

Het effect van de methodiek POWER op de handelingswijze van begeleiders in het stimuleren van autonomie bij cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking

Universiteit Utrecht

Masterprogramma Orthopedagogiek

Werkveld Gehandicaptenzorg en Kinderrevalidatie



Universiteit Utrecht



Auteurs: L.T. E. Hassell (3404730)

V. A. Schol (3188434)

Eerste beoordelaar: D. C. A. Florisson

Tweede beoordelaar: A. Wijnroks

Datum: 15 juni 2012

Opdrachtgever: Reinaerde

Voorwoord

Dit onderzoek dient al eerste effectmeting naar de methodiek POWER. Deze methodiek is door Reinaerde ontwikkeld en in 2011 geïmplementeerd om de professionalisering van begeleiders gericht op het stimuleren van de autonomie van cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking te bevorderen.

Wij willen Reinaerde als opdrachtgever van dit onderzoek bedanken voor de goede samenwerking. Hierbij willen wij ons specifiek richten op Karen Schipper en Laura Windhoud die ons hebben bijgestaan in de uitvoering van dit onderzoek. Zij hebben ons gedurende het gehele proces vertrouwen en vrijheid gegeven. Tevens willen wij de locatiemanagers, begeleiders en cliënten bedanken die deel hebben genomen aan dit onderzoek. Vanuit de Universiteit Utrecht bedanken wij in het bijzonder onze thesisbegeleider Desirée Florisson voor haar onuitputtelijke betrokkenheid en steun. Tevens bedanken wij Lex Wijnroks als tweede beoordelaar.

Samenvatting

Achtergrond In dit onderzoek is een effectmeting verricht naar de methodiek POWER. Deze methodiek is gericht op het bevorderen van het handelen van begeleiders met betrekking tot het stimuleren van autonomie bij cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking. *Doel* Het doel van dit onderzoek is om vast te stellen of de implementatie van POWER een effect heeft op het handelen van begeleiders en op hoe de cliënten de handelingen van begeleiders ervaren met betrekking tot hun autonomie. *Methode* Aan dit onderzoek hebben in de voormeting 51 cliënten en in de nameting 52 cliënten deelgenomen. Daarnaast hebben 69 begeleiders in de voormeting, 39 begeleiders in de tussenmeting en 42 begeleiders in de nameting deelgenomen. Vragenlijsten zijn bij begeleiders en cliënten afgenomen om het effect van de methodiek POWER te onderzoeken. Een Wilcoxon Signed-ranktoets en een Friedman's ANOVA is uitgevoerd om de effectmeting te verrichten. *Resultaten* De methodiek POWER heeft geen significant effect op de ervaring van cliënten met betrekking tot de handelingswijze van begeleiders. Uit de analyses is echter gebleken dat de methodiek POWER wel een middelmatig effect heeft op de ervaring van begeleiders over hun eigen handelingswijze. *Discussie* Aanvullend onderzoek dient aan te tonen of de methodiek POWER op lange termijn bij zal dragen aan het vergroten van de autonomie van cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking.

Abstract

Background Research has been conducted to examine the effectiveness of POWER. POWER is aimed at promoting the actions of social workers with regard to the promotion of autonomy in clients with acquired brain injury and/or physical disabilities in comorbidity with developmental delay or intellectual disability. The purpose of this study is to determine whether implementation of POWER has an effect on the actions of social workers and on how the actions are being experienced by clients with respect to their autonomy. *Method* This study consisted of 51 client in the pretest and 52 clients in the posttest. In addition, 69 social workers in the pretest, 39 social workers in the between measurement and 42 social workers in the posttest. Questionnaires were administered to clients and social workers to investigate the POWER methodology. A Wilcoxon Signed-rank test and a Friedman's ANOVA was

executed to examine the effect of POWER. *Results* Power has no significant effect on the experience of clients with respect to the actions of social workers. The analyzes showed that POWER has a moderate effect on the experience of social workers on their own actions.

Discussion Further research should show whether POWER will contribute to increasing the autonomy of clients with acquired brain injury and/or physical disabilities in comorbidity with a developmental delay or intellectual disability on a long term basis.

Het effect van de methodiek POWER op de handelingswijze van begeleiders in het stimuleren van autonomie bij cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking

Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH) is schade aan de hersenen verworven na de geboorte. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een traumatisch hersenletsel zoals ten gevolge van een auto-ongeluk en een niet-traumatisch hersenletsel zoals ten gevolge van een hersentumor of een Cerebro Vasculair Accident (CVA) (Kat, Schipper, Knibbe, & Abma, 2010). NAH kan schade brengen aan de cognitieve capaciteiten van het individu (Konrad et al., 2011) die van belang zijn voor de uitoefening van autonomie (Lux, 2007). Mensen met NAH zijn hierdoor niet altijd goed in staat om verantwoorde keuzes te maken en de gevolgen van het eigen gedrag in te schatten, terwijl zij in de praktijk sterk behoefte hebben aan eigen regie (Kat et al. 2010). Daarnaast blijkt dat begeleiders in de praktijk moeilijkheden ervaren bij het overnemen en het loslaten van de keuzes die door de cliënt met NAH worden gemaakt (Schipper, Widdershoven, & Abma, 2011). Deze problematiek wordt op een vergelijkbare wijze waargenomen bij mensen met een lichamelijke beperking (Gignac, & Cott, 1998). Onderzoek naar autonomie van mensen met NAH en/of een lichamelijke beperking is nadrukkelijk van belang, omdat autonomie een grote invloed heeft op de kwaliteit van leven van het individu. Mensen met NAH en/of een lichamelijke beperking die een hoge mate van autonomie ervaren, ervaren ook een goede kwaliteit van leven (Arksey, & Glendinning, 2007; Nota, Ferrari, Soresi, & Wehmeyer, 2007; Ball et al., 2000; Conneeley, 2003). Onderzoek draagt bij aan het toepassen van de beste handelingswijze welke van invloed is op de kwaliteit van bestaan voor cliënten met NAH en/ of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking.

Ongeacht het type neurologische beschadiging dat een individu heeft verworven kan de omgeving waarin het individu zich bevindt zijn autonomie stimuleren waardoor het individu een goede kwaliteit van leven ervaart (Regnier, & Denton, 2009). In Nederland woonden mensen met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking meestal in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, psychiatrische ziekenhuizen of in verpleeg- of verzorgingshuizen. Tegenwoordig wordt de nadruk gelegd op de specifieke behoeften van mensen met NAH en/ of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking waardoor er naast ambulante hulpverlening gespecialiseerde residentiële instellingen zijn ontstaan (Schipper et al., 2011).

In een onderzoek van Ball en collega's (2000) is echter gebleken dat de meerderheid van de cliënten die in residentiële instellingen wonen niet tevreden zijn over hun autonomie binnen de instelling. Deze cliënten hebben aangegeven dat de vrijheid om eigen beslissingen te nemen ernstig beperkt wordt. Daarnaast ervaren de bewoners van residentiële instellingen zichzelf als te afhankelijk van anderen. Deze afhankelijkheid leidt tot verlies van controle over het eigen leven. Dit houdt in dat men geen vrijheid heeft om te doen wat men wil, zoals men dat wil, wanneer en hoe men dat wil. Bewoners van residentiële instellingen ervaren ook verlies van controle over de eigen bezittingen, de eigen ruimte en over de regie van het eigen leven. De kleine mate van onafhankelijkheid die bewoners ervaren met betrekking tot zelfzorg en de kleinste taken van het dagelijks leven, vinden zij echter van groot belang. Tevens is uit het onderzoek van Ball en collega's (2000) gebleken dat bewoners met verschillende hulpvragen die woonachtig zijn in residentiële instellingen in de Verenigde Staten moeite hebben met het geven van betekenis aan hun leven. Dit komt omdat zij een beperking ervaren in het eigen vermogen om zinvolle keuzes te maken. Naast de omgeving waarin het individu zich bevindt, heeft de ernst van de beperking ook invloed op de manier waarop cliënten autonomie ervaren. Hoe ernstiger de verstandelijke beperking, des te minder cliënten autonomie in hun leven ervaren (Nota et al., 2007).

Het begrip autonomie kan op verschillende manieren worden gedefinieerd. Allereerst kan het worden gedefinieerd als zelfbeschikking. Zelfbeschikking houdt in dat het individu recht heeft op keuzevrijheid. Deze vorm van autonomie is belangrijk geworden in de zorg voor mensen met een beperking (Moser, Houtepen, Van der Bruggen, Spreeuwenberg, & Widdershoven, 2009; Wadensten, & Ahlström, 2009). Gedrag wordt dan beschouwd als autonoom wanneer het individu kan handelen volgens eigen voorkeuren, interesses en/of vaardigheden en als de handelingen onafhankelijk en vrij zijn van invloeden van buitenaf (Wehmeyer, Kelchner, & Richards, 1996). Vanuit dit perspectief van de zorg heeft autonomie niet uitsluitend te maken met het nemen van beslissingen, maar ook met het vinden van een eigen manier van leven passend bij de eigen waarden en identiteit. Daarnaast wordt in de zorg ervan uit gegaan dat elk mens kwetsbaar kan zijn op een bepaald moment in het leven waardoor men ook afhankelijk kan zijn van een ander (Moser et al., 2009).

Ten tweede wordt autonomie geassocieerd met zelfontplooiing en zelfrealisatie. Zelfontplooiing houdt dat een individu zijn eigen vermogens verder ontwikkelt. Zelfrealisatie is gericht op het tot uiting laten komen van het eigen potentieel. Dan vereist autonomie dat het individu de capaciteit heeft om kritisch te kijken naar de eigen waarden en voorkeuren en zelf te bepalen of deze wenselijk zijn. Daarnaast moet het individu in staat zijn de eigen

acties te rechtvaardigen naar anderen toe en moet het individu ook in staat zijn om vrij acties uit te voeren en vervolgens deze te rechtvaardigen (Wullink et al., 2009). Dit vraagt wel interactie met andere mensen in de omgeving die het individu kunnen stimuleren in zijn zelfontplooiing en in het reflecteren hierover (Moser et al., 2009).

Het burgerschapsparadigma gaat uit van de gedachte dat ieder individu, ongeacht zijn mogelijkheden om dit recht uit te oefenen, de vrijheid heeft om zelf richting te geven aan zijn leven. Deze visie omvat autonomie als zelfbeschikking en houdt in dat alle mensen het recht hebben om hun eigen beslissingen op basis van hun subjectieve waarden te maken (Van Gennep, 1997; Frederiks, Van Hooren, & Moonen, 2009; Wadensten, & Ahlström, 2009). Echter, onder het burgerschapsparadigma worden ook aspecten van autonomie in de vorm van zelfontplooiing geschaard. Hierbij wordt benadrukt dat het individu moet leren een betekenisvol leven te leiden en ondersteuning te krijgen van andere mensen in dit proces (Schipper et al., 2011). Beide visies op autonomie zoals beschreven, worden dus benadrukt in het burgerschapsparadigma en vormen de autonomie van het individu. Om deze tot uiting te laten komen is het van belang om te kijken naar de verschillende facetten die een rol spelen in het leven van de cliënt (Overmars-Marx, 2011). De vaardigheden die cliënten beheersen zijn bepalend voor de mate waarin zij actief kunnen participeren in de samenleving. Begeleiders hebben een belangrijke rol in het leren van deze vaardigheden en het bieden van ondersteuning (McConky, 2007). Van Gennep en Ruigrok (2002) en Kröber (2008) benadrukken hierbij het belang van inclusie; mensen met een beperking moeten zonder voorwaarden kunnen wonen, werken, en recreëren in de samenleving. Hierbij moeten cliënten zelf de ruimte krijgen om keuzes te kunnen maken (Frederiks et al., 2009; Wehmeyer, Bersani, Gagne, 2000). Het zijn burgers met dezelfde rechten en plichten als ieder ander (Frederiks et al., 2009).

In de praktijk blijkt het voor begeleiders lastig om het burgerschapsparadigma als visie te hanteren. Begeleiders ervaren moeilijkheden bij het loslaten en overnemen van de keuzes die door een cliënt worden gemaakt (Schipper et al., 2011). Dit komt overeen met de visie van Roovers (2004). Zij constateert dat autonomie niet centraal staat in het denken van begeleiders maar thema's als zorgzaamheid, verantwoordelijkheid en persoonlijke betrokkenheid. Instellingen moeten vanuit organisatorisch vlak ook een juiste afstemming maken om begeleiders in staat te stellen cliënten te kunnen begeleiden naar meer autonomie. Hierbij is het van belang voor de bevordering van autonomie bij cliënten dat instellingen genoeg uren beschikbaar stellen waarbij cliënten één-op-één-contact met begeleiders hebben (Abbott & McConkey, 2006; Ashbaugh, 2002; Kröber, 2008;).

Reinaerde is een zorgorganisatie in de regio Utrecht die zich richt op mensen met een beperking, waar gespecialiseerde zorg wordt aangeboden aan mensen met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking. Zowel Reinaerde als Ball en collega's (2000) hechten er belang aan dat cliënten sociale contacten hebben, zelf keuzes maken, zichzelf ontwikkelen en volwaardig meedoen door deel te nemen aan de maatschappij en door rechten uit te oefenen en plichten na te leven. Deze visie sluit aan bij het burgerschapsparadigma waarbij mensen het recht hebben om hun eigen beslissingen op basis van hun subjectieve waarden te nemen (Wadensten, & Ahlström, 2009). Om de cliënt vanuit deze visie te kunnen ondersteunen bij het ervaren van zoveel mogelijk autonomie wordt een andere houding verwacht van begeleiders. De oude meer verzorgende rol van de begeleider moet door hen worden vervangen door een rol die meer gericht is op ondersteuning (Abbott & McConkey, 2006). De begeleider dient de ondersteuning die hij een cliënt verleent af te stemmen aan beperkingen en mogelijkheden die een cliënt heeft. Voor de autonomie van de cliënt is het van belang dat deze afstemming in overleg met de cliënt zelf plaats vindt. Hierbij dient de begeleider niet meer de rol in te nemen van degene die de beslissingen voor een cliënt neemt, maar de rol waarin de begeleider samen met de cliënt tot een beslissing komt (Kebbon, 1997). De mate waarin cliënten de mogelijkheid ervaren om zelf keuzes te maken is ook van invloed op de deelname die zij ervaren aan de samenleving (Van Alpen, Dijker, Van den Borne & Curfs, 2009). Begeleiders dienen cliënten op een actieve wijze vaardigheden aan te leren waarmee zij zelfstandiger kunnen functioneren binnen de samenleving Dit draagt bij aan de mate waarin cliënten autonomie ervaren (Goodley, 2005; Wehmeyer et al., 2000). Gesprekken met medewerkers van Reinaerde laten zien dat zij worstelen met het vormgeven van het begrip autonomie. Begeleiders willen dit wel, maar maken zich soms ook zorgen over de risico's van bepaalde keuzes van cliënten.

Reinaerde stelt evenals Booy en Calis (2007) dat je als hulpverlener in moet grijpen op het moment dat de zelfbeschikking de zelfontplooiing te niet doet. Als zelfbeschikking de kwaliteit van het bestaan in andere domeinen ernstig zou schaden, kan tegen keuzes ingaan en ingrijpen in het leven van een cliënt verstaan worden als een vorm van goede zorg (Booy & Calis, 2007). Van de begeleiders binnen Reinaerde wordt tevens verwacht dat ze cliënten ondersteunen bij het maken van een keuze en dat ze cliënten ondersteunen bij de uitvoering van de gemaakte keuzes. Volgens Calis (2006) is een goede hulpverlener in staat om het onderscheid tussen de twee bovenstaande aspecten van goede zorg te zien en de ondersteuning daar op af te stemmen. Dit is echter in de praktijk niet gemakkelijk, door het

ontstaan van morele dilemma's. Eén van de morele dilemma's is dat begeleiders de autonomie van cliënten willen vergroten, maar ook een sterk gevoel van verantwoordelijkheid en betrokkenheid hebben (Schuurman, 2003). Hierop wordt meestal op twee manieren door begeleiders gereageerd, namelijk enerzijds het geheel loslaten van de cliënt of anderzijds het overnemen en beheersen van de cliënt. Hierbij kan het geheel loslaten van problemen opleveren in de praktijk. Cliënten krijgen een verantwoordelijkheid die zij dikwijls niet kunnen dragen, wat bij begeleiders een gevoel van machteloosheid oproept. Hierdoor moet samen met de cliënt gezocht worden naar de grenzen van het kunnen. Hierbij moeten begeleiding aansluiten bij de beleving van de cliënt zonder geweld te doen aan de eigen professionaliteit. De controle moet niet geheel bij de cliënt liggen of juist bij de medewerker. Om dit te bereiken is het van belang dat begeleiders een balans vinden tussen het teveel loslaten en overnemen van de keuzes die gemaakt worden door cliënten. Als het doel om de balans tussen het loslaten en overnemen van keuzes bereikt is, kan dit leiden tot het maximaliseren van de autonomie van de cliënt. Vervolgens leidt dit tot het bevorderen van de kwaliteit van bestaan van de cliënt (Schuurman, 2003). Om de balans te bereiken is binnen Reinaerde de methodiek Professioneel Werken aan Eigen Route (POWER) ontwikkeld. Deze methodiek is gericht op het creëren van vrijheid voor de cliënt om zo veel mogelijk, met ondersteuning, eigen keuzes te maken en het leven volgens eigen overtuigingen vorm te geven. Door deze methodiek kan de autonomie van cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking gestimuleerd en gemaximaliseerd worden. Daarnaast heeft deze methodiek als doel de kans op een goede kwaliteit van leven van de cliënt te vergroten en wordt getracht een balans te vinden tussen het overnemen en het loslaten van cliënten door begeleiders.

Het doel van dit onderzoek is om vast te stellen of de methodiek POWER binnen Reinaerde een effect heeft op de manier van handelen van begeleiders bij het ondersteunen van cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking in hun autonomie. De vraagstelling van dit onderzoek luidt: 'Heeft de implementatie van POWER een effect op het handelen van begeleiders en op hoe de cliënten de handelingen van begeleiders ervaren met betrekking tot hun autonomie? Vanuit deze vraagstelling zijn de volgende deelvragen geformuleerd: 'Ervaren begeleiders van cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking die binnen Reinaerde wonen, een effect van de methodiek POWER op hun handelen met betrekking tot het stimuleren van

het gevoel van autonomie bij de cliënt?’ ‘Ervaren cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking die binnen Reinaerde wonen, een effect van de methodiek POWER op het handelen van begeleiders met betrekking tot het stimuleren van hun autonomie?’ De verwachting van dit onderzoek is dat POWER een positief effect heeft op het handelen van begeleiders en de beleving hiervan door cliënten. Hier houdt een positief effect in dat cliënten ervaren dat begeleiders meer dan voorheen gericht zijn op het stimuleren van autonomie. Deze verwachting wordt gesterkt omdat deze methodiek specifiek gericht is op het handelen vanuit de visie van het burgerschapsparadigma, waarin de autonomie van de cliënt op de voorgrond staat (Van Genneep, 1997). Tevens komt de methodiek POWER deels overeen met de methodiek Oplossingsgericht werken. Oplossingsgericht Werken is gebaseerd op de principes van de Oplossingsgerichte Therapie (OT) (Bakker, & Bannink, 2008). De OT is een manier van werken die gericht is op het versterken van de autonomie van cliënten, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar de oplossing in plaats van naar het probleem. Uit onderzoek blijkt dat OT een positief effect heeft op het stimuleren van autonomie bij mensen met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking, omdat bij de toepassing in de praktijk gebrek aan ziekte-inzicht en beperkingen in het geheugen geen probleem vormt (Kim, 2007; Klaver & Bannink, 2010; Roeden, Bannink, Maaskant, Leopold & Curfs, 2009; Stams, Dekovic & Buist, 2006).

Methode

Onderzoeksontwerp

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een pre-experimenteel onderzoeksontwerp. Hierbij was er sprake van één bestaande groep cliënten en een bestaande groep begeleiders. Alle begeleiders namen deel aan de training van de methodiek POWER. Voor alle begeleiders werd er een voor-, tussen- en nameting gehouden. Bij de groep cliënten alleen een voor- en nameting. Er werd geen gebruik gemaakt van een controlegroep.

Participanten

Dit onderzoek heeft zich gericht op zowel cliënten met NAH en/of lichamelijke beperkingen in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking die wonen in een residentiële instelling in Nederland als op begeleiders die hier werkzaam zijn.

Vanuit deze populatie werd binnen Reinaerde een selecte steekproef getrokken van drie locaties waar de methodiek POWER ingevoerd is. Dit waren de locaties Burgemeester Burgerhof (locatie 1), Selma Lagerlof (locatie 2) en Musicallaan (locatie 3). De eerste steekproef van dit onderzoek betrof in de voormeting 51 cliënten en in de nameting 52 cliënten. De beschrijvende statistieken van de voormeting en de nameting staan in tabel 1 en tabel 2. Cliënten met afasie namen niet deel aan dit onderzoek, omdat zij door deze beperking onvoldoende kunnen verwoorden hoe zij de begeleiding ervaren. Verder waren er voor cliënten geen andere exclusie criteria gehanteerd. De tweede steekproef in de voormeting betrof 69 begeleiders. De tussenmeting bestond uit 39 begeleiders en de nameting uit 42 begeleiders. De beschrijvende statistieken van de voor-, tussen- en nameting staan in tabel 3, 4 en 5. Alleen begeleiders die werkzaam zijn binnen de beschreven doelgroep namen deel aan dit onderzoek.

Tabel 1

Beschrijvende statistieken cliënten voormeting

Locatie	Mannen		Vrouwen	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Burgermeester Burgerhof	10	62.5	6	37.5
Selma Lagerlof	10	52.6	9	47.4
Musicallaan	7	43.8	9	56.2
Totaal	27		24	

Tabel 2

Beschrijvende statistieken cliënten nameting

Locatie	Mannen		Vrouwen	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Burgermeester Burgerhof	12	63.2	7	36.8
Selma Lagerlof	8	50.0	8	50.0
Musicallaan	7	41.2	10	58.8
Totaal	26		25	

Tabel 3

Beschrijvende statistieken begeleiders voormeting

Locatie	Mannen		Vrouwen	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Burgermeester Burgerhof	3	14.3	18	85.7
Selma Lagerlof	2	9.1	20	90.9
Musicallaan	3	20.0	12	80.0
Grote Trekdreef	0	0	11	100
Totaal	8		61	

Tabel 4

Beschrijvende statistieken begeleiders tussenmeting

Locatie	Mannen		Vrouwen	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Burgermeester Burgerhof	2	13.3	13	86.7
Selma Lagerlof	2	18.2	9	81.8
Musicallaan	1	14.3	6	85.7
Grote Trekdreef	0	0	2	66.7
Totaal	5		30	

Tabel 5

Beschrijvende statistieken begeleiders nameting

Locatie	Mannen		Vrouwen	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Burgermeester Burgerhof	3	15.0	17	85.0
Selma Lagerlof	0	0	10	100
Musicallaan	0	0	8	100
Grote Trekdreef	0	0	4	100
Totaal	3		39	

Instrumenten

De afhankelijke variabele in dit onderzoek is hoe de handelingswijze van begeleiders wordt ervaren door begeleiders zelf en door cliënten. Deze variabele is van ordinaal meetniveau. De onafhankelijke variabele in dit onderzoek is de methodiek POWER. Deze variabele is van nominaal meetniveau. In dit onderzoek worden op verschillende momenten

door middel van een vragenlijst metingen verricht. De vragenlijsten voor begeleiders en cliënten die gehanteerd worden in dit onderzoek zijn specifiek voor dit onderzoek opgesteld door de onderzoekscoördinator van Reinaerde. De vragenlijst voor begeleiders beoogt de handelingswijze met betrekking tot het stimuleren en ondersteunen van autonomie te meten. De vragenlijst voor cliënten beoogt te meten hoe zij de handelingswijze met betrekking tot het stimuleren en ondersteunen van autonomie door begeleiders ervaren.

De vragenlijst voor begeleiders bestaat uit 57 vragen en is onderverdeeld in de domeinen 'Loslaten en overnemen en (on)Macht' en 'Van probleem naar oplossing'. Het domein 'Loslaten en overnemen en (on)Macht' bestaat uit de sub domeinen: 'Zelfbeschikking- autonomie'(15 vragen), 'Afstand- nabijheid' (9 vragen) en 'Reflecteren' (3 vragen). Het domein 'Van probleem naar oplossing' bestaat uit de subcategorieën: 'Perspectief gericht' (7 vragen), 'Communicatie' (11 vragen), 'Vertrouwen' (9 vragen) en 'Ontwikkeling' (3 vragen). Deze domeinen omvatten de kern van de methodiek POWER. Op iedere vraag uit de vragenlijst kan gescoord worden op een schaal van 1 tot 5. De betekenis van de scores zijn; 1= slecht, 2= matig, 3= gemiddeld, 4= goed en 5= zeer goed. Hierbij betekent de score 5 dat een begeleider zijn eigen handelingswijze erg goed vindt op dat aspect en de score 1 dat iemand zijn eigen handelingswijze erg slecht vindt.

De vragenlijst voor cliënten bestaat uit 11 vragen, waarbij gescoord kan worden op een schaal van 1 tot 7. Deze vragenlijst bestaat niet uit domeinen of subcategorieën, omdat de cliënten over beperkte cognitieve vaardigheden beschikken. De betekenis van de scores zijn; 1= zeer mee oneens, 2= mee oneens, 3= enigszins mee oneens, 4= neutraal, 5= enigszins mee eens, 6= mee eens en 7= zeer mee eens. Hierbij betekent de score 7 dat de cliënt ervaart dat een begeleider erg goed is in zijn handelingswijze met betrekking tot het stimuleren en ondersteunen van autonomie op dat aspect en een score 1 dat de cliënt ervaart dat een begeleider niet goed hier in is. Deze vragen omvatten de kern van de methodiek POWER. Er is geen onderzoek verricht naar de validiteit en de betrouwbaarheid van de vragenlijsten. De vragenlijsten voor begeleiders en cliënten zijn gebaseerd op het burgerschapsparadigma van Van Gennep (1997), waarin de autonomie van de cliënt op de voorgrond staat.

In dit onderzoek wordt getoetst of er sprake is van samenhang tussen de verschillende vragen en subcategorieën om vast te stellen of de vragenlijst daadwerkelijk de ervaring van cliënten over de handelingswijze van begeleiders op het gebied van autonomie meet. Dit geldt ook voor de ervaring van begeleiders over hun eigen handelen op het gebied van autonomie. Toekomstig onderzoek dient aan te tonen of er samenhang en betrouwbaarheid bestaat tussen de vragen binnen een subcategorie.

Procedure

De methodiek POWER is ingevoerd op de onderzoek locaties nadat de begeleiders hier een training voor hebben doorlopen. Het onderzoek naar het effect van de methodiek is gestart voor aanvang van de eerste trainingsdag met een nulmeting (t0). Begeleiders hebben vóór de eerste methodiektraining de vragenlijst ingevuld. De tussenmeting (t1) voor begeleiders heeft plaatsgevonden gedurende het trainingstraject. De nameting (t2) is verricht drie maanden na afloop van de methodiektraining. De tweede nameting (t3) zal zes maanden na afloop van de methodiektraining worden verricht. Deze nameting is voor aanvullend onderzoek dat door Reinaerde zelf zal worden verricht. Het resultaat van de derde nameting (t3) zal dus niet mee worden genomen in de data-analyse van dit onderzoek. De begeleiders hebben de vragenlijst van de onderzoekscoördinator van Reinaerde ontvangen.

De metingen onder cliënten hebben plaatsgevonden op de verschillende locaties die aangewezen zijn voor dit onderzoek. Onderzoekers hebben face-to-face de vragenlijsten afgenomen. De nulmeting (t0) voor cliënten is voor aanvang van de methodiektraining verricht. De eerste nameting (t1) heeft drie maanden na afloop van de methodiektraining plaatsgevonden. Zes maanden na afloop van de methodiektraining zal de tweede nameting (t2) worden verricht. Deze nameting is voor aanvullend onderzoek dat door Reinaerde zelf zal worden verricht. Het resultaat van de tweede nameting (t2) zal dus niet mee worden genomen in de data-analyse van dit onderzoek.

Er zal geen meting worden verricht bij cliënten gedurende het trainingstraject voor begeleiders, omdat begeleiders nog niet volledig hebben kunnen handelen volgens de methodiek POWER. Hierdoor kunnen cliënten nog geen verschil ervaren in de handelingswijze van begeleiders. Bij begeleiders is deze meting (t1) wel verricht, omdat er een effect in bewustwording in hun handelingswijze wordt verwacht.

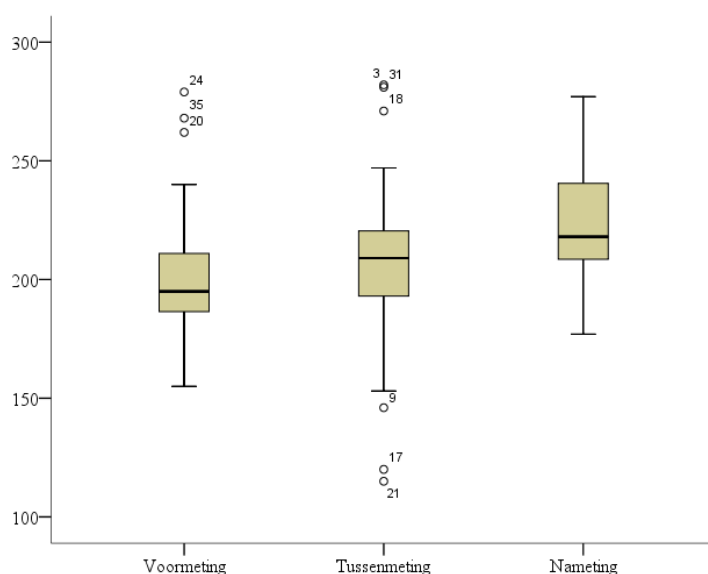
Statistische analyses

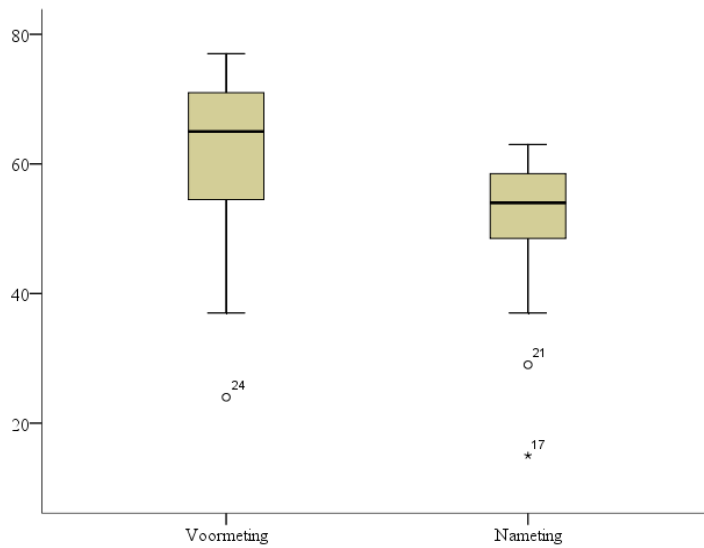
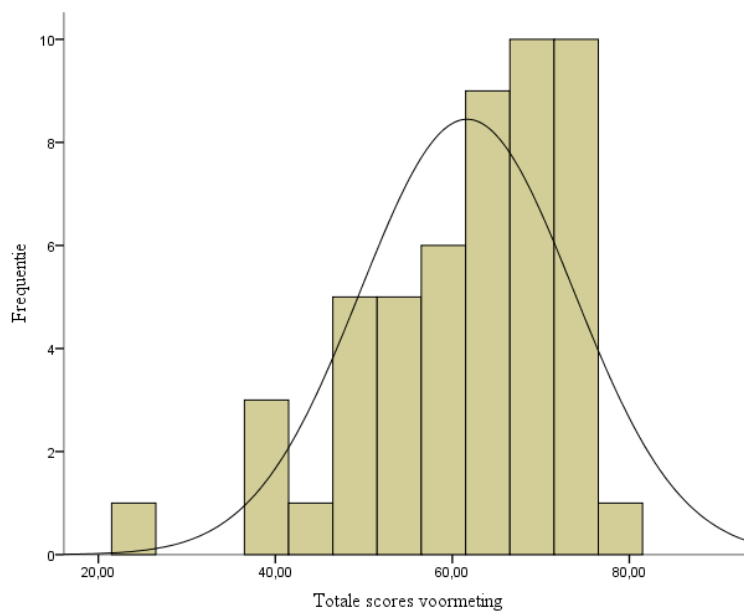
De vragenlijsten die gehanteerd zijn om het effect van de methodiek POWER te meten zijn niet gehercodeerd, omdat de schaal voor iedere vraag dezelfde betekenis heeft. Voor alle statistische analyses wordt een eenzijdig significantieniveau van $\alpha = .05$ gehanteerd.

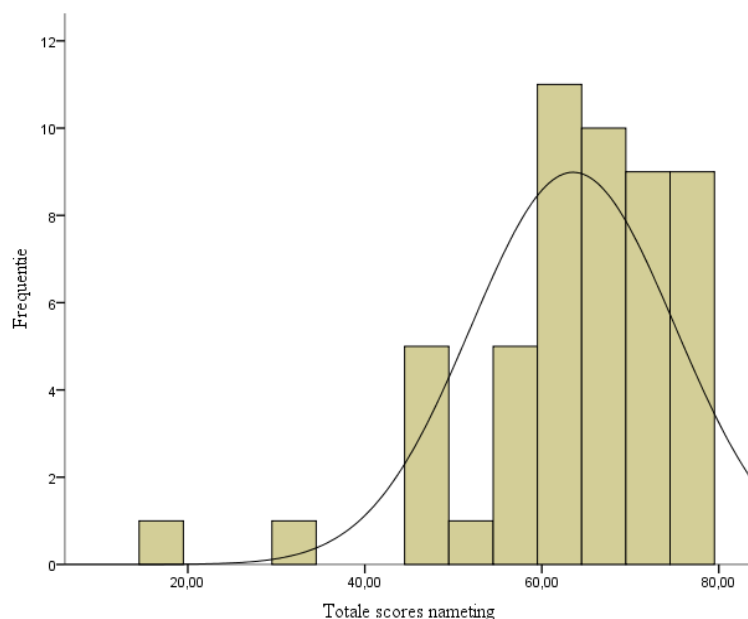
Ten eerste zijn de beschrijvende statistieken van de scores gecontroleerd op afwijkende scores of andere opvallendheden. Uit figuur 1 en 2 blijkt dat er sprake is van enkele afwijkende scores die van invloed kunnen zijn op het gemiddelde van de totale scores. Ten tweede is met een Pearson correlatietoets ($\alpha < .05$) en Cronbach's alpha nagegaan of de

vragenlijsten van cliënten en begeleiders betrouwbaar zijn en dus hetzelfde construct meten. De opgestelde vragen voor cliënten blijken significant met elkaar te correleren. Tevens is de vragenlijst intern consistent, Cronbach's $\alpha = .91$. Dit wijst op een goede betrouwbaarheid van de vragenlijst. De vragenlijst voor begeleiders is onderzocht op samenhang tussen de verschillende subcategorieën in de vragenlijst. Uit de resultaten komt naar voren dat alle subcategorieën significant met elkaar samenhangen. Tevens is de vragenlijst intern consistent, Cronbach's $\alpha = .87$. Dit wijst op een goede betrouwbaarheid van de vragenlijst.

Er is gecontroleerd of een onafhankelijke t-test geschikt is om een verschil tussen de gemiddelde score van cliënten in de voor- en de nameting te meten. Uit analyse blijkt dat de scores van zowel de voor- als de nameting niet normaal verdeeld zijn (zie Figuur 1 en 2). De afhankelijke variabelen zijn van ordinaal meetniveau. Uit de Levene's test blijkt dat er geen sprake is van homogeniteit van varianties tussen de voormeting, $F(2, 48) = .02, p = .98$ en de nameting, $F(2, 48) = 2.79, p = .07$. De vragenlijsten zijn onafhankelijk van elkaar ingevuld waardoor er sprake is van onafhankelijke scores in de voor- en de nameting. De Wilcoxon Signed-ranktoets ($\alpha < .05$) is uitgevoerd om te toetsen of er een verschil is in de ervaring van cliënten over het handelen van begeleiders in de voor- en nameting, omdat niet aan alle voorwaarden van de onafhankelijke t-toets is voldaan en omdat deze toets passend is bij het meetniveau van de variabelen. Om de Wilcoxon Signed-ranktoets uit te voeren is de mediaan van de totale scores van zowel de voor- als de nameting berekend. De keuze voor de mediaan is tot stand gekomen, omdat de variabelen van ordinaal meetniveau zijn en de mediaan niet gevoelig is voor de afwijkende scores die geconstateerd zijn (zie Figuur 1 en 2).



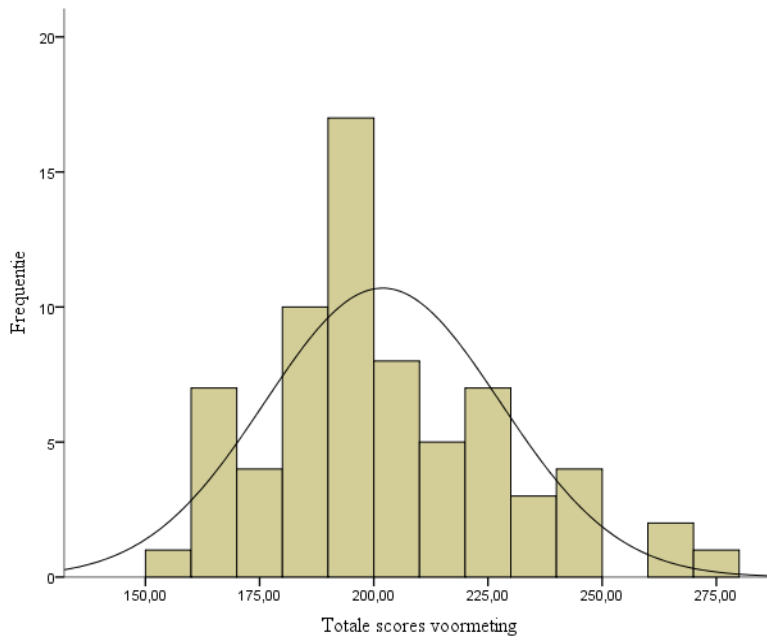
Figuur 1. Boxplot analyse begeleiders.*Figuur2.* Boxplot analyse cliënten.*Figuur 3.* Totale scores voormeting cliënten.



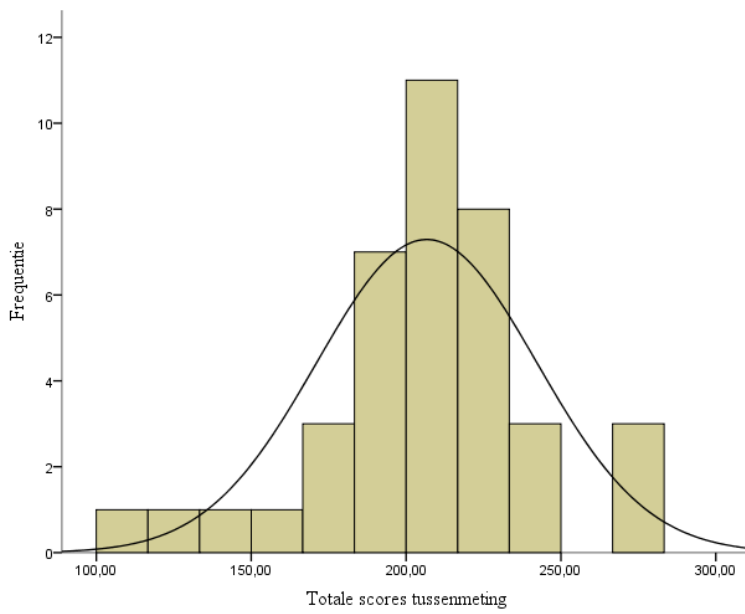
Figuur 4. Totale scores nameting cliënten.

Om te bepalen of een ANOVA geschikt is om een verschil tussen de mediaan van de scores van begeleiders in de voor-, tussen-, en nameting is allereerst onderzocht of aan de assumpties is voldaan. Uit analyse blijkt dat de scores van zowel de voor-, tussen-, als de nameting normaal verdeeld zijn (zie Figuur 3, 4 en 5). De afhankelijke variabelen zijn van ordinaal meetniveau. Uit de Levene's test blijkt dat er geen sprake is van homogeniteit van varianties tussen de voor-, $F(3, 65) = .55, p = .65$, tussen-, $F(1, 33) = 1.33, p = .26$ en de nameting, $F(3, 38) = 1.97, p = .14$. De vragenlijsten zijn onafhankelijk van elkaar ingevuld waardoor er sprake is van onafhankelijke scores in de voor- en de nameting.

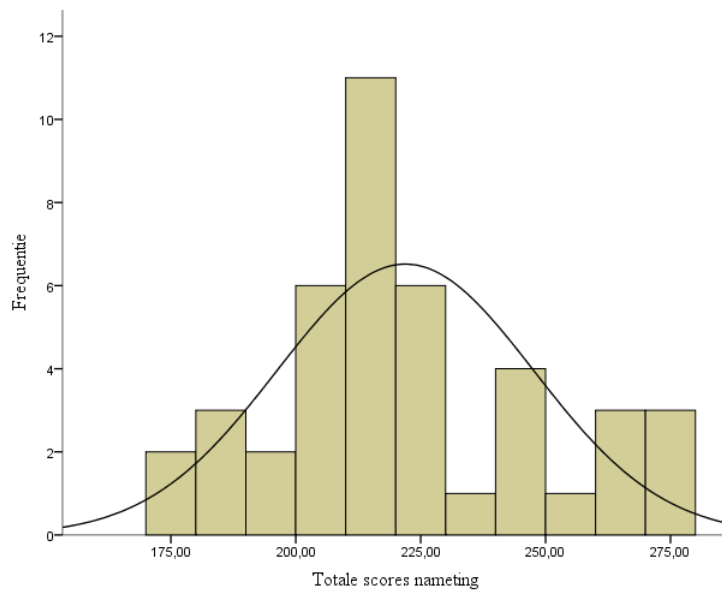
Een Friedman's ANOVA ($\alpha < .05$) wordt uitgevoerd om te toetsen of er een verschil is in de ervaring van begeleiders over hun eigen handelen in de voor-, tussen- en nameting, omdat niet aan alle voorwaarden van de ANOVA is voldaan. Bij de uitvoering van de Friedman's ANOVA is de mediaan van de totale scores van zowel de voor-, tussen- en de nameting berekend. Deze totale scores worden berekend door de scores van de verschillende domeinen bij elkaar op te tellen. Als er sprake is van een significant verschil tussen de verschillende metingen wordt een Wilcoxon signed-ranked toets ($\alpha < .0167$) als post hoc uitgevoerd om vast te stellen waar het verschil zich bevindt.



Figuur 5. Totale scores voormeting begeleiders.



Figuur 6. Totale scores tussenmeting begeleiders.



Figuur 7. Totale scores nameting begeleiders.

Op basis van de gradaties van effectgrootte opgesteld door Cohen (1992), wordt in dit onderzoek een matig effect van 0.50 als voldoende beschouwd om een klinisch relevant verschil aan te kunnen tonen. Om een power van 0.80 te behalen moeten er tenminste 35 cliënten en begeleiders meedoen aan het onderzoek. Een power van 0.80 betekent dat er een kans is van 80 % dat de methodiek POWER effectief is en de hypothese terecht aangenomen wordt (Erdfelder, Faul, & Buchner, 1996). Het huidige onderzoek bestaat in de voormeting uit 51 cliënten, hiermee wordt een power van 0.93 bereikt ($\alpha = .05$). Er hebben 52 cliënten deelgenomen aan de nameting en hiermee wordt tevens een power van 0.93 bereikt ($\alpha = .05$). Aan de voormeting hebben 69 begeleiders deelgenomen, waarmee een power van 0.98 bereikt ($\alpha = .05$). De tussenmeting bestaat uit 39 begeleiders, met een power van 0.86 ($\alpha = .05$). Aan de nameting hebben 42 begeleiders deelgenomen, waarmee een power van 0.89 is bereikt ($\alpha = .05$). De power is berekend door middel van het programma GPOWER (versie 3.1). De analyses zijn uitgevoerd in SPSS 16.0.

Ethische overweging

Het onderzoek is ethisch verantwoord, aangezien de vragenlijsten op vrijwillige en anonieme basis zijn ingevuld. De cliënten en begeleiders hadden ruim de tijd om de vragenlijsten in te vullen en te retourneren. Het invullen van de vragenlijsten duurde gemiddeld een kwartier. Wat betreft de duur van het invullen van de vragenlijsten is het onderzoek niet belastend. Daarnaast is rekening gehouden met de beperking van cliënten, door de mate van

ondersteuning die geboden is bij het afnemen van de vragenlijst hierop af te stemmen.

Resultaten

Cliënten

Een Wilcoxon signed-ranged toets ($\alpha < .05$) is uitgevoerd om te toetsen of er een significant verschil is in de ervaring van cliënten in de handelingswijze van begeleiders in de voor- en de nameting. De mediaan van de nameting ($MD = 62$) is groter is dan in de voormeting ($MD = 61.5$). Er is echter geen sprake van een significant verschil tussen de voor- en de nameting, $z = -.33$, $p = .74$.

Begeleiders

Een Friedman's ANOVA ($\alpha < .05$) wordt uitgevoerd om vast te stellen of er een significant verschil is in de ervaring van begeleiders over hun eigen handelingswijze in de voor-, tussen- en nameting. De mediaan van de voormeting ($MD = 196$) is kleiner dan de mediaan van de tussenmeting ($MD = 209$). De mediaan van de voor- en de tussenmeting is kleiner dan de mediaan van de nameting ($MD = 218$). Uit de Friedman's ANOVA blijkt dat er een significant verschil is tussen de drie metingen, $\chi^2(2) = 12.10$, $p < .05$. Een Wilcoxon signed-ranked toets ($\alpha < .0167$) is uitgevoerd om vast te stellen welke metingen significant van elkaar verschillen. Een significant verschil is vastgesteld tussen de voor- en de nameting, $z = -3.05$, $p = .002$, $r = -.29$. Hierbij is er sprake van een middelmatig effect.

Discussie

Reinaerde hecht veel waarde aan het bevorderen van de autonomie van cliënten. De verwachting is dat de methodiek POWER hieraan kan bijdragen door professionalisering van de handelingswijze van begeleiders (Bakker, & Bannink, 2008; Kim, 2007; Klaver & Bannik, 2010; Roeden, Bannink, Maaskant, Leopold & Curfs, 2009; Stams, Dekovic & Buist, 2006). In huidig onderzoek is nagegaan of de methodiek POWER daadwerkelijk een effect heeft op het bevorderen van de autonomie van cliënten. Om het effect van de methodiek POWER te onderzoeken is de volgende vraagstelling opgesteld: 'Heeft de implementatie van POWER een effect op het handelen van begeleiders en op hoe de cliënten de handelingen van begeleiders ervaren met betrekking tot hun autonomie? Vanuit deze vraagstelling zijn de

volgende deelvragen geformuleerd: ‘Ervaren begeleiders van cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking die binnen Reinaerde wonen, een effect van de methodiek POWER op hun handelen met betrekking tot het stimuleren van het gevoel van autonomie bij de cliënt?’ ‘Ervaren cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking die binnen Reinaerde wonen, een effect van de methodiek POWER op het handelen van begeleiders met betrekking tot het stimuleren van hun autonomie?’.

Dit onderzoek heeft geen effect van de methodiek POWER aangetoond op de ervaring van cliënten met betrekking tot de handelingwijze van begeleiders in het stimuleren van hun autonomie. Deze bevinding wordt gesterkt doordat er een hoge betrouwbaarheid van de vragenlijst voor cliënten is waargenomen. Ondanks dat de vragenlijst aangepast is aan de verminderde cognitieve capaciteiten van de cliënt is het mogelijk dat er door hen onvoldoende onderscheid kan worden gemaakt tussen de zeven antwoordmogelijkheden. Dit kan nadelige gevolgen hebben gehad voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. Het feit dat er geen effect gevonden is kan mogelijk ook verklaard worden door de korte tijd tussen de voor- en nameting. Hierdoor kan het zijn dat de handelingswijze van begeleiders volgens de methodiek POWER nog weinig zichtbaar is geweest voor cliënten. Dit is in lijn met onderzoek van Calis (2006) en Schuurman (2003). In deze onderzoeken komt naar voren dat er in de praktijk morele dilemma's kunnen ontstaan omtrent de autonomie van cliënten. Hulpverleners hebben hierbij tijd nodig om een goede balans te vinden tussen het overnemen en loslaten van de keuzes van cliënten. Tot slot kan er opgemerkt worden dat er een hoge tevredenheid bestond over de handelingswijze van begeleiders in de voormeting, waardoor de kans minder groot was dat er door de implementatie van de methodiek POWER een hogere mate van tevredenheid over de handelingswijze van begeleiders in de nameting. Dit is in tegenstelling met wat er uit de literatuur naar voren komt, waaruit blijkt dat cliënten in residentiële instellingen niet tevreden zijn over de mate van autonomie die zij ervaren (Ball et. al., 2000). Mogelijk heeft de visie van Reinaerde, waarin wordt gesteld dat cliënten zoveel mogelijk regie over hun eigen leven moeten hebben al invloed op de handelingswijze van begeleiders. Begeleiders richten zich vanuit deze visie al op het stimuleren van autonomie bij cliënten. Cliënten zijn hierdoor mogelijk al tevreden over de autonomie die zij ervaren.

De methodiek POWER is gebaseerd op OT, welke een positief effect heeft op het stimuleren van autonomie bij mensen met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking (Kim, 2007; Klacer

& Bannik, 2010; Roeden, Bannink, Maaskant, Leopold & Curfs, 2009; Stams et al., 2006; Wand, 2010). In het huidige onderzoek werd verwacht dat de methodiek POWER een positief effect heeft op het handelen van begeleiders en de beleving hiervan door cliënten. Uit de resultaten blijkt dat de methodiek POWER een middelmatig effect heeft op het handelen van begeleiders met betrekking tot het stimuleren van autonomie bij cliënten, wanneer de voor- en de nameting met elkaar worden vergeleken. Hoewel er geen sprake is van een klinisch relevant effect, blijken de resultaten wel hoopgevend voor de verdere implementatie van de methodiek POWER. Dit is te zien aan de stijgende lijn in de handelingswijze van begeleiders gericht op het stimuleren van autonomie bij de cliënt.

De vragenlijst voor begeleiders blijkt betrouwbaar te zijn wanneer samenhang tussen de subcategorieën wordt gemeten. Er is met het oog op de beperkte onderzoeksperiode echter geen analyse verricht naar de samenhang van de vragen binnen de verschillende subcategorieën. Hierdoor is niet met zekerheid te concluderen dat de beleving van begeleiders over hun handelingswijze aan de hand van de vragenlijst wordt gemeten. Dit gaat ten koste van de interne validiteit. Wanneer het aantal begeleiders welke hebben deelgenomen aan de voor-, tussen- en nameting wordt geanalyseerd blijkt dat er sprake is van uitval. Mogelijk heeft dit negatieve gevolgen gehad voor het verkrijgen van een klinisch relevant effect, omdat er bij een grotere onderzoeksgroep een sterker effect kan worden verwacht

Bij het antwoord op de vraagstelling kunnen verschillende kanttekeningen worden gemaakt voor toekomstig onderzoek. Het aantal antwoordmogelijkheden in de vragenlijst voor cliënten dient te worden teruggedrongen. In de praktijk bleek het voor sommige cliënten moeilijk onderscheidt te maken tussen de verschillende antwoordmogelijkheden. Door de vragenlijst aan te passen wordt meer rekening gehouden met cognitieve capaciteiten van de cliënten. Tevens moet de vragenlijst voor begeleiders verder worden onderzocht op de betrouwbaarheid en validiteit, waardoor de kans wordt vergroot dat de handelingswijze van begeleiders daadwerkelijk wordt gemeten. Een andere factor die toekomstig onderzoek zou kunnen versterken is het hanteren van een zuiver experimenteel onderzoeksontwerp waarbij er sprake is van randomisatie. Hiermee kan zowel de interne als de externe validiteit van het onderzoek worden vergroot.

Dit onderzoek dient te worden gezien als een eerste hoopgevend effectonderzoek naar de implementatie van de methodiek POWER. Dit onderzoek toont aan dat begeleiders behoefte hebben aan richtlijnen waarmee zij de autonomie van cliënten kunnen stimuleren. In de toekomst moet blijken of deze methodiek daadwerkelijk bij zal dragen aan het vergroten

van de autonomie van cliënten met NAH en/of een lichamelijke beperking in combinatie met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking.

Referenties

- Abbott, S., & McConkey, R. (2006). The barriers tot social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 10*, 275-287.
- Alpen, L. M., van, Dijker, A. J. M., Borne, B. H. W., van den, & Curfs, L. M. G. (2009). The significance of neighbours: Views and experiences of people with intellectual disability on neighbouring. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*, 745-757.
- Arksey, H., & Glendinning, C. (2007). Choice in the context of informal care-giving. *Health and Social Care in the Community, 15*, 165-175. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00671.x
- Ashbaugh, J. W. (2002). Down the garden path of self-determination. *Mental Retardation, 40*, 416-432.
- Bakker, J. M., & Bannink, F. P., (2008). Oplossingsgerichte therapie in de pshychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 50*, 55-59.
- Ball, M. M., Whittington, F. J., Perkins, M. M., Patterson, V. L., Hollingsworth, C., King, S. V., & Bess, L. (2000). Quality of life in assisted living facilities: Viewpoints of Residents. *Journal of Applied Gerontology, 19*, 304-325. doi:10.1177/073346480001900304
- Booy, A.M., &Calis, J.(2007). Referentiekader voor goed hulpverlenerschap. Met het oog op zelfbeschikking en zelfontplooiing. Intern document Reinaerde. Reinaerde: Utrecht
- Calis, J. (2006). Beoordelen van wilsonbekwaamheid binnen Reinaerde. *Werk Wijzer Reinaerde*. Reinaerde: Utrecht.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.
- Conneeley, A. L. (2003). Quality of life and traumatic brain injury: A one-year longitudinal qualitative study. *British Journal of Occupational Therapy, 66*, 440-446.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 28*, 1-11.
- Frederiks, B. J. M., Hooren van, R. H., & Moonen, X. M. H. (2009). Nieuwe kansen voor het burgerschapsparadigma: Een pedagogische, ethische en juridische beschouwing. *Nederland Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten, 1*, 3-30. doi: 10.1155/2008/496467
- Gennep, A. van, & Ruigrok, H. (2002). Tussen deinstitutionalisatie en integratie: Op weg naar inclusie? *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten, 4*, 207-224.

- Gennep van, A. (1997). Paradigma-verschuiving in de visie op zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 36, 189-201.
- Gignac, M. A. M., & Cott, C. (1998). A conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical illness and disability. *Social Science and Medicine*, 47, 739-753.
- Goodley, D. (2005). Empowerment, self-advocacy and resilience. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9, 333-343.
- Kat, L., Schipper, K., Knibbe, J., & Abma, T. (2010). A patient's journey: Acquired brain injury. *British Medical Journal*, 340, 1-7.
- Kebbon, L. (1997). Nordic contributions to disability policies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 120-125.
- Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18, 107-116. doi: 10.1177/1049731507307807
- Klaver, M., & Bannink, F. (2010). Oplossingsgerichte therapie bij patiënten met niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 2, 11-19.
- Konrad, C., Geburek, A. J., Rist, F., Blumenroth, H., Fischer, B., Husstedt, I., ... Lohman, H. (2011). Long-term cognitive and emotional consequences of mild traumatic brain injury. *Psychological Medicine*, 41, 1197-1211. doi:10.1017/S0033291710001728
- Kröber, H. R. (2008). *Gehandicaptenzorg inclusie en organiseren*. Rotterdam: Pameijer. Academisch proefschrift.
- Lux, W. (2007). The neurocognitive basis of compromised autonomy after traumatic brain injury: Clinical and ethical consideration. *Neurotherapeutics: The Journal of the American Society for Experimental Neurotherapeutics*, 4, 525-530.
- McConkey, R. (2007). Variations in the social inclusion of people with intellectual disabilities in supported living schemes and residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 207-217.
- Moser, A., Houtepen, R., Bruggen van der, H., Spreeuwenberg, C., & Widdershoven, G. (2009). Autonomous decision making and moral capacities. *Nursing Ethics*, 16, 203-218. doi:10.1177/0969733008100080
- Nota, L., Ferrari, S., Soresi, S., & Wehmeyer, M. (2007). Self-determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability*, 51, 850-865. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00939
- Overmars-Marx, T. (2011). Meedoen en erbij horen in je eigen wijk: wat is er nodig?

- Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking*, 4, 244-256.
- Regnier, V., & Denton, A. (2009). Ten new and emerging trends in residential group living environments. *Neurorehabilitation*, 25, 169-188. doi:10.3233/NRE-2009-0514
- Roeden, J. M., Bannink, F. P., Maaskant, M. A., & Curfs, L. M. G. (2009). Solution-focused brief therapy with persons with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6, 253-259.
- Roovers, M. M. (2004). *Mensbeelden en moreel handelen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten: Een empirisch-ethisch onderzoek*. Nijmegen. Academisch Proefschrift.
- Schipper, K., Widdershoven, G. A. M., & Abma, T. A. (2011) Citizenship and autonomy in acquired brain injury. *NursingEthics*, 18, 526-536. doi:10.1177/0969733011403554
- Schuurman, M.I.M. (2003). Zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van mensen met een verstandelijke handicap. Uit: Rapport Signalering Ethiek en Gezondheid.
- Stams, G. J., Dekovic, M., Buist, K., e.a. (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Gedragstherapie*, 39, 81-94.
- Wadensten, B., & Ahlström, G. (2009). Ethical values in personal assistance: narratives of people with disabilities. *Nurs Ethics*, 16, 759-774. doi:10.1177/0969733009341913
- Wehmayer, M., Bersani, H., Jr., & Gagne, R. (2000). Riding the Third Wave: Self-Determination and Self-Advocacy in the 21st Century. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15, 106-115).
- Wehmeyer, M. L., Kelchner, K., & Richards, S. (1996). Essential characteristics of self-determined behavior of individuals with mental retardation. *American Journal of Mentalretardation*, 100, 632-642. doi:10.1177/0885728811398271
- Wullink, M., Widdershoven, G., Schroyensteen van, H., Metsemakers, J., & Dinant, G. J. (2009). Autonomy in relation to health among people with intellectual disability: A literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 816-826. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01196.x