hun sociaal aanpassingsvermogen ervaren, tot de groep 'licht verstandelijk beperkt' gerekend (Zoon, 2013). In de DSM-IV-TR (2000) wordt een IQ tussen de 70 en 85 benoemd tot 'zwakbegaafdheid' maar omdat er vaak maar weinig verschil zit tussen 'licht verstandelijk beperkt' en 'zwakbegaafd' houden we in dit onderzoek de voorkeur van de Nederlandse praktijk aan en wordt 'zwakbegaafd' ook tot 'licht verstandelijk beperkt' gerekend. Hier komt bij dat er in dit onderzoek gewerkt wordt aan de hand van het praktijk definitie schema van Moonen en Verstegen (2006) en in dit schema wordt een IQ tussen 50 en 85 tot een specifieke kenmerk van een verstandelijke beperking gerekend.

Niet alle mensen met een licht verstandelijke beperking, hierna mensen met een LVB genoemd, hebben dezelfde behoefte aan ondersteuning. Er is namelijk een grote groep mensen met een LVB die zich prima zelf kunnen redden in de maatschappij zonder daar ondersteuning nodig bij te hebben. Er zijn ook mensen met een LVB die naast hun beneden gemiddeld IQ en hun laag sociaal aanpassingsvermogen, bijkomende problematiek ervaren. Deze groep vertoont problematisch gedrag en heeft hierdoor ondersteuning nodig (Zoon, 2013).

Naast een beneden gemiddeld IQ en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen kan het hebben van een LVB ook betekenen dat er op andere leefgebieden beperkingen zijn. Deze beperkingen hangen met elkaar samen en grijpen op elkaar in (De Beer, 2011). Bij een LVB kunnen er beperkingen zijn op het cognitieve-, emotionele- en sociale domein. Er zal ingegaan worden op de drie domeinen.

Cognitieve domein

Uit onderzoek van De Beer (2011) en Kraijer en Plas (2014) is aangetoond dat het werkgeheugen van mensen met een LVB een vertraagde ontwikkeling doormaakt. Hieronder wordt het gelijktijdig opslaan en bewerken van informatie verstaan. In vergelijking met leeftijdsgenoten presteren jongeren met een LVB minder op alle onderdelen van het werkgeheugen (M.J. Van der Molen, Van Luit, Jongmans & M.W. Van der Molen, 2007). Het is aannemelijk dat dit ook geldt voor de volwassenen met een LVB. Doordat het werkgeheugen zo beperkt ontwikkeld is zijn de executieve functies ook minder ontwikkeld. Deze hebben als functie om te plannen, organiseren, het filteren van informatie en om impulsen onder controle te houden (Kan, Buitelaar & Van der Gaag, 2008). Mensen met een LVB hebben hierdoor weinig overzicht in situaties met veel prikkels en kunnen erg impulsief handelen. Ook zullen zij door moeite met oorzaak-gevolg denken, moeilijker leren van situaties. Door het beperkte werkgeheugen blijft ook het taalbegrip en taalgebruik achter in ontwikkeling. Dit resulteert in moeite hebben met begrijpen van wat er gezegd wordt en in het uitdrukken van emoties.

Emotionele domein

De emotionele ontwikkeling van mensen met een LVB stagneert veelal op het niveau van een schoolkind (De Beer, 2011). Volgens Vonk en Hosmar (2012) is de emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking vaak minder ontwikkeld dan het verstandelijk niveau of het taalniveau. Dit resulteert vaak in overvraging op emotioneel niveau. De basale emoties zoals blijdschap, boosheid en verdriet zijn goed ontwikkeld en zij kunnen deze ook gemakkelijk uiten. Wel is het lastig voor mensen met een LVB om te differentiëren binnen deze emoties. Dit uit zich bijvoorbeeld in dat mensen overmatig boos zijn in een situatie en dus moeilijk de mate van boosheid kunnen afstemmen op de situatie. Volgens De Beer (2011) blijven ook sociaal-emotionele vaardigheden die pas op een latere leeftijd tot (verdere) ontwikkeling komen, zoals empathie, geweten en seksualiteit, achter en zijn deze bij mensen met een LVB zodoende minder goed ontwikkeld. Ze kunnen zich moeilijk inleven in de gevoelens van een ander en doordat ze de interne moraliteit van normen en waarden moeilijk ontwikkelen weten ze minder goed wat goed of fout is.

Sociale domein

De sociale informatie verwerking gaat normaal gesproken volgens verschillende stappen. Als eerst wordt de informatie waar genomen, vervolgens wordt de informatie geïnterpreteerd, dan worden de emoties gereguleerd en wordt er afgewogen welke reacties mogelijk zijn (De Beer, 2011). Uit deze reacties wordt de meest passende gekozen en vervolgens wordt het gedrag laten zien wat in de situatie past. Bij mensen met een LVB verloopt de sociale informatie verwerking afwijkend en hierom reageren zij dus vaak anders op situaties dan anderen. Agressief of juist passief gedrag komt bij hen dus vaker voor wanneer dit niet gepast is. Een gevolg hiervan kan zijn dat zij minder geaccepteerd worden in de maatschappij. Volgens Nieuwenhuijzen et al. (2007) hebben LVB-kinderen met

gedragsproblemen vooral moeite met het correct waarnemen van informatie en met het spontaan genereren van adequate oplossingen in sociale probleemsituaties. Of volwassenen met een LVB en gedragsproblemen ook moeite hebben met het correct waarnemen van informatie is onbekend maar zeer waarschijnlijk.

2.2 Bijkomende problematiek

Mensen met een LVB hebben bovenop hun verstandelijke beperking vaak ook beperkingen op andere domeinen. Deze staan los van de cognitieve-, emotionele- en sociale domeinen die wel toegeschreven kunnen worden aan de verstandelijke beperking. De bijkomende problematiek zijn dus beperkingen op domeinen die los staan van de verstandelijke beperking en kunnen ook bij mensen zonder verstandelijke beperking optreden. Bijkomende problematiek kan zich uiten in vier domeinen: Leerproblemen, psychiatrische stoornis, medischorganische problemen en problemen in gezin en sociale context. Deze bijkomende problematieken kunnen problematisch gedrag opleveren en kunnen in verschillende mate aanwezig zijn. Hieronder zullen de bijkomende problematieken beschreven worden.

Leerproblemen

Er wordt gesproken van leerproblemen wanneer er een achterstand in de leerontwikkeling is (Rigter & Van Hintum, 2014). Hier is sprake van wanneer iemand onder het gemiddelde niveau presteert van de bevolking. Volgens het ICF (2002) is een leerprobleem een achterstand betreft het leren, het toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen. Bij mensen met een LVB zal dit vaak het geval zijn. Oorzaken van deze achterstand kunnen zijn: beneden gemiddelde cognitieve capaciteiten, doofheid, een achterstandsituatie thuis, een psychiatrische stoornis of een specifieke taal-, spraak- of leerstoornis. Het verschil tussen een leerprobleem en een leerstoornis is dat de achterstand bij een leerstoornis blijvend is en bij een leerprobleem kan de achterstand bijtrekken. Voorbeelden van leerstoornissen zijn dyslexie en dyscalculie.

Leerproblemen hebben vaak een negatief gevolg op de ontwikkeling. Zo gaan ze vaak samen met gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen (Ghesquière, 2015). De herhaalde ervaring met falen zorgt voor veel frustratie en kan resulteren in agressie. In een agressieve staat wordt er vaak gehandeld vanuit basale psychologische behoeften. Vooral bij mensen met een verstandelijke beperking is dit het geval omdat zij vaak een laag emotioneel ontwikkelingsniveau hebben en hierdoor al vaker geneigd zijn vanuit de basale psychologische behoeften te handelen. Mensen met een verstandelijke beperking hebben dus een grotere kans dat hun leerproblemen resulteren in gedragsproblemen. Volgens Aalders (2005) komt er bij mensen met leerproblemen twee keer zo vaak delinquent gedrag voor dan bij mensen zonder leerproblemen. Bij mensen met een verstandelijke beperking zou dit mogelijk nog meer zijn omdat zij vaker handelen vanuit basale psychologische behoeften.

Psychiatrische stoornis

Een psychiatrische stoornis is een gedrags- of psychologisch syndroom dat samengaat met actueel lijden of onvermogen (te kort schieten op een of meer belangrijke gebieden van het functioneren), of met een significant toegenomen risico om dood te gaan, pijn te lijden, of de persoonlijke vrijheid te verliezen (APA, 2000). Psychiatrische stoornissen zijn er in veel verschillende vormen en maten. De criteria voor psychiatrische stoornissen zijn hetzelfde voor mensen met of zonder een verstandelijke beperking en een diagnose wordt vaak gesteld door de klinische blik van een psycholoog of psychiater. Dit gebeurt vaak aan de hand van classificatie systeem zoals de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Stoornissen die vaak samengaan met een verstandelijke beperking zijn: Autisme Spectrum Stoornissen, hechtingsstoornissen en ADHD (Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2010). De stoornis autisme is pervasief, wat betekent dat de stoornis doordringt op alle leefgebieden. Bij normaal begaafde mensen levert deze stoornis al veel gedragsproblemen op. Wanneer autisme bij mensen met een verstandelijke beperking voorkomt is dit echter nog complexer. De dubbele diagnose 'autisme en een verstandelijke beperking' impliceert een complexe communicatieproblematiek. Door de aanwezigheid van de verstandelijke beperking is er sprake van vertraging in de ontwikkeling van communicatieve vaardigheden, maar gezien het autisme verloopt die ontwikkeling niet alleen vertraagd, maar ook ernstig verstoord. Wanneer er een verstoorde ontwikkeling optreedt kan dit leiden tot gedragsproblemen (Noens & Berckelaer-Onnes, 2002).

Een hechtingsstoornis komt vaak voor bij mensen met een verstandelijke beperking (Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2010). Wanneer het hechtingsproces tussen ouder en kind zeer ernstig verstoord wordt, kan dit blijvende gevolgen hebben voor de ontwikkeling van het kind en de relatie tussen ouder en kind. Men vat deze stoornissen samen onder de noemer 'hechtingsstoornissen' (Grietens, 2007). Hechtingsstoornissen resulteren vaak in de volgende gedragsproblemen: snel boos en agressief gedrag, afwijzend reageren op contact, teruggetrokkenheid en egocentrisch gedrag. Bij mensen met een verstandelijke beperking versterkt ADHD de beperking, waardoor men relatief vaker hulp nodig heeft. Andersom geldt ook dat bij een verstandelijke beperking symptomen van ADHD vaak sterker tot uiting komen. Mensen met een lagere intelligentie overzien hun gedrag wat minder goed dan mensen met een hoog IQ. Daardoor is het lastiger om jezelf bij te sturen (Expertisecentrum Verstandelijke Beperking, 2010). ADHD resulteert vaak in de volgende gedragsproblemen: onrust, concentratieproblemen en impulsief gedrag.

Medischorganische problemen

Dit is een beperking in de mobiliteit, zelfverzorging, of communicatie met lichamelijke oorzaak (ICF, 2002). Bij een beperking met lichamelijke oorzaak kan gedacht worden aan mensen die slecht ter been zijn of zelfs met een verlamming. Dit kan er voor zorgen dat mensen niet meer (zelfstandig) kunnen doen wat ze graag willen doen en dit kan voor veel frustratie en beperkingen zorgen. Verder kan het er

voor zorgen dat mensen zich zelf niet meer kunnen verzorgen of dat zij beperkt zijn in het huishouden. Ook is een beperking van de communicatie met lichamelijke oorzaak mogelijk. Dit is vaak het geval bij spraakstoornissen. Al deze beperkingen kunnen ook in combinaties voor komen.

Problemen in gezin en sociale context

Met problemen in gezin en sociale context wordt bedoeld dat zowel de gezinssituatie als vrienden of kennissen schadelijk kunnen zijn voor iemands functioneren. Zo kan de gezinssituatie afstotelijk zijn waardoor iemand thuis ontvlucht en niet de juiste begeleiding van ouders krijgt. Ook kunnen vrienden een slechte invloed hebben op iemands gedrag. Wanneer vrienden crimineel gedrag vertonen wil men meestal meedoen en niet achterblijven waardoor mensen zelf crimineel gedrag gaan vertonen (Rigter & Van Hintum, 2014).

Wanneer er sprake is van een positieve en steunende sfeer in de familie kan dit een positieve invloed hebben op iemand. Zo blijkt uit een onderzoek van Helsen, Vollebergh en Meeus (1997) dat ouderlijke steun bij alle leeftijden een positief effect heeft op het welbevinden. Voornamelijk het emotioneel welbevinden ondervindt hier positieve gevolgen van. Ouderlijke steun levert dus een positiever emotioneel welbevinden op en is dus een beschermingsfactor tegen gedragsproblemen (Helsen, Vollebergh en Meeus, 1997).

2.3 Gedragsproblemen

Gedragsproblemen kunnen zich op veel verschillende manieren uiten en ze zijn er in verschillende gradaties. In dit onderzoek gebruiken we voor gedragsproblemen de volgende definitie: Afwijkende gedragingen die voor de omgeving en/of de persoon zelf storend zijn. Zoals hiervoor al gezegd is komen gedragsproblemen op veel verschillende manieren voor en hieronder volgt een overzicht van de gedragsproblemen die met het meetinstrument van dit onderzoek (ABCL) gemeten kunnen worden. De gedragsproblemen die gemeten worden door de ABCL beslaan gezamenlijk een breed veld en zijn veel voorkomende gedragsproblemen (Aseba, 2015). Hierdoor is de kans klein dat er andere gedragsproblemen over het hoofd worden gezien.

- Depressiviteit
- Angst
- Teruggetrokkenheid
- Somatische klachten
- Denkproblemen
- Intrusief gedrag
- Regel overtredend gedrag
- Aandacht problemen
- Agressiviteit

- Rest categorie

2.4 Onderzoeksvraag, deelvragen en hypothesen

De onderzoeksvraag is als volgt:

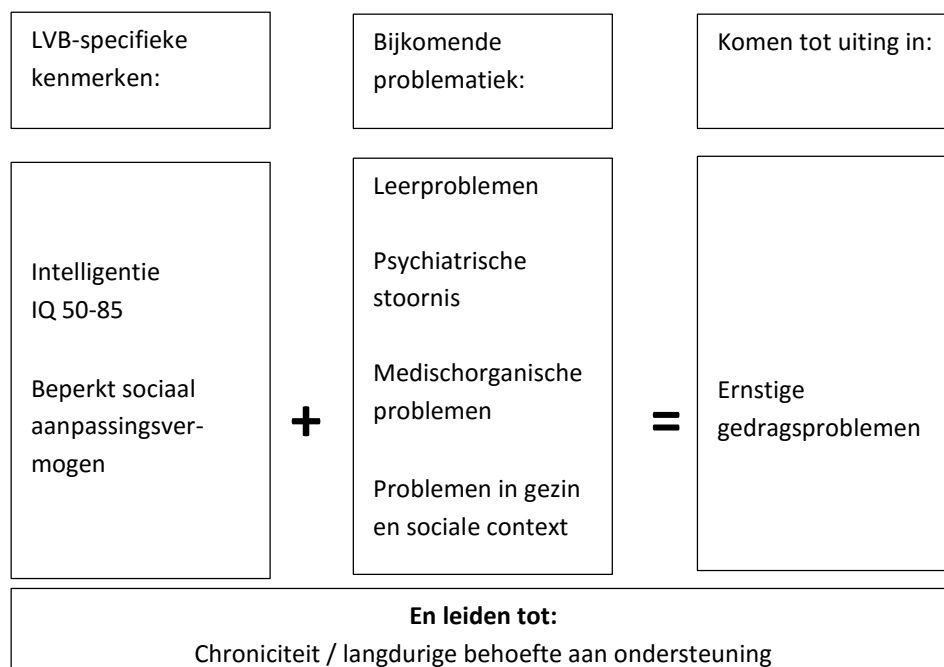
“Wat is de relatie tussen de bijkomende problematiek en de mate van gedragsproblemen bij de ambulante cliënten van Careander?”

Deze onderzoeksvraag heeft na het literatuuronderzoek tot 7 hypothesen geleid.

- Hypothese 1: Van de bijkomende problematiek zullen leerproblemen het vaakst voorkomen bij de cliënten.
- Hypothese 2: Van de psychiatrische stoornissen zullen ASS, ADHD en hechtingsstoornissen het vaakst voorkomen bij de cliënten.
- Hypothese 3: Van de gedragsproblemen komt agressiviteit het meest voor.
- Hypothese 4: De schaal ‘Persoonlijke sterke punten’ heeft een negatieve samenhang met de gedragsproblemen.
- Hypothese 5: Er zijn meer gedragsproblemen naarmate er meer bijkomende problematiek aanwezig is.
- Hypothese 6: De bijkomende problematiek ‘Psychiatrische stoornissen’ heeft de meeste invloed op de hoeveelheid gedragsproblemen.
- Hypothese 7: De bijkomende problematiek ‘Medischorganische problemen’ heeft de minste invloed op de hoeveelheid gedragsproblemen.

2.5 Conceptueel model

Figuur 2: Schematisch overzicht kenmerken praktijkdefinitie LVB



2.6 Aanzet tot de opzet van het onderzoek

Om de informatie te krijgen van de cliënten over hun al aanwezige bijkomende problematiek is er toegang nodig tot eerdere onderzoeken en persoonsbeschrijvingen van de cliënt. Deze informatie kan gevonden worden in een dossier. Aan de hand van het dossier is het mogelijk om te zien welke problematiek er door de jaren heeft gespeeld bij de cliënt.

Het verzamelen van de informatie over de gedragsproblemen kan door middel van een vragenlijst die afgenomen kan worden bij iemand die de cliënt goed kent bijvoorbeeld bij familie of begeleiders.

Aangezien het onderzoek betrekking heeft tot de ambulante cliënten van Careander is het voor de hand liggend dat de bijkomende problematiek en gedragsproblemen onderzocht gaan worden bij de ambulante cliënten van Careander.

3. Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk wordt allereerst de onderzoeksmethode beschreven en praktisch en inhoudelijk verantwoord. Vervolgens wordt de onderzoeksdoelgroep en het onderzoeksinstrument beschreven. Tot slot wordt de procedure en de analyse beschreven die in dit onderzoek van toepassing zijn.

3.1 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek naar de relatie tussen de bijkomende problematiek en de gedragsproblemen van de ambulante cliënten van Careander zal bestaan uit zowel kwalitatief onderzoek als kwantitatief onderzoek. Het voornaamste deel van het onderzoek zal uit kwantitatief onderzoek bestaan. Het kwalitatieve onderzoek zal zich door middel van dossieronderzoek richten op het verkrijgen van een overzicht van de bijkomende problematiek van de ambulante cliënten van Careander. Deze gegevens zullen worden gebruikt om deelvraag 1, 3, 4 en 5 te beantwoorden. Het kwantitatieve onderzoek zal zich door middel van een survey onderzoek richten op het verkrijgen van de mate van gedragsproblemen die aanwezig is bij de ambulante cliënten van Careander. Deze gegevens zullen worden gebruikt om deelvraag 2, 3, 4 en 5 te beantwoorden.

De reden dat er gekozen is om de gegevens over de bijkomende problematiek door middel van kwalitatief onderzoek te verzamelen is dat deze gegevens al beschikbaar zijn in de cliëntdossiers van Careander. Het zal onnodig veel tijd in beslag nemen wanneer deze gegevens via een vragenlijst bij de begeleiders van de cliënten zouden worden uitgevraagd terwijl de gegevens al beschikbaar zijn in het cliëntdossier. Kwalitatief onderzoek in de vorm van een dossieronderzoek is hier dus de meest volledige en efficiënte methode. Wel zullen de kwalitatieve gegevens zoveel mogelijk omgezet worden naar kwantitatieve gegevens zodat alle gegevens uiteindelijk met elkaar vergeleken en geanalyseerd kunnen worden. De reden dat er gekozen is om de gegevens van de gedragsproblemen door middel van kwantitatief onderzoek te verzamelen is dat deze gegevens nog niet beschikbaar zijn in de cliëntdossiers van Careander en omdat kwantitatieve gegevens goed te vergelijken zijn met elkaar. Het afnemen van een vragenlijst bij de begeleiders van de cliënten is hier dus de meest volledige en efficiënte methode van onderzoek. De deelvragen 3, 4 en 5 zullen beantwoord worden aan de hand van de Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt waarmee samenhang gemeten wordt tussen de constructen uit de deelvragen. Hierover wordt meer informatie gegeven in paragraaf 3.5.

3.2 Onderzoeksdoelgroep

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle ambulante cliënten van Careander die tot op heden onder de WMO vallen. Dit zijn cliënten die zorg van Careander krijgen in de vorm van ondersteuning bij zelfredzaamheid en participatie, beschermd wonen en opvang, ondersteuning mantelzorg en cliëntondersteuning. Ook hebben de cliënten uit de onderzoekspopulatie een licht verstandelijke beperking of zijn zwak begaafd. De totale populatie bestaat uit 82 ambulante cliënten die aan deze

criteria voldoen. De persoonlijke begeleiders van de cliënten zullen de vragenlijst invullen aangezien de cliënten hiervoor vaak niet de cognitieve capaciteiten hebben.

3.3 Onderzoeksinstrument

Dit onderzoek zal bestaan uit een kwantitatief surveyonderzoek en een kwalitatief dossieronderzoek. Voor het kwantitatief surveyonderzoek zal gebruik worden gemaakt van de ABCL (Adult Behavior Checklist). De ABCL is een gedragsvragenlijst voor volwassenen van 18-59 jaar die gedragsproblematiek meet in de afgelopen 6 maanden (Aseba, 2015).

De ABCL bestaat uit twee delen.

1. Een competentiedeel met vragen over onder andere de opleiding, het werk en vrienden van de volwassene.
2. Een deel over emotionele- en gedragsproblemen met 126 stellingen over het gedrag van de volwassene, bijvoorbeeld “Is te vergeetachtig”. De stellingen kunnen met 0 (helemaal niet), 1 (een beetje of soms) of 2 (duidelijk of vaak) beantwoord worden.

Alleen het tweede deel zal in dit onderzoek worden gebruikt omdat de informatie van deel 1 al bekend is bij Careander en dit is terug te vinden in de cliëntdossiers.

Bij de ABCL worden schalen over Adaptief functioneren, Syndroomschalen en DSM-schalen berekend.

Schalen over adaptief functioneren

1. Vrienden
2. Echtgeno(o)t(e)/partner
3. Persoonlijke sterke punten

Syndroomschalen

1. Angstig/depressief
2. Teruggetrokken
3. Lichamelijke klachten
4. Denkproblemen
5. Aandachtsproblemen
6. Agressief gedrag
7. Regel overtredend gedrag
8. Intrusief

DSM-schalen

(gebaseerd op gedragsvragen die overeenkomen met de criteria volgens de DSM-IV-TR)

1. Depressieve problemen
2. Angstproblemen
3. Lichamelijke problemen
4. Ontwikkende persoonlijkheidsproblemen
5. Aandachtstekort/Hyperactiviteitproblemen
 - AD/H problemen Inattentie
 - AD/H problemen Hyperactiviteit/Impulsiviteit
6. Antisociale persoonlijkheidsproblemen

Voor dit onderzoek worden alleen de syndroomsschalen en de schaal ‘Persoonlijke sterke punten’ gebruikt. Van elke schaal wordt een Percentielscore en een T-score berekend. De Percentielscore geeft een score op een schaal van 1 (weinig aanwezig) tot 10 (veel aanwezig) en de T-score geeft een totale score in punten dat is aangevinkt op de vragenlijst. Op basis van de T-scores wordt de problematiek van de cliënt ingedeeld als normaal, subklinisch of klinisch (Aseba, 2015). De afnameduur is 15 tot 20 minuten.

Voor het kwalitatief dossieronderzoek wordt informatie gehaald uit de bestaande cliëntdossiers, deze bestaan uit ZOP's (zorg ondersteuningsplannen), onderzoekgegevens en intakegegevens. Wanneer een cliënt een bijkomende problematiek heeft uit het schema van Moonen en Verstegen (2006) dan wordt deze gemarkeerd als aanwezig.

De informatie wordt verzameld aan de hand van de onderstaande definities van de vier bijkomende problematieken. Wanneer een cliënt aan een definitie van een bijkomende problematiek voldoet dan wordt deze problematiek als aanwezig gemarkeerd.

Leerproblemen: Een achterstand betreft het leren, het toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen (ICF, 2002).

Psychiatrische stoornis: De diagnose van de orthopedagoog wordt gebruikt. In de literatuur wordt niet beschreven hoe een psychiatrische stoornis herkend kan worden bij mensen met een verstandelijke beperking.

Medisch organische problemen: Beperking in de mobiliteit, zelfverzorging, huishouding of communicatie met lichamelijke oorzaak (ICF, 2002).

Problemen in gezin en sociale context: Factoren vanuit de sociale leefomgeving die storend zijn voor het welzijn en de ontwikkeling van de cliënt.

De kwalitatieve gegevens zullen uiteindelijk zo veel als mogelijk is kwantitatief worden gemaakt. Hierdoor kunnen de gegevens aan elkaar gekoppeld en geanalyseerd worden.

3.4 Onderzoeksprocedure

Voorafgaand aan het onderzoek zal er een mail verstuurd worden naar de begeleiders van de ambulante cliënten waarin het onderzoek wordt aangekondigd en dat het van belang is voor Careander dat iedereen meewerkt aan het onderzoek. Vervolgens zal de vragenlijst digitaal naar de begeleiders van de ambulante cliënten gestuurd worden met daarbij een digitale brief waarin het doel en het verloop van het onderzoek staat beschreven. Ook zal er benadrukt worden dat meewerken aan het onderzoek van groot belang is voor de cliënt zelf om zo de benodigde zorg te kunnen waarborgen. Omdat zowel de organisatie als de cliënt veel baat heeft bij het onderzoek wordt er gerekend op de medewerking aan het onderzoek. De begeleiders krijgen het verzoek om de vragenlijst in te vullen en deze digitaal of hard copy te retourneren. Er wordt rekening gehouden met het vele werk wat in zeer weinig beschikbare tijd verricht moet worden bij de begeleiders. Hierdoor kan het zijn dat de mail vergeten wordt. Om deze reden wordt er na vijf werkdagen een reminder gestuurd. Mocht er op deze reminder niet gereageerd worden dan wordt er telefonisch contact gezocht. Het invullen van een vragenlijst kan voor de begeleiders te veel tijd in beslag nemen en er zullen een aantal niet de mogelijkheid hebben om de vragenlijst in te vullen. Er wordt gestreefd naar een responsie van 50%.

3.5 Analyse

De analyse van de resultaten zal gedaan worden aan de hand van het statistiek programma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Alle informatie van de bijkomende problematiek en de ABCL zullen in dit programma worden gezet en op deze wijze allemaal in kwantitatieve vorm te analyseren zijn. Als de vragen en antwoorden in SPSS staan zal de vragenlijst en zijn schalen eerst homogeen worden gemaakt. Dit betekent dat de vragenlijst en zijn schalen hetzelfde construct meten, ook wel constructvaliditeit genoemd. De homogeniteit van een vragenlijst of schaal kan worden gemeten aan de hand van een itemanalyse. Bij een itemanalyse wordt er nagegaan of er vragen zijn die de homogeniteit verstoren. Vragen die de homogeniteit verstoren kunnen eventueel verwijderd worden. De mate van homogeniteit wordt uitgedrukt in een Chronbach's Alpha, die kan variëren van 0 (helemaal niet) tot 1.0 (perfect homogeen) (Baarda, De Goede & Van Dijkum, 2011). Er wordt gestreefd naar een Chronbach's Alpha van minimaal 0,6.

Nadat de homogeniteit is bepaald wordt de samenhang van de constructen uit de deelvragen en onderzoeksvraag gemeten door middel van de Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt (rs). De rs is een

statistische grootheid voor de mate waarin er een verband bestaat tussen de rangordes van twee ordinale variabelen (Baarda, De Goede & Van Dijkum, 2011). In SPSS zijn de bijkomende problematiek en de gedragsproblemen twee ordinale variabelen. De waarde van r_s kan variëren van -1,00 tot +1,00. Als $r_s = +1,00$, is er een perfect positief verband tussen beide variabelen, dat betekent dat de rangorde van variabele X gelijk is aan de rangorde van variabele Y. Er is dus geen verschil in rangorde. Bij een perfect negatief verband, dus $r_s = -1,00$ gaat de hoogste rangscore op variabele X perfect samen met de laagste rangscore van variabele Y en andersom. Als $r_s = 0$ dan is er geen verband (Baarda, De Goede & Van Dijkum, 2011). Bij het meten van de r_s zal aangegeven worden in hoeverre de uitkomst significant is en dus niet op toeval berust.

De Chronbach's Alpha en de Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt kunnen als volgt geïnterpreteerd worden:

< 0,3	= zeer zwak
0,3 - 0,5	= zwak
0,5 - 0,7	= matig
0,7 - 0,85	= sterk
0,85- 0,95	= zeer sterk
> 0,95	= uitzonderlijk sterk

Er zal door de statistische analyse antwoord gegeven worden op de gestelde hypothesen. Elke hypothese zal apart worden beantwoord. Hieronder wordt bij elke hypothese beschreven welke statistische handeling er wordt verricht om deze te beantwoorden.

Hypothese 1: Van de bijkomende problematiek zullen leerproblemen het vaakst voorkomen bij de cliënten.

Met een frequentieverdeling wordt er een overzicht gegeven van de scores op een variabele. Deze toont aan hoe vaak iedere waarde of categorie van een variabele voorkomt (Baarda, De Goede, Van Dijkum, 2011). Hiermee kan dus aangetoond worden hoe vaak elke bijkomende problematiek voorkomt. De scores worden met elkaar vergeleken en zo kan er bepaald worden of leerproblemen het vaakst voorkomt bij de cliënten. Wanneer leerproblemen het vaakst voorkomen zal de hypothese worden aangenomen.

Hypothese 2: Van de psychiatrische stoornissen zullen ASS, ADHD en hechtingsstoornissen het vaakst voorkomen bij de cliënten.

Deze hypothese wordt op dezelfde manier getoetst als hypothese 1, door middel van een frequentieverdeling. Het voorkomen van alle psychiatrische stoornissen zal worden vergeleken met elkaar. Zo wordt aangetoond welke stoornis het vaakst voorkomt bij de cliënten. Wanneer ASS, ADHD en hechtingsstoornissen het vaakst voorkomen zal de hypothese worden aangenomen.

Hypothese 3: Van de gedragsproblemen komt agressiviteit het meest voor.

Ook deze hypothese wordt getoetst door het maken van een frequentieverdeling. De schalen van de ABCL zullen hierin worden vergeleken met elkaar en zo kan worden bepaald of op de schaal agressiviteit gemiddeld het hoogst wordt gescoord. De hypothese wordt aangenomen wanneer het gemiddelde van de schaal agressiviteit het hoogst is van alle schalen.

Hypothese 4: De schaal ‘Persoonlijke sterke punten’ heeft een negatieve samenhang met de gedragsproblemen.

Allereerst zal er een gemiddelde van de schaal ‘Persoonlijke sterke punten’ genomen worden. Vervolgens zal deze samen met het gemiddelde van alle gedragsproblemen geanalyseerd worden door middel van de Spearman’s rangcorrelatiecoëfficiënt. Hiermee kan worden aangetoond of er sprake is van een samenhang en of deze positief of negatief is. Tevens wordt er gemeten of de samenhang significant is. De hypothese zal worden aangenomen wanneer er sprake is van een negatieve samenhang tussen de twee variabelen en deze ook significant is.

Hypothese 5: Er zijn meer gedragsproblemen naarmate er meer bijkomende problematiek aanwezig is.

Om deze hypothese te meten zal er van de variabele ‘gedragsproblemen’ een gemiddelde berekend worden omdat deze uit meerdere vragen bestaat. Bij de variabele ‘bijkomende problematiek’ is dit niet het geval. Vervolgens wordt er aan de hand van de Spearman’s rangcorrelatiecoëfficiënt een samenhang berekend tussen de bijkomende problematiek en het gemiddelde van de gedragsproblemen. De hypothese zal worden aangenomen wanneer er een positieve samenhang zal zijn tussen de twee variabelen en deze significant is.

Hypothese 6: De bijkomende problematiek ‘Psychiatrische stoornissen’ heeft de meeste invloed op de hoeveelheid gedragsproblemen.

Om deze hypothese te meten zal er net als bij de vorige hypothese van de variabele ‘gedragsproblemen’ een gemiddelde gebruikt worden omdat deze uit meerdere vragen bestaat. Bij de

variabelen 'Leerproblemen', 'Psychiatrische stoornissen', 'Medischorganische problemen' en 'Problemen in gezin en sociale context' is dit niet het geval. Vervolgens wordt er aan de hand van de Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt één voor één samenhang berekend tussen de variabelen 'Leerproblemen', 'Psychiatrische stoornissen', 'Medischorganische problemen' en 'Problemen in gezin en sociale context' met het gemiddelde van de variabele 'Gedragsproblemen'. De hypothese zal worden aangenomen wanneer blijkt dat de psychiatrische stoornissen de meeste samenhang (positief of negatief) hebben met gedragsproblemen. Deze samenhang moet echter wel significant zijn.

Hypothese 7: De bijkomende problematiek 'Medischorganische problemen' heeft de minste invloed op de hoeveelheid gedragsproblemen.

Deze hypothese wordt hetzelfde gemeten als de hypothese hiervoor. Echter wordt deze hypothese pas aangenomen als blijkt dat de medischorganische problemen de kleinste samenhang (positief of negatief) hebben met gedragsproblemen. Deze samenhang moet echter wel significant zijn.

4. Onderzoeksresultaten

Dit hoofdstuk staat in het teken van de onderzoeksresultaten. Eerst komt het verloop van het onderzoek aan bod. Daarna worden de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek beschreven.

4.1 Uitvoering van het onderzoek

De onderzoeksperiode is over het algemeen goed verlopen. Het versturen van de vragenlijsten naar de begeleiders van de ambulante cliënten ging vlot en probleemloos. Wel werd er van enkele begeleiders een automatische mail terug ontvangen met de boodschap dat ze op vakantie waren. Dit heb ik genoteerd en de mail is naar hen opnieuw verstuurd wanneer ze terug waren van vakantie. Na het versturen van de mails werd er gestart met het dossieronderzoek voor het verkrijgen van de informatie over de aanwezigheid bijkomende problematiek bij de ambulante cliënten. Het verzamelen van deze informatie ging goed al kostte het wel veel tijd. Dit komt omdat de dossiers vaak behoorlijk uitgebreid waren. De informatie in de dossiers stond helder beschreven zodat het niet moeilijk was om de informatie te interpreteren.

De opgestuurde vragenlijsten stroomden inmiddels mondjesmaat binnen. Af en toe was er een vraag van een begeleider over de mate van anonimiteit van de cliënt in dit onderzoek. Ook na het beantwoorden van deze vragen en het versturen van herinneringsmails bleef de respons gering. Vervolgens is er overleg geweest met de afstudeerbegeleider en is er besloten dat zij een mail zou sturen naar de begeleiders waarin ze duidelijkheid zou geven over de anonimiteit en nogmaals het belang van het onderzoek zou benadrukken. Helaas bleef de respons lager dan verwacht. Na nogmaals overleg gaf de afstudeerbegeleider aan dat we het hier maar bij moesten laten.

De ontvangen vragenlijsten bleken in alle gevallen volledig te zijn ingevuld en hierdoor ook bruikbaar. Het invoeren van de data in SPSS ging gemakkelijk. Toen alle data was ingevoerd in SPSS kon het analyseren beginnen.

4.2 Respons

In totaal zijn er 82 ambulante cliënten bij Careander die onder de WMO vallen. Van de 82 zijn er in totaal 32 vragenlijsten ontvangen. Dit is helaas een lage responsie en minder dan de gehoopte 50% respons. Hierdoor kunnen de resultaten van het onderzoek niet zonder voorzichtigheid gegeneraliseerd worden naar de gehele populatie. Van de begeleiders uit team Midden is op twee vragenlijsten na alles ontvangen. Van de rest van de regio teams (Noord en West) zijn enkele of geen vragenlijsten

ontvangen. De reden van de lage respons is onduidelijk. Waarschijnlijk waren de begeleiders te druk om tijd vrij te maken voor het invullen van de vragenlijsten.

4.3 Resultaten dossieronderzoek

De resultaten van het dossieronderzoek zijn erg uitlopend. Bij drie cliënten zijn er leerproblemen aanwezig, bij vijftien cliënten is er minimaal één psychiatrische stoornis aanwezig, bij elf cliënten zijn er medischorganische problemen en bij elf cliënten zijn er problemen in gezin en sociale context. De leerproblemen bestaan uit zeer zwak taalbegrip en zeer zwak numeriek begrip. Wat de psychiatrische stoornissen betreft is er meer verdeeldheid. Veel voorkomende psychiatrische stoornissen zijn de Autisme Spectrum Stoornis (ASS), depressieve stoornis, paniekstoornis en Posttraumatische Stressstoornis (PTSS). Een aantal medischorganische problemen die voorkomen zijn slechthoortendheid, epilepsie, astma en artrose. Problemen in gezin en sociale context die voorkomen zijn weinig sociale contacten, problemen in primaire steungroep en werkproblemen.

4.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Om de interne validiteit van de vragenlijst vast te stellen zijn de schalen van de vragenlijst gemeten op constructvaliditeit. Dit geeft aan in hoeverre er hetzelfde construct wordt gemeten binnen de schalen. Deze toetsing is door middel van itemanalyse uitgevoerd aan de hand van de betrouwbaarheidsmaat Chronbach's Alpha (α). Bij deze toetsing is gebleken dat de schaal 'Denkproblemen' over onvoldoende homogeniteit beschikt en behaalt een waarde van $\alpha = 0,48$. Hiermee heeft de schaal een zwakke homogeniteit. Zelfs na determinering van de zwakste vragen resulteerde dit hoogstens in $\alpha = 0,54$ en hiermee is de homogeniteit matig maar niet hoog genoeg. Er is voor gekozen om deze schaal niet mee te nemen in de resultatenanalyse om zo de constructvaliditeit van de vragenlijst te waarborgen. De Chronbach's Alpha scores van de schalen zijn: Sterke Punten ($\alpha = 0,69$), Angstig/depressief ($\alpha = 0,84$), Teruggetrokken ($\alpha = 0,82$), Lichamelijke klachten ($\alpha = 0,79$), Aandacht problemen ($\alpha = 0,79$), Agressiviteit ($\alpha = 0,86$), Regel overtredend gedrag ($\alpha = 0,76$) en Intrusief gedrag ($\alpha = 0,78$). Alle schalen die meegenomen worden in de resultatenanalyse hebben een Chronbach's Alpha waarde die hoger is dan 0,6. Dit betekent dat de schalen intern valide zijn.

Om te bepalen of de vragenlijst in zijn geheel ook intern valide is wordt de homogeniteit tussen de schalen gemeten. Dit gebeurt ook aan de hand van de Chronbach's Alpha. Alle schalen gezamenlijk hebben een Chronbach's Alpha waarde van 0,81. Dit betekent dat de vragenlijst een sterke homogeniteit heeft en intern valide is.

4.5 Toetsing van de hypothesen

Hypothese 1: Van de bijkomende problematiek zullen leerproblemen het vaakst voorkomen bij de cliënten.

Na uitvoering van de frequentieverdeling worden de volgende resultaten gegeven.

Tabel 1: Zijn er leerproblemen aanwezig?

	Frequentie
Nee	29
Ja	3
Totaal respons	32

Tabel 2: Is er een psychiatrische stoornis aanwezig?

	Frequentie
Nee	17
Ja	15
Totaal respons	32

Tabel 3: Zijn er medischorganische problemen aanwezig?

	Frequentie
Nee	21
Ja	11
Totaal respons	32

Tabel 4: Zijn er problemen in gezin en sociale context?

	Frequentie
Nee	21
Ja	11
Totaal respons	32

Bij 32 cliënten komen leerproblemen 3 keer voor, psychiatrische stoornissen komen 15 keer voor, medischorganische problemen komen 11 keer voor en problemen in het gezin en sociale context komen ook 11 keer voor. Met deze uitslag wordt de hypothese verworpen.

Hypothese 2: Van de psychiatrische stoornissen zullen ASS, ADHD en hechtingsstoornissen het vaakst voorkomen bij de cliënten.

Na uitvoering van de frequentieverdeling worden de volgende resultaten gegeven

Tabel 5: Drie psychiatrische stoornissen met de meeste frequentie?

	Frequentie
ASS	9
Depressieve stoornis	4
Paniekstoornis	2

Bij de 32 cliënten komt ASS 9 keer voor, depressieve stoornissen komen 4 keer voor en paniekstoornissen komen 2 keer voor. ADHD en hechtingsstoornissen komen niet voor bij de 32 cliënten. Met deze uitslag wordt de hypothese verworpen.

Hypothese 3: Van de gedragsproblemen komt agressiviteit het meest voor.

Na uitvoering van de frequentieverdeling worden de volgende resultaten gegeven

Tabel 6: Gemiddelde scores op de schalen

Schaal	Gemiddelde score
Angstig/depressief	1,61
Teruggetrokken	1,66
Lichamelijke klachten	1,25
Aandacht problemen	1,80
Agressiviteit	1,47
Regel overtredend gedrag	1,44
Intrusief gedrag	1,56

Op basis van de resultaten van de frequentieverdeling kan geconcludeerd worden dat van de gedragsproblemen de agressiviteit met een gemiddelde score van 1,47 niet het meeste voorkomt, maar aandacht problemen komen het meest voor met een gemiddelde score van 1,80. Met deze uitslag wordt de hypothese verworpen.

Hypothese 4: De schaal ‘Persoonlijke sterke punten’ heeft een negatieve samenhang met de gedragsproblemen.

Na het berekenen van de Spearman’s rangcorrelatiecoëfficiënt met de variabelen ‘Persoonlijke sterke punten’ en ‘Gedragsproblemen’ wordt het volgende resultaat gegeven.

Tabel 7: Rs van Persoonlijke sterke punten en Gedragsproblemen

	Persoonlijke sterke punten
Gedragsproblemen	Correlatie Coëfficiënt: -,70**
	Significantie: ,00
	Normgroep: 32

** Correlatie is significant bij 0.01 of minder

Uit de resultaten is op te maken dat er sprake is van een matige/sterke negatieve samenhang tussen de variabelen ‘Persoonlijke sterke punten’ en ‘Gedragsproblemen’. Tevens is de samenhang significant. Met deze uitslag wordt de hypothese aangenomen.

Hypothese 5: Er zijn meer gedragsproblemen naarmate er meer bijkomende problematiek aanwezig is.

Na het berekenen van de Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt met de variabelen 'Gedragsproblemen' en 'Bijkomende problematiek' wordt het volgende resultaat gegeven.

Tabel 8: Rs van Gedragsproblemen en Bijkomende problematiek

	Bijkomende problematiek
Gedragsproblemen	Correlatie Coëfficiënt: -,05**
	Significantie: ,77
	Normgroep: 32

** Correlatie is niet significant

Uit de resultaten is op te maken dat er sprake is van een zeer zwakke negatieve samenhang tussen de variabelen 'Gedragsproblemen' en 'Bijkomende problematiek'. Tevens is de samenhang niet significant. Met deze uitslag wordt de hypothese verworpen.

Hypothese 6: De bijkomende problematiek 'Psychiatrische stoornissen' heeft de meeste invloed op de hoeveelheid gedragsproblemen.

Na het berekenen van de Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt met de variabelen 'Gedragsproblemen' en 'Leerproblemen', 'Psychiatrische stoornis', 'Medischorganische problemen' en 'Problemen in gezin en sociale context' wordt het volgende resultaat gegeven.

Tabel 9: Rs van Gedragsproblemen en variabelen Bijkomende problematiek

	Leerproblemen	Psychiatrische stoornis	Medischorganische problemen	Problemen in gezin en sociale context
Gedragsproblemen	Rs: -,30** Sig.: ,09 Normgroep: 32	Rs: ,12** Sig.: ,50 Normgroep: 32	Rs: -,17** Sig.: ,35 Normgroep: 32	Rs: ,27** Sig.: ,14 Normgroep:32

** Correlatie is niet significant

Uit de resultaten is op te maken dat geen van correlaties significant zijn en dat de variabele 'Leerproblemen' de meeste invloed heeft op de hoeveelheid gedragsproblemen en dus niet de variabele 'Psychiatrische stoornissen', die de minste invloed heeft. Met deze uitslag wordt de hypothese verworpen.

Hypothese 7: De bijkomende problematiek 'Medischorganische problemen' heeft de minste invloed op de hoeveelheid gedragsproblemen.

Aan de hand van tabel 12 kan geconcludeerd worden dat de variabele 'Psychiatrische stoornis' de minste invloed heeft op de hoeveelheid gedragsproblemen en dus niet de variabele

‘Medischorganische problemen’, die op één na de minste invloed heeft. Met deze uitslag wordt de hypothese verworpen.

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zijn op basis van de onderzoeksresultaten de conclusies beschreven die getrokken kunnen worden na de beantwoording van de deelvragen en de onderzoeksvraag. Tevens zijn de beperkingen van het onderzoek beschreven en wordt er een basis gelegd voor de aanbevelingen die in het volgende hoofdstuk te vinden zijn.

5.1 Conclusie en bijbehorende discussiepunten

De deelvragen en de onderzoeksvraag worden aan de hand van de onderzoeksresultaten en de getoetste hypothesen uit het hoofdstuk 4 beantwoord. Hieronder staan de onderzoeksvraag en deelvragen nogmaals beschreven.

Onderzoeksvraag

“Wat is de relatie tussen de bijkomende problematiek en de mate van gedragsproblemen bij de ambulante cliënten van Careander?”

Deelvragen

1. Wat zijn de bijkomende problematieken van de cliënten?
2. Welke gedragsproblemen komen voor bij de cliënten?
3. Zijn er meer gedragsproblemen naarmate er meer bijkomende problematiek aanwezig is?
4. Welk type bijkomende problematiek heeft de meeste invloed op gedragsproblemen?
5. Welke type bijkomende problematiek heeft de minste invloed op gedragsproblemen?

Deelvraag 1

Uit de resultaten blijkt dat er veel verschillende bijkomende problematieken aanwezig zijn bij de ambulante cliënten van Careander. Er is problematiek aanwezig uit alle vier de subgroepen, al komen ze lang niet alle vier even veel voor. Zo komen psychiatrische stoornissen het meeste voor bij de cliënten. Binnen deze subgroep is er sprake van veel verschillende psychiatrische stoornissen. Autisme spectrum stoornissen komen het meest voor, gevolgd door depressieve stoornissen en paniekstoornissen. Dat autisme spectrum stoornissen het meest voorkomen is niet raar. Volgens Kan, Buitelaar en Van der Gaag (2008) heeft 20% van de mensen met een verstandelijke beperking een autisme spectrum stoornis. Bij de cliënten zijn er ook veel medischorganische problemen en problemen in gezin en de sociale context. Problematiek binnen deze subgroepen komt evenveel voor en is erg uiteenlopend. Epilepsie en het hebben van weinig sociale contacten zijn problematieken die

onder andere in deze subgroepen spelen. Het hebben van weinig sociale contacten kan verklaard worden doordat mensen met een verstandelijke beperking minder meedoen aan alle aspecten van het sociaal-maatschappelijk leven (Schuurman, 2002). Leerproblemen komen bij de cliënten maar weinig voor. Dit kan als reden hebben dat het moeilijk is om leerproblemen vast te stellen bij mensen met een verstandelijke beperking omdat de symptomen vaak worden geïnterpreteerd als een gevolg van de verstandelijke beperking (Ruijsenaars, Minnaert & Ghesquière, 2014). Een andere reden kan zijn dat er informatie mist in de dossiers van de ambulante cliënten van Careander doordat de dossiers onvolledig zijn aangevuld door de begeleiders en orthopedagogen.

De resultaten voor het beantwoorden van deze deelvraag zijn compleet en gemeten naar wetenschappelijke literatuur. Dit zorgt voor een valide basis van de onderzoeksresultaten. De gegevens zijn op kwalitatieve basis verkregen en zijn hierdoor nooit voor 100% betrouwbaar omdat de manier van interpretatie kan verschillen. Wel zijn de begrippen helder afgebakend en dit zorgt er voor dat er een grote betrouwbaarheid is. Doordat de resultaten valide en betrouwbaar zijn kan ervanuit worden gegaan dat de resultaten correct zijn. Dit zorgt voor Careander voor een grote bruikbaarheid van de resultaten.

Deelvraag 2

Wat betreft de gedragsproblemen kan er geconcludeerd worden dat alle soorten gedragsproblemen die zijn gemeten met de ABCL aanwezig zijn bij de cliënten. De keuzes op de scoreschaal van de ABCL zijn 1 (helemaal niet), 2 (soms) en 3 (vaak). Gemiddelde scores op alle schalen van de ABCL lopen uiteen van 1,25 (lichamelijke klachten) tot 1,80 (Aandacht problemen). Dit geeft aan dat er gemiddeld maar weinig lichamelijke klachten aanwezig zijn en dat er een matige hoeveelheid aandacht problemen aanwezig is bij de cliënten. Een voorzichtige conclusie die hieruit opgemaakt kan worden is dat er bij de ambulante cliënten minder gedragsproblemen voorkomen dan verwacht werd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de cliënten met ernstige gedragsproblemen niet zelfstandig (kunnen) wonen met ambulante begeleiding. Deze cliënten zullen dan waarschijnlijk intramuraal wonen bij Careander binnen de WLZ (Wet Langdurige Zorg).

Wel zijn er cliënten met lage en hoge uitschieters. Opmerkelijk is dat in vergelijking met de uitslag van het dossieronderzoek naar de medischorganische problemen de ABCL score op de lichamelijke klachten laag. Uit onderzoek naar medischorganische problemen kwam naar voren dat dit regelmatig aanwezig is. Een reden voor de lage ABCL score op de schaal 'Lichamelijke klachten' kan zijn dat wellicht de intensiteit van de klachten laag is of dat de pijn eenzijdig is. Hierdoor zullen er door de begeleiders minder items als 'aanwezig' worden beschouwd en valt de score lager uit. Dit is echter niet onderzocht. Tevens valt op dat de score op de schaal 'Aandacht problemen' het hoogst is terwijl er bij de onderzochte cliënten geen enkele keer sprake is van een stoornis in de aandacht en concentratie zoals AD(H)D. Een eventuele verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat een

aandachtstekortstoornis over het hoofd is gezien omdat een aantal kenmerken van AD(H)D overeenkomen met de kenmerken van een verstandelijke beperking. Zo hebben mensen met AD(H)D vaak minder ontwikkelde executieve functies en hebben zij hierdoor moeite om dingen te organiseren, zich te focussen en impulsen onder controle te houden. Dit zijn ook kenmerken van een verstandelijke beperking (Zoon, 2013).

Deze resultaten zijn na een homogeniteitsanalyse intern valide bevonden en doordat de kwantitatieve gegevens zijn verzameld door de afname van een betrouwbaar bevonden vragenlijst, zijn de eindresultaten van deelvraag 2 betrouwbaar en dus volledig bruikbaar voor Careander.

Deelvraag 3

Uit onderzoek naar de samenhang tussen de persoonlijke sterke punten en de gedragsproblemen kan er geconcludeerd worden dat er een matige/sterke negatieve samenhang is tussen de variabelen. Dit betekent dat wanneer er meer persoonlijke sterke punten aanwezig zijn dat er minder gedragsproblemen zijn en andersom. Er kan met zekerheid van dit resultaat uit worden gegaan want het significantie niveau is uitermate groot, wat wil zeggen dat er bij dit resultaat geen sprake is van toeval en de resultaten betrouwbaar zijn. Persoonlijke sterke punten zijn dus een groot beschermingsfactor tegen gedragsproblemen en wanneer er weinig persoonlijke sterke punten zijn is dit dus een risicofactor voor gedragsproblemen. Dit sluit aan bij de theorie van Rigter en Van Hintum (2014) die aangeeft dat positieve persoonlijkheidsfactoren kunnen beschermen tegen een psychiatrische stoornis en de aanwezigheid van negatieve persoonlijkheidsfactoren een risicofactor kan zijn voor een psychiatrische stoornis. Ook onderzoek van Jessor, Van den Bos, Vanderryn, Costa en Turbin (1995) laat zien dat positieve persoonlijkheidsfactoren de kans op het krijgen van een psychiatrische stoornis verkleind.

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat er geen samenhang is tussen de bijkomende problematiek en de gedragsproblemen van de cliënten. Wanneer er meer bijkomende problematiek aanwezig is resulteert dit dus niet vanzelf in meer gedragsproblemen en andersom. De twee variabelen staan los van elkaar. Uit de resultaten van de Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt blijkt zelfs dat er een hele lichte negatieve samenhang is. Dit wil zeggen dat wanneer de score op variabele X omhoog gaat, de score op variabele Y omlaag gaat en andersom. Echter berust dit resultaat zich zeer waarschijnlijk op toeval omdat de correlatie verre van significant is. Dit maakt het resultaat niet betrouwbaar. (Baarda, De Goede, Van Dijkum, 2011). Een verklaring voor dit resultaat zou kunnen zijn dat door de aanwezige persoonlijke sterke punten van de cliënten, de gedragsproblemen dalen (Rigter & Van Hintum, 2014). Dit zou verklaren waarom er in eerste instantie meer gedragsproblemen verwacht worden maar deze niet tot uiting komen. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn dat niet alle bijkomende problematiek resulteert in gedragsproblemen. Er is namelijk een grote

waarschijnlijkheid dat de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen wel resulteert in gedragsproblemen (Didden, 2015), maar wellicht resulteren de andere categorieën niet of in mindere mate in de gedragsproblemen die gemeten worden met de ABCL. Omdat de bijkomende problematiek van de cliënten erg uiteenloopt is het mogelijk dat niet alle problematiek te meten is met de ABCL. Een aanvulling met andere instrumenten zal waarschijnlijk meer gedragsproblemen in kaart brengen al is het onwaarschijnlijk dat alle aanwezige gedragsproblemen gemeten kunnen worden met één of twee vragenlijsten.

Deelvraag 4 en 5

Aan de hand van de resultaten kan geconcludeerd worden dat leerproblemen de bijkomende problematiek is die de meeste invloed op de gedragsproblemen heeft. Dit komt overeen met het onderzoek van Ghesquière (2015) waaruit bleek dat leerproblemen vaak samengaan met gedragsproblemen door de frustratie die het oproept. De samenhang die leerproblemen heeft met gedragsproblemen is echter zwak en de correlatie is niet significant. Hetzelfde geldt voor de rest bijkomende problematieken waarvan de samenhang zelfs zeer zwak is en de correlatie is ook hier niet significant. Psychische stoornissen hebben de minste samenhang met gedragsproblemen maar ook deze correlatie is niet significant. Uit deze resultaten van deelvraag 4 en 5 kan opgemaakt worden dat de bijkomende problematieken ook los van elkaar geen significante samenhang hebben met de gedragsproblemen. De resultaten zijn dus niet betrouwbaar en er kan dus niet bepaald worden welke bijkomende problematiek de meeste of minste invloed heeft op gedragsproblemen. Eventuele oorzaken van dit resultaat zijn hetzelfde als bij de beantwoording van deelvraag 3.

Onderzoeksvraag

Op basis van de deelvragen kan geconcludeerd worden dat er nauwelijks een relatie bestaat tussen de bijkomende problematiek en de gedragsproblemen van de ambulante cliënten van Careander. Wel is het mogelijk dat de relatie niet zichtbaar is omdat deze wordt opgeheven door de persoonlijke sterke punten van de cliënten. Dit heeft echter geen causaal verband en is dus niet met zekerheid te zeggen.

5.2 Beperkingen van het onderzoek

Een beperking van het onderzoek is dat er minder dan 50% respons is en dat er hierdoor van een groot gedeelte van de ambulante cliënten van Careander geen informatie is over de gedragsproblemen. Dit heeft als gevolg dat de conclusies die zijn getrokken niet zomaar kunnen worden gegeneraliseerd naar de gehele populatie. Het is van belang dat de conclusies met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd voor de gehele populatie. Dit hoeft echter niet voor de normgroep. De reden van de lage responsie is waarschijnlijk dat de begeleiders te weinig tijd hadden om de vragenlijst in te vullen. Dit is vooraf verkeerd ingeschat, met als resultaat dat er minder responsie is dan verwacht. Achteraf gezien was het beter geweest om voorafgaand aan het onderzoek aan elk team van begeleiders te vragen of er tijd is

voor het invullen van een vragenlijst. Een andere beperking van het onderzoek is dat er waarschijnlijk meer soorten gedragsproblemen aanwezig zijn bij de cliënten dan er gemeten zijn door de ABCL. Wellicht kunnen er nog meer gedragsproblemen gemeten worden met een aanvullende vragenlijst. In het vervolg zou het beter zijn om eerst een overzicht te hebben van de aanwezige bijkomende problematiek voordat de vragenlijst wordt uitgekozen. Op deze manier kan de vragenlijst beter afgestemd worden op de te verwachten gedragsproblemen en is de kans groter dat er weinig gedragsproblemen niet gemeten worden.

6. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen beschreven voor de opdrachtgever. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de conclusies van het onderzoek.

1. Problematiekoverzicht tonen bij de gemeente voor een WMO indicatie

Er wordt aanbevolen om aan de hand van het problematiekoverzicht aan te tonen bij de gemeente dat de ambulante cliënten een WMO indicatie nodig hebben. Dit schema geeft een helder overzicht van de bijkomende problematiek van de ambulante cliënten en dit kan een bijdrage leveren in de discussie met de gemeente. Echter wordt wel aangeraden om het overzicht aan te vullen met de cliënten die nog niet op de lijst staan en om het overzicht te updaten wanneer er verandering plaats vindt in de cliëntsituaties.

2. Benadrukken en vergroten van de persoonlijke sterke punten van de cliënten

Er wordt aanbevolen om de persoonlijke sterke punten van de cliënten te benadrukken en te vergroten. Uit dit onderzoek is gebleken dat wanneer er veel persoonlijke sterke punten aanwezig zijn, dit als een beschermingsfactor tegen gedragsproblemen fungeert. Daar komt bij dat weinig persoonlijke sterke punten een risicofactor zijn voor gedragsproblemen. Om de kans op gedragsproblemen zo klein mogelijk te houden is het van belang dat de persoonlijke sterke punten van de cliënten zo veel mogelijk vergroot worden. Hiervoor kunnen technieken gebruikt worden van de methode 'Empowerment'. Empowerment is een methode die zich richt op het vergroten van de eigen kracht en het verkleinen van de persoonlijke kwetsbaarheden (Boumans, 2012). De begeleiders kunnen samen met de cliënten met de methode aan de slag. Er kan ook voor gekozen worden om educatie over empowerment te geven aan de omgeving van de cliënt zodat zij dit samen met de cliënt kunnen toepassen. De toegepast psycholoog zou in het geven van educatie over empowerment een grote rol kunnen spelen. Deze kan door middel van het geven van een training/workshop aan de begeleiders of omgeving van de cliënt de technieken van empowerment overbrengen. Omdat een toegepast psycholoog over coaching- en therapievaardigheden beschikt zou hij/zij ook zelf de empowerment technieken aan kunnen bieden en leren aan de cliënt. Na verloop van tijd zouden de persoonlijke sterke punten van de cliënten opnieuw gemeten kunnen worden met de ABCL en vergeleken worden met de huidige resultaten om het effect van de empowerment toepassing te meten.

3. Onderzoek naar aanwezigheid aandacht problemen bij de ambulante cliënten

Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek kan er worden geconcludeerd dat op de gedragsproblemenschaal 'Aandacht Problemen' gemiddeld het hoogst gescoord wordt, maar aan de

hand van het dossieronderzoek blijkt dat er bij geen enkele cliënt sprake is van een aandachtstekortstoornis zoals ADD of ADHD. Dit resultaat is dusdanig opvallend dat er wordt aangeraden onderzoek te doen naar de aanwezigheid van aandacht problemen en/of een aandachtstekortstoornis bij de cliënten die vergeleken met de normgroep boven gemiddeld hebben gescoord op de schaal 'Aandacht Problemen'. Er is nu een grote waarschijnlijkheid dat er ambulante cliënten zijn bij wie een aandachtstekortstoornis aanwezig is maar bij wie deze niet is gediagnosticeerd en dus niet wordt behandeld. Dit kan voor problemen en frustratie zorgen bij de cliënt en zijn omgeving zoals onbegrip voor het gedrag (Rigter & Van Hintum, 2014). Hierom is het van belang dat de aandachtstekortstoornissen worden uitgesloten bij cliënten met een verhoogd aantal aandachtsproblemen.

4. Dossiers controleren op volledigheid van de verslaglegging van leerproblemen bij de ambulante cliënten

Hoewel het voorafgaand aan dit onderzoek zeer aannemelijk was dat er bij de ambulante cliënten veel leerproblemen aanwezig zouden zijn, blijkt uit de resultaten dat er zeer weinig cliënten zijn met leerproblemen. Dit is een dusdanig opvallend en onwaarschijnlijk resultaat dat er een onderzoek wordt aangeraden naar de volledigheid van de dossiers wat betreft de vastlegging van leerproblemen bij de ambulante cliënten. De voorkeur van deze controle gaat uit naar een wijze waarbij begeleiders en orthopedagogen gezamenlijk het dossier doornemen en aanvullen waar dat nodig is. Op deze manier wordt de situatie van de cliënt vanuit twee optieken bekeken en is de kans op het missen van informatie het kleinst.

5. Vervolgonderzoek met toevoeging een aanvullende vragenlijst

Het wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen in dezelfde vorm maar met enkele aanpassingen. De reden hiervan is dat er een grote waarschijnlijkheid is dat er meer gedragsproblemen aanwezig zijn bij de cliënten dan er met de ABCL gemeten zijn. Hierom is het belangrijk dat het vervolgonderzoek een aanvullende vragenlijst bevat waarmee alle gedragsproblemen van alle domeinen van de aanwezige bijkomende problematiek wordt gemeten. Het vinden van de juiste vragenlijst zal enige aandacht en afstemming vergen. Nadat er een juiste vragenlijst is gevonden kan het vervolgonderzoek in dezelfde lijnen worden uitgevoerd. Wel is het wenselijk dat er een hogere mate van respons zal zijn zodat de er meer informatie beschikbaar is en de resultaten van het onderzoek gemakkelijker gegeneraliseerd kunnen worden naar de rest van de populatie. Het is zaak om vooraf met de teamleiders van de ambulant begeleiders af te stemmen over de mogelijkheid van het invullen van de vragenlijsten. Tevens kan er overlegd worden met de begeleiders over welke maatregelen er getroffen kunnen worden om een zo hoog mogelijke respons te krijgen. Een toegepast psycholoog beschikt over uitgebreide onderzoekskwaliteiten en kan hierom aangewezen worden om het onderzoek uit te voeren.

Literatuurlijst

- Aalders, J. (2005). *Het verband tussen Leerproblemen en Antisociaal gedrag onder de loep* (Dissertatie, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland). Geraadpleegd op <http://dare.uva.nl/cgi/arno/show.cgi?fid=46121>
- Aseba. (2015). *Adult (Ages 18-59) Assessments*. Geraadpleegd op <http://www.aseba.org/adults.html>
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Arlington: American Psychiatric Association
- Bardaa, B., de Goede, M., & van Dijkum. (2011). *Basisboek Statistiek met SPSS: Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Amsterdam, Nederland: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Boumans, J. (2012). *Naar het hart van empowerment: Een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen*. Geraadpleegd op Movisie website: [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Naar%20het%20hart%20van%20empowerment%20\[MOV-177839-0.3\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Naar%20het%20hart%20van%20empowerment%20[MOV-177839-0.3].pdf)
- Careander (2010). *Visie*. Geraadpleegd op <http://www.careander.nl/pages/careander/organisatie/visie.php>
- de Beer, Y. (2011). *De Kleine Gids. Mensen met een lichtverstandelijke beperking 2011*. Deventer: Kluwer
- de Bruijn, j., Buntinx, W. & Twint, B. (2014). *Verstandelijke beperking: definitie en context*. Amsterdam: SWP
- Didden, R. (2006). Gedragsanalyse en cognitieve gedragstherapie bij mensen met een verstandelijke beperking: Een tussenbalans. In R. Didden (Red.), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 101-126). Houten: Bohn Stafleu van Lochum.
- Expertisecentrum Verstandelijke Beperking. (2010). *ADHD*. Geraadpleegd op <http://www.verstandelijkbeperkt.nl/verstandelijke-beperking/stoornissen/adhd/>
- Ghesquière, P. (2015). The relationship between learning problems and behavioural problems: Causes, consequences, and treatment. Paper presented at the Learning Disability Conference. Geraadpleegd op https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/514184?mode=full&submit_simple=Show+full+item+record
- Grietens, H. (2007). Hechtingsstoornissen. *Kind & Adolescent*, 140-147. doi: 10.1007/978-90-313-8644-4_19

- Helsen, M., Vollebergh, W., & Meeus, W. (1997). Sociale steun van ouders en vrienden en emotionele problemen in de adolescentie. *Kind & Adolescent*, 18, 24-31. doi: 10.1007/BF03060644
- ICF. (2002). *Internationale classificatie van het menselijk functioneren*. Bilthoven: Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre
- Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F.M., & Turbin, M.S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 923-933. doi: 10.1037/0012-1649.31.6.923
- Kan, C.C., Buitelaar, J.K., & van der Gaag, R.J. (2008). Autismespectrumstoornissen bij volwassenen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 1365-1369. Geraadpleegd op <https://www.ntvg.nl/artikelen/autismespectrumstoornissen-bij-volwassenen/volledig>
- Kraijer, D., & Plas, J. (2014) *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam, Nederland: Pearson
- Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk*, 4(1), 23-28.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014) *Hoe vaak komt een verstandelijke beperking voor?* Geraadpleegd op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/verstandelijke-beperking/hoe-vaak-komt-een-verstandelijke-beperking-voor/>
- Noens, I., & Berckelaer-Onnes, I. (2002). Communicatie bij mensen met autisme en een verstandelijke beperking: Van inzicht naar interventie. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met Verstandelijke Beperkingen*, 28, 212-225. Geraadpleegd op <https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/218823>
- Rigter, J., & Van Hintum, M. (2014) *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen: Een inleiding*. Bussum, Nederland: Uitgeverij Coutinho
- Rot, E.J.W. (2013). Handreiking Balans in beeld. *Jongeren met een licht verstandelijke beperking uitdagen, zonder hen te overvragen of ondervragen*. 's Heeren Loo
- Ruijsenaars, W., Minnaert, A., & Ghesquière, P. (2014). *Leerproblemen en Leerstoornissen*. *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, 2, 349-371. doi: 10.1007/978-90-368-0495-0_15
- Schuurman, M. (2002). *Mensen met een verstandelijke beperking in de samenleving. Een analyse van bestaande kennis en aanwijzingen voor praktijk en verdere kennisverwerving*. Geraadpleegd op Landelijk Kennis Netwerk Gehandicaptenzorg website: http://vilans6.vilans.nl/docs/producten/Mensen_met_verstandelijke_beperkingen.pdf
- van der Molen, H.T., van den Hout, M., & Perreyn, A.C. (2007). *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie*. Amsterdam, Nederland: Noordhoff Uitgevers B.V.

- van der Molen, M.J., van Luit, H.E.H., Jongmans, M.J., & van der Molen, M.W. (2007). Het werkgeheugen van jongeren met een lichte verstandelijke beperking. *Kind & Adolescent*, 28, 135-148. doi: 10.1007/BF03061026
- van Nieuwenhuijzen, M., Bijman, E.R., Lamberix, I.C.W., Wijnroks, L., Orobio de Castro, B., Vermeer, A., & Matthys, W. (2007) Sociale informatieverwerking van kinderen met lichte verstandelijke beperkingen. *Kind & Adolescent*, 27, 97-103. doi: 10.1007/BF03061027
- van Gemert, G.H. & Minderaa, R.B. (1997). *Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.
- Vonk, J., & Hosmar, A. (2012) *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een beperking: Een denk- en handelingskader voor de praktijk*. Leuven, België: Uitgeverij Acco
- Zoon, M. (2012) *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op Nederlands Jeugd Instituut website: http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/LVB_Kenmerken_en_oorzaken.pdf
- Zoon, M. (2013) *Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?* Geraadpleegd op Nederlands Jeugd Instituut website: http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_LVB.pdf

Bijlage 1 Overzicht bijkomende problematiek

Tabel 1: Bijkomende problematiek

Naam	Leerproblemen	Psychiatrische stoornis	Medischorganische problemen	Problemen in gezin en sociale context
1				
2		X ASS, PTSS, Conversiestoornis		X Problemen primaire steungroep, werkproblemen
3				X Gezin zwaksociaal milieu
4			X Atherose	
5	X Zeer zwak taalbegrip			
6	X Heeft veel moeite met het geleerde toe te passen	X ASS, Exhibitionisme		X Vrienden hebben slechte invloed, Beïnvloedbaar
7			X Epilepsie	
8			X Slechthoort	
9				X Problemen primaire steungroep
10	X Zwak numeriek begrip			
11				
12		X ASS		
13		X Depressieve stoornis, Paniekstoornis met agorafobie, PTSS		
14				
15				
16		X Depressieve stoornis, Psychotische stoornis	X Ziekte van Graves	X Overleden man, weinig sociale contacten.
17		X Akoestische hallucinaties		X Echtgenoot psychische problematiek, weinig sociale contacten.
18		X ASS	X Tuberculose Sclerose Complex	
19	X Zwak numeriek begrip		X Jicht, slechthoort	
20			X Slaapapneu	
21				X Weinig sociale contacten
22		X ASS		
23		X ASS		X Weinig sociale contacten
24		X ASS, Reactieve depressie		X Weinig sociale contacten

25			X Epilepsie, neuropathie en artrose	
26				
27				
28		X Stoornis in de impulsbeheersing NAO	X Veel verschillende klachten zoals moeheid, migraine, hartkloppingen en luchtwegproblemen	X Weinig sociale contacten
29		X PDD-NOS	X Toevallen	
30		X PDD-NOS		
31		X Fragiel-X Syndroom		X Weinig sociale contacten
32		X Conversiestoornis, Paniekstoornis met agorafobie, Depressief, Faalangst	X Astma, hyperventilatie, prikkelbare darm	

Bijlage 2 Homogeniteit vragenschalen en vragenlijst

Tabel 2: Chronbach's Alpha per schaal

Schaal	Items	Chronbachs's Alpha (a)
Sterke punten	11	0,69
Angstig/depressief	14	0,84
Teruggetrokken	9	0,82
Lichamelijke klachten	9	0,79
Aandacht problemen	17	0,79
Agressiviteit	16	0,86
Regel overtredend gedrag	13	0,76
Intrusief gedrag	6	0,78

Tabel 3: Chronbach's Alpha van alle schalen

Schaal	Items	Chronbachs's Alpha (a)
Alle schalen	95	0,81

Tabel 4: Gemiddeldescores op de schalen

Schaal	Gemiddelde score
Sterke punten	1,52
Angstig/depressief	1,61
Teruggetrokken	1,66
Lichamelijke klachten	1,25
Aandacht problemen	1,80
Agressiviteit	1,47
Regel overtredend gedrag	1,44
Intrusief gedrag	1,56

Bijlage 3: ABCL vragenlijst

Bijlage 4 Eigenwerkverklaring

Ondergetekende(n): (Naam student/en)

Jordi Immeke (308131),

verklaren ondubbelzinnig dat:

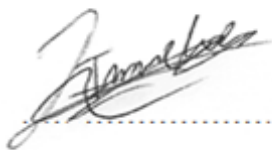
- 1) dit werkstuk eigen werk is en derhalve geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander.
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding.
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Blackboard (SafeAssign).

Plaats: Nunspeet

Datum: 29 februari 2016

Handtekening:

Jordi Immeke

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Jordi Immeke', is written over a horizontal dashed line.

N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werk verklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in **Art. 19 OER**

Bijlage 5: Stellingen over de afstudeerscriptie

Stelling 1: Alle ambulante cliënten zouden aanvullend diagnostisch onderzoek moeten aanvragen/krijgen.

Stelling 2: Het versterken van positieve persoonskenmerken is belangrijker dan het behandelen van symptomen van psychiatrische stoornissen.

Stelling 3: Leerproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking zijn een direct gevolg van hun verstandelijke beperking en hoeven daarom niet extra benoemd te worden.

Stelling 4: Er zal binnen bedrijven meer tijd moeten worden vrijgemaakt voor onderzoek.

Stelling 5: Er zal in de zorg meer behandeld moeten worden aan de hand van medicijnen.