

Verband tussen sensitieve responsiviteit en competentieontwikkeling  
van mensen met een verstandelijke beperking bij een  
ontwikkelingsgerichte-methodiek

*Masterscriptie Pedagogische Wetenschappen, afdeling Orthopedagogiek*

**Gegevens student**

Naam: Asmae Bartal  
Studentnummer: 384473  
Opleiding: Orthopedagogiek  
Faculteit: Faculteit der Sociale Wetenschappen  
Universiteit: Erasmus Universiteit Rotterdam

**Gegevens scriptiebegeleider**

Naam: Dr. Jacqueline Schenk  
Telefoonnummer: 010 408 9680  
E-mailadres: schenk@essb.eur.nl

**Gegevens tweede beoordelaar**

Naam: Loes Pouwels  
Telefoonnummer: 010 4082175  
E-mailadres: pouwels@essb.eur.nl



Rotterdam, 2 februari 2018

## **Samenvatting**

Huidige studie heeft het verband onderzocht tussen de sensitieve responsiviteit van begeleiders en de competentieontwikkeling van cliënten met een verstandelijke beperking bij de implementatie van een ontwikkelingsgerichte methodiek. In deze studie is gekeken naar een specifieke ontwikkelingsgerichte methodiek, namelijk de INVRA-methodiek ‘Op Eigen Benen’. Deze methodiek is gebaseerd op de Zone van Naaste ontwikkeling (Vygotsky, 1978). Huidig onderzoek heeft een longitudinaal design met twee meetmomenten. Aan het onderzoek hebben 15 cliënten en 10 begeleiders deelgenomen. De sensitieve responsiviteit is met behulp van een observatie instrument in kaart gebracht. De competentieontwikkeling van de cliënten is gemeten met behulp van een vragenlijst. Uit de statistische analyses blijkt dat de sensitieve responsiviteit van de begeleider een significante voorspeller is voor de competentieontwikkeling van cliënten met een verstandelijke beperking. Ook wanneer wordt gecontroleerd voor de demografische variabelen van de cliënten en de begeleiders is de sensitieve responsiviteit een significante voorspeller. Het is daarom van belang dat begeleiders een hoge mate van sensitieve responsiviteit vertonen tijdens de interactie met cliënten met een verstandelijke beperking. Dit draagt immers positief bij aan de competentieontwikkeling en zelfstandigheidbevordering van cliënten met een verstandelijke beperking. Organisaties zouden begeleiders kunnen trainen in het tonen van een hoge mate van sensitieve responsiviteit. Daarnaast kunnen organisaties tijdens sollicitaties inschatten of potentiële begeleiders een hoge mate van sensitieve responsiviteit vertonen. Wanneer dit niet het geval is, kunnen de potentiële begeleiders hierin getraind worden.

## **Abstract**

Current study has researched the connection between sensitive responsiveness of coaches and the competency development of clients with a mental disorder when a development-oriented methodology is implemented. This study has focused on one specific development-oriented methodology which is the INVRA-methodology ‘Op Eigen Benen’, which is based on the ‘Zone of Proximal Development’ (Vygotsky, 1978). Current research has a longitudinal research design with two measuring moments. 15 clients and 10 coaches have participated in the research. The sensitive responsiveness is outlined using an observation tool and the competency development of the clients is measured with the aid of a questionnaire. The statistical analyses done in this study have shown that the sensitive responsiveness of the coach is a significant predictor for the competency development of clients with a mental disorder.

This is also the case when demographic variables of both clients and coaches are checked. Therefore, it is important that coaches show a high degree of sensitive responsiveness when interacting with clients that have a mental disorder. After all, this contributes positively to the development of the clients' competences and self-dependence. Organizations could therefore train coaches in exhibiting a higher degree of sensitive responsiveness. Moreover, organizations could check for the level of sensitive responsiveness the applicant shows during the job interview. If this is not the case, the potential coaches can be trained to develop a higher degree of sensitive responsiveness.

## Inleiding

In Nederland wonen naar schatting 300.000 tot 600.000 mensen met een verstandelijke beperking (Riemersma & Dijkstra, 2013). Een verstandelijke beperking wordt omschreven als een beperking in het intellectueel en adaptief functioneren, dat uiting komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden (Buntinx, 2003). Er zijn drie classificaties te onderscheiden met betrekking tot verstandelijke beperkingen, namelijk (1) matige of ernstige verstandelijke beperking, met een intelligentie quotiënt (IQ) onder 50, (2) lichte verstandelijke beperking, met een IQ tussen 50 en 70, en (3) zwakbegaafdheid, met een IQ tussen 70 en 85 (Woittiez, Putman, Eggink, & Ras, 2014). Voor alle categorieën geldt dat deze lagere intelligentie gepaard gaat met problemen in het sociaal aanpassingsvermogen (Zoon, 2013).

Naast problemen in het sociaal aanpassingsvermogen hebben mensen met een verstandelijke beperking door deze deficiënties een grotere kans op het ontwikkelen van mentale en lichamelijke gezondheidsproblemen (Crocker, Prokić, Morin, & Reyes, 2013). Bij deze groep komen lichamelijke gezondheidsproblemen twee keer zo vaak voor dan bij mensen zonder een verstandelijke beperking. Ook hebben ze moeite met het herkennen van gezondheidsproblemen, wat ervoor zorgt dat ze niet tijdig op zoek gaan naar (professionele) hulp (Lennox & Kerr, 1997). Daarnaast kunnen lichamelijke gezondheidsproblemen een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van gedragsproblemen. Een drietal studies laat een verband zien tussen een aantal mentale stoornissen, fysieke beperkingen en lichamelijke gezondheidsproblemen (Borthwick-Duffy, 1994; Cooper et al. 2009; Crocker et al. 2006). Lichamelijke gezondheidsproblemen, zoals epilepsie, overgewicht, huidaandoeningen, hartklachten en zintuigelijke beperkingen worden bij deze groep geassocieerd met angststoornissen, destructief gedrag, overprikkeling, depressie en stemmingsstoornissen (Tsiouris, 2010). Een relatief grote groep mensen met een verstandelijke beperking heeft door hiervoor genoemde bijkomende problematiek extra ondersteuning nodig (Zoon, 2013).

Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee behandelvormen die worden geboden aan mensen met een verstandelijke beperking, namelijk klachtgerichte - en ontwikkelingsgerichte behandeling (Diepenhorst & Hollander, 2011). Bij de klachtgerichte behandeling wordt gefocust op het behandelen van de psychiatrische problematiek waar deze doelgroep mee kampt, zoals *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), Autismespectrumstoornis (ASS) of depressie (Diepenhorst & Hollander, 2011). De ontwikkelingsgerichte behandeling richt zich op het stimuleren van de ontwikkeling en het bevorderen van het verkrijgen van vaardigheden, ofwel zelfstandigheidsbevordering (Diepenhorst & Hollander, 2011). Deze

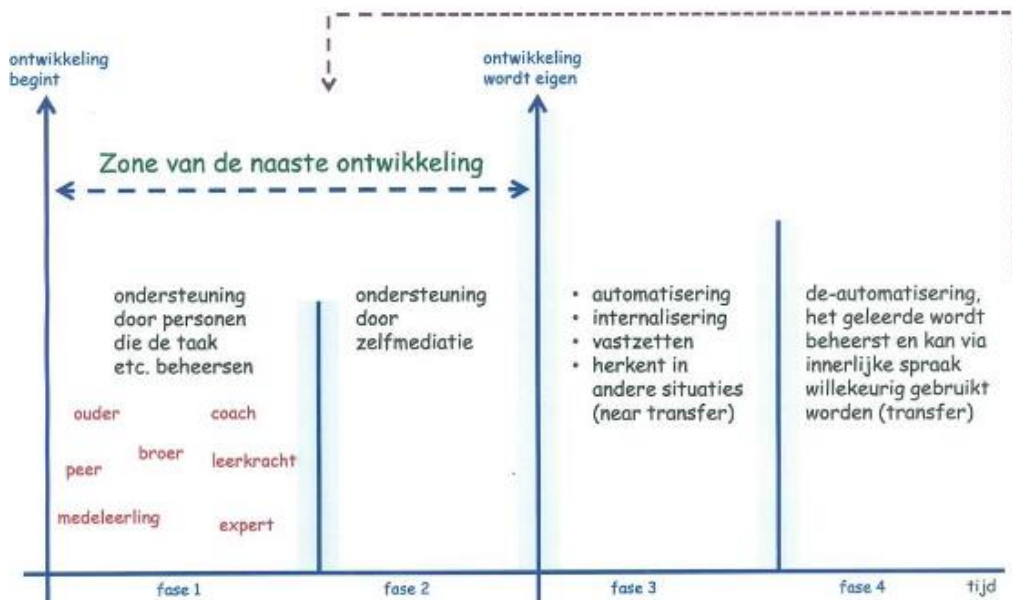
zelfstandigheidsbevordering komt tot uiting in verschillende domeinen, zoals in het stimuleren van het vinden van passend werk. Daarnaast kan deze zelfstandigheidsbevordering ook plaatsvinden op het gebied van huishoudelijke taken, zelfzorg en persoonlijke hygiëne (Scholten & Schuurman, 2015).

In het huidige onderzoek wordt gekeken naar een methode om de zelfstandigheid van cliënten met een verstandelijke beperking te bevorderen, namelijk de Inventarisatie Van Redzaamheid Aspecten (INVRA-Wonen) methodiek ‘Op Eigen Benen’. Dit is een specifieke ontwikkelingsgerichte behandelingsmethodiek en wordt gebruikt in de begeleiding van cliënten met een verstandelijke beperking (Scholten & Schuurman, 2015). De methodiek is doelgroep-onafhankelijk en is geschikt voor cliënten met een verstandelijke beperking. De doelstellingen en uitgangspunten van deze methodiek zijn het stimuleren van de ontwikkeling en het bevorderen van de zelfstandigheid van cliënten met een verstandelijke beperking. Daarnaast legt de methodiek nadruk op het bevorderen van de competentieontwikkeling van de cliënt: nieuwe kennis opdoen, nieuwe vaardigheden verwerven en toepassen in de praktijk (Scholten & Schuurman, 2015). Een begeleider speelt hierbij een belangrijke rol in het realiseren van deze doelstellingen. Deze begeleider past zich aan aan de behoeften van de cliënt en schat in waar en wanneer de cliënt hulp nodig heeft, bijvoorbeeld door de cliënt te ondersteunen bij huishoudelijke taken op het moment dat de cliënt dit niet zelfstandig kan. Op deze manier kan de begeleider passende hulp bieden aan de cliënt.

Het toepassen van de ‘Op Eigen Benen’ methode wordt verricht gedurende de begeleiding van de cliënt. De cliënten worden met behulp van het INVRA-meetinstrument gemeten op zes domeinen: zelfverzorging en gezondheid, huishoudelijk domein, cognitief domein, maatschappelijk domein, sociaal domein en eigenwaarde (Scholten & Schuurman, 2015). Het instrument meet tracht te meten welke competenties de cliënten bezitten en welke competenties kunnen worden uitgebreid. Vervolgens wordt samen met de cliënt besproken aan welke domeinen kan worden gewerkt. Op basis hiervan worden SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) doelen geformuleerd. De cliënt werkt aan deze doelen met ondersteuning van zijn of haar begeleider, zodoende wordt er getracht het zelfredzaamheidsniveau van de cliënten te verhogen (Scholten & Schuurman, 2015). Uit een effectstudie van Bors, Mulder, en Scholten (2000) blijkt een significante toename in het zelfredzaamheidsniveau bij 15 van de 16 cliënten. Het stellen van SMART doelen is echter niet het enige uitgangspunt van de methodiek.

Een ander uitgangspunt van de werkwijze van de methodiek ‘Op Eigen Benen’ is de zone van naaste ontwikkeling (Vygotsky, 1978). De zone van naaste ontwikkeling wordt door

Vygotsky (1978) beschreven als de afstand tussen de werkelijke ontwikkeling van een individu en het niveau van potentiële ontwikkeling. Het is wenselijk dat begeleiding plaatsvindt binnen deze zone van naaste ontwikkeling. Dit zorgt ervoor dat de ontwikkeling van een individu wordt gestimuleerd, waardoor men meer taken zelfstandig kan uitvoeren (Chaiklin, 2003). Met inachtneming van het theoretische principe van de zone van naaste ontwikkeling biedt een begeleider ondersteuning bij een activiteit die een cliënt nog niet zelfstandig kan uitvoeren. Op deze manier wordt volgens de zone van naaste ontwikkeling de cliënt uitgedaagd om in de toekomst zelfstandiger te worden. Deze wijze van ondersteuning wordt door Wood, Bruner, en Ross (1976) ook wel *scaffolding* genoemd, letterlijk vertaald het voorzien van steigers om verder te komen in de ontwikkeling (Hmelo-Silver, Duncan, & Chinn, 2007). In Figuur 1 wordt het uitgangspunt van de zone van naaste ontwikkeling geïllustreerd ("De zone van de Naaste Ontwikkeling I", z.j.).



Figuur 1. Herdrukt van "De zonde van de Naaste Ontwikkeling I": op 2017, 23 december. Verkregen van <https://www.stibco.nl/index.php/mogelijkheden/zno-stibco-emieli?start=1>

De werkelijke ontwikkeling wordt bepaald door het probleemoplossend vermogen van het individu, terwijl de potentiële ontwikkeling wordt bepaald door het probleemoplossend vermogen van het individu onder begeleiding van een volwassene of in samenwerking met leeftijdsgenoten (Vygotsky, 1978). Op basis van deze theorie (Vygotsky, 1978) kan worden gesteld dat, aan de hand van voldoende *scaffolding*, de kwaliteit van de begeleiding in zijn algemeenheid van groot belang is voor een succesvol resultaat van de methodiek. Dit komt ook naar voren in het onderzoek van Thomas (2006), namelijk dat 70 tot 35% van de effectiviteit

van een behandeling of methodiek wordt bepaald door algemeen werkzame factoren. Eén van de belangrijkste algemeen werkzame factoren is de kwaliteit van de relatie tussen de begeleider en de cliënt (Thomas, 2006).

De kwaliteit van deze relatie kan worden bevorderd door de sensitieve responsiviteit van de begeleider te verhogen of te maximaliseren. Sensitieve responsiviteit houdt in dat de begeleider het gedrag van de cliënt juist interpreteert en op een adequate manier reageert op dit gedrag (Paulussen-Hoogbeem, Stams, Hermanns, & Peetsma, 2008). Het tonen van een hoge mate van sensitieve responsiviteit voorspelt namelijk de effectiviteit van scaffolding (Mulvaney, McCartney, Bub, & Marshall, 2006). Wanneer de begeleiders een hoge mate van sensitieve responsiviteit vertonen naar de cliënt wordt de effectiviteit van scaffolding verhoogd.

In de huidige studie wordt de relatie tussen de sensitieve responsiviteit van de begeleider en de competentieontwikkeling van de cliënt onderzocht bij de implementatie van de INVRA-methodiek 'Op Eigen Benen'. Dit onderzoek is maatschappelijk relevant, omdat adequate en gepaste begeleiding van cliënten met een verstandelijke beperking bijdraagt aan de verhoging van de zelfstandigheid van deze cliënten. Dit sluit aan bij het hedendaags denken over participatie en inclusie. In het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap is namelijk vastgesteld dat mensen met een beperking het recht hebben om zelfstandig deel te nemen aan de samenleving. Hierbij staan inclusie (alle personen zijn gelijk en worden als volwaardige burgers opgenomen in de samenleving) en gelijkwaardigheid centraal (Sorée, 2011). Het doel van het huidige onderzoek is daarom om na te gaan welke aspecten van gedrag van de begeleider positief bijdragen aan de ontwikkeling van de cliënt. Er is voor zover bekend nog geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar de werkzame elementen van de begeleider bij het toepassen van de 'Op Eigen Benen' methodiek. Huidig onderzoek tracht om deze reden een lacune in bestaande wetenschappelijke kennis op te vullen. Daarnaast is het onderzoek ook relevant voor de professionele praktijk. Begeleiders die van deze methodiek gebruikmaken, kunnen immers aan de hand van de onderzoeksresultaten hun werkzaamheden verbeteren.

Er zal om deze redenen worden getracht antwoord te geven op de volgende centrale onderzoeksvraag: "Wat is de relatie tussen sensitieve responsiviteit van de begeleider tijdens de interactie met cliënten en de competentieontwikkeling van cliënten met een verstandelijke beperking, bij de implementatie van de 'Op Eigen Benen' methodiek"? Om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden, worden op basis van de literatuur (Chaiklin, 2003; Thomas, 2006; Vygotsky, 1978) de volgende hypothese geformuleerd:

'Cliënten met een verstandelijke beperking waarbij begeleiders een hogere mate van sensitieve responsiviteit laten zien tijdens de interactie met de cliënt scoren hoger op

competentieontwikkeling dan cliënten waarbij begeleider een lagere mate van sensitieve responsiviteit laten zien tijdens de interactie, bij de implementatie van de ‘Op Eigen Benen’ methodiek.’

## **Methode**

### **Design**

Het huidige onderzoek heeft een longitudinaal *within-subject* design. De afhankelijke variabele was de competentieontwikkeling van de cliënt. De competenties van de cliënt werd op twee momenten gemeten (T0 en T1) op de zes INVRA-domeinen; 1) zelfverzorging en gezondheid, 2) huishoudelijk domein, 3) cognitief domein, 4) maatschappelijk domein, 5) sociale domein en 6) eigenwaarde (Scholten & Schuurman, 2015). Het interval tussen de twee meetmomenten was zes maanden. De onafhankelijke variabele was de sensitieve responsiviteit van de begeleider. De sensitiviteit van de begeleider werd met behulp van de Evaluation of Social Interaction (ESI) geobserveerd (Fisher & Griswold, 2008).

### **Participanten**

In totaal hebben 90 deelnemers deelgenomen aan de INVRA-metingen. De voorwaarden voor deelname aan de INVRA-metingen waren dat de cliënt gemotiveerd is om zich te ontwikkelen en dat vooruitgang in de ontwikkeling mogelijk is. De motivatie van de cliënt en de potentie tot ontwikkeling bij de cliënt werd door de begeleider bepaald op basis van de begeleidingsmomenten met de cliënt. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld aangaf meer taken zelf te willen doen, zonder hulp van de begeleiding, gaf dit blijk van motivatie tot verdere ontwikkeling en mocht een cliënt meedoen. Cliënten met een diagnose van dementie worden uitgesloten van dit onderzoek, omdat bij deze personen sprake is van intellectuele achteruitgang (American Psychiatric Association, 2000). Deze doelgroep is niet geschikt voor huidig onderzoek, omdat er bij deze doelgroep geen sprake is van progressieve competentieontwikkeling.

Uit dit bestand van 90 deelnemers werden willekeurig 15 cliënten en 10 begeleiders geselecteerd. Bij deze subgroep is aanvullend observationeel onderzoek gedaan. De deelnemende cliënten participeerden aan huidig onderzoek met hun eigen begeleider. De begeleiders hebben hiervoor een toestemmingsformulier ingevuld. De begeleiders hebben de mbo opleiding Maatschappelijk werk of Medewerker Maatschappelijk Zorg (MMZ) Niveau 4 afgerond. Ook zijn er begeleiders die de opleiding Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH) hebben gevolgd op Hbo-niveau. De begeleiders werden geworven uit de 24-uurs voorziening



en het kleinschalig wonen van Stichting IJsselmonde-Oost. In de Tabellen 1, 2 en 3 worden de demografische kenmerken van de cliënten en de begeleiders schematisch weergegeven.

Tabel 1

*Geslacht en woonvoorziening cliënten*

		Aantal (N)	Percentage(%)
Geslacht	Man	9	60
	Vrouw	6	40
Woonvoorziening	KSW	10	66.6
	24-uurs	5	33.3

Tabel 2

*Geslacht, woonvoorziening en opleidingsniveau begeleiders*

		Aantal (N)	Percentage(%)
Geslacht	Man	2	20
	Vrouw	8	80
Woonvoorziening	KSW	6	60
	24-uurs	4	40
Opleidingsniveau	MBO	7	70
	HBO	3	30

Tabel 3

*Leeftijd begeleiders en IQ + leeftijd cliënten*

	M	SD
Leeftijd begeleiders	35.20	9.21
Leeftijd cliënten	30.73	9.36
IQ cliënten	64.53	8.20

## Materialen

**ESI metingen.** De sensitieve responsiviteit van de begeleider werd met behulp van de Evaluation of Social Interaction (ESI, (Fisher & Griswold, 2008) gemeten. Het observatieformulier is toegevoegd in Appendix I. De ESI meet door middel van een observatie,

uitgevoerd door de onderzoeker van de huidige studie, de kwaliteit van de sociale interactie tussen twee individuen. De ESI beschrijft zeven verschillende vormen van sociale interactie; (1) Het initiëren en beëindigen van sociale interactie. Hieronder valt het benaderen van de cliënt en het concluderen van het gesprek; (2) Het behouden van de *flow* van de sociale interactie: de begeleider zorgt ervoor dat de cliënt en de begeleider elkaar afwisselen tijdens het gesprek en dat de begeleider binnen een aannemelijke tijd reageert op de cliënt; (3) Het produceren van sociale interactie, waarmee onder andere wordt bedoeld in welke mate de begeleider gebruik maakt van gebaren en vloeiend spreekt; (4) Het fysiek ondersteunen van de sociale interactie. Hieronder valt bijvoorbeeld het gebruikmaken van oogcontact, naar de cliënt toe draaien en lichamenlijk contact maken met de cliënt; (5) Het verbaal ondersteunen van de sociale interactie. De begeleider doet dit onder andere door voor verduidelijking te zorgen, het taalgebruik aan te passen aan de cliënt en de cliënt verbaal aan te moedigen; (6) De inhoud van de sociale interactie vormgeven. Hieronder valt onder andere het stellen van vragen door de begeleider, antwoord geven op vragen of opmerkingen van de cliënt en de cliënt bedanken, en (7) Het aanpassen aan de sociale interactie, waarmee de begeleider waarneemt wat de cliënt doet en zijn of haar gedrag hierop aanpast (Simmons, Griswold, & Berg, 2010). De hiervoor genoemde gedragingen werden met behulp van een 4-punt schaal gescoord; 4 = competent (kwaliteit van het geobserveerde gedrag kan worden geclassificeerd als bekwaam. De sociale interactie is zonder twijfel beleefd, respectvol en sociaal gepast); 3 = twijfelachtig (de geobserveerde acties en gedragingen kunnen sociaal onwenselijk zijn, maar zijn niet problematisch. Er zou sprake kunnen zijn geweest van onbeleefdheid, disrespect en sociaal ongepast gedrag); 2 = ineffectief (er is enigszins sprake van onbeleefdheid, disrespect en sociaal ongepast gedrag); 1 = zeer beperkt (er is duidelijk sprake van onbeleefdheid, disrespect en sociaal ongepast gedrag) (Fisher & Griswold, 2008). De gedragingen zijn gescoord op basis van het gedrag van de begeleider naar de cliënt toe. Uit het onderzoek van Simmons, Griswold, en Berg (2010) blijkt dat het ESI instrument geschikt is om te gebruiken bij personen met een verstandelijke beperking. De ESI heeft een betrouwbaarheid van 0.89. Daarnaast heeft de ESI een hoge interne schaal validiteit (Simmons, Griswold, & Berg, 2010).

De ESI observaties vonden plaats in een rustige ruimte tijdens een begeleidingsgesprek of tijdens het uitvoeren van een taak. Tijdens het begeleidingsgesprek zat de begeleider tegenover de cliënt en de observator zat zodanig op een afstand dat zij het gesprek kon volgen, maar niet actief deel uitmaakte van de sociale interactie. In de ruimte waren alleen de begeleider, de cliënt en de observator aanwezig. Tijdens het uitvoeren van een taak stond de begeleider naast de cliënt en stond de observator in de buurt om het gesprek te kunnen volgen.

Zowel tijdens de begeleidingsgesprekken als tijdens het ondersteunen van de cliënt bij het uitvoeren van een taak heeft de begeleider de INVRA-methodiek ‘Op Eigen Benen’ toegepast. De observaties werden direct uitgevoerd en zijn niet gefilmd.

**INVRA metingen.** De competenties van de cliënt en de vooruitgang van de competenties werden gemeten met het INVRA-meetinstrument. Dit is een gestructureerde vragenlijst met mogelijkheid tot controle en doorvragen (Scholten & Schuurman, 2015). Het meetinstrument is kwantitatief van aard. Het INVRA-meetinstrument bestaat uit zes domeinen, die meerdere competenties meten;

1) zelfverzorging en gezondheid: (22 competenties over preventieve en actieve zorg over het eigen lichaam, de kleding en de woonruimte). Bijvoorbeeld vragen zoals ‘Poetst dagelijks zijn/haar tanden’ en ‘Zorgt voor een hygiënische slaapkamer’;

2) huishoudelijk: (28 competenties, bijvoorbeeld schoonmaakwerkzaamheden, koken, wassen en klein onderhoud binnenshuis). Vragen zoals ‘Dekt de tafel’ en ‘Gebruikt schoonmaakmaterialen op de juiste wijze’;

3) cognitief: (21 competenties waarbij kennis of inzicht nodig is, zoals omgaan met geld, computers en ander apparaten, maar ook het kunnen klok kijken en realistische planningen maken voor de toekomst). Een voorbeeld is ‘Weet welke dag het van de week is’ en ‘Komt uit met een vast maandbudget’;

4) maatschappelijk: (zestien competenties die te maken hebben met zelfredzaamheid buiten de directe woonomgeving, zoals reizen, boodschappen doen en de sociale kaart van de omgeving kennen). Bijvoorbeeld: ‘Reist een onbekende route met openbaar of eigen vervoer’ en ‘Bezoekt instanties voor dienstverlening’;

5) sociaal: (27 competenties over (inter)persoonlijk gedrag). Bijvoorbeeld: ‘Houdt zich aan gezamenlijk gemaakte regels’ en ‘Handelt een telefoontje correct af’;

6) eigenwaarde: (17 competenties over zelfkennis en –waardering). Bijvoorbeeld: ‘Vertrouwt in eigen kunnen’ en ‘Komt op voor zichzelf’.

De cliënt behaalt een competentie als de cliënt deze Zelfstandig, Uit zichzelf, Doorgaans en Acceptabel (ZUDA) scoort. De begeleider bepaalt of het gedrag ZUDA is door dit te vragen aan de cliënt tijdens de afname van de vragenlijst. Wanneer de vragenlijsten zijn afgenomen en uitgewerkt door de gecertificeerde medewerkers, werden deze besproken met de cliënt. Voor elk gescoord item krijgt de cliënt een punt, deze scores worden omgezet in percentages. Voor elk domein wordt er een percentage berekend, met een minimale score van 0 en een maximale score van 100 procent. Er is geen informatie beschikbaar met betrekking tot de betrouwbaarheid en de validiteit van dit instrument.

## **Procedure**

De INVRA-metingen zijn door gecertificeerde medewerkers van de instelling verricht. De eerste meting (T0) vond plaats tussen 1 september en 15 december 2016. De metingen zijn afgenomen in de woning van de cliënten. Na het afnemen van de metingen zijn de resultaten van de meting besproken met de cliënt tijdens het eerste feedbackmoment. Er is samen met de cliënt gekeken waar de cliënt goed op scoort en waar de cliënt beter op kan scoren. Vervolgens werd samen met de cliënt een doel geformuleerd. De cliënt heeft daarna samen met zijn of haar begeleider aan het doel gewerkt. De tweede INVRA-meting (T1) vond plaats tussen 1 februari 2017 en 30 april 2017. Het afnemen van een INVRA-meting duurt gemiddeld 60 tot 90 minuten. Uit dit databestand zijn vervolgens willekeurig 15 cliënten geselecteerd. De resultaten van de INVRA-metingen van deze 15 cliënten werden meegenomen in dit onderzoek.

De ESI observaties zijn verricht in oktober 2017. Er zijn willekeurig 15 cliënten en 10 begeleiders geselecteerd. Allereerst zijn de begeleiders schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek (zie Appendix II) en hebben schriftelijk of telefonisch aangegeven hieraan te willen deelnemen. Vervolgens is een afspraak gepland met de cliënt en de begeleider. Vooraf aan de observatie heeft de begeleider een toestemmingsformulier ondertekend (zie Appendix III). De ESI observaties zijn afgenomen tijdens de begeleiding van de cliënt en duurden 30 tot 50 minuten. De observaties hebben plaatsgevonden in de woning van de cliënt. De begeleiding vond plaats in een vrije vorm, zoals een gesprek tussen cliënt en begeleider of in de vorm van ondersteuning bij het uitvoeren van een taak. Tijdens de observaties is gelet op de verschillende vormen van sociale interactie en zijn de gedragingen van de begeleider gescoord zoals beschreven in de ESI (Fisher & Griswold, 2008).

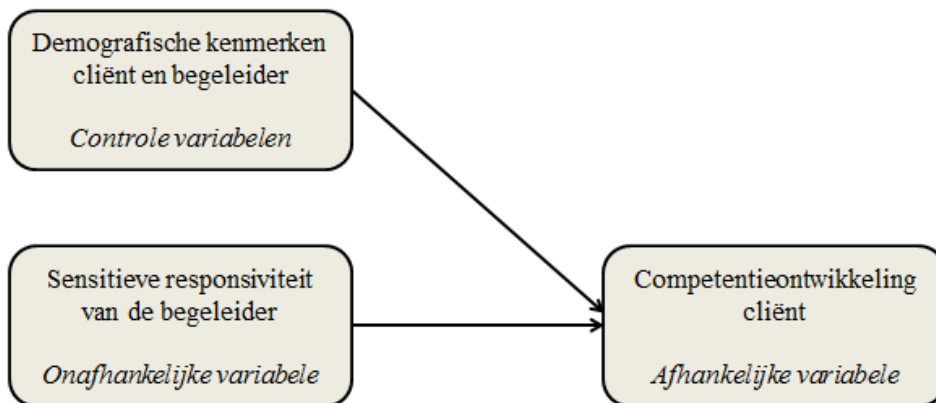
## **Analyse**

Met behulp van het programma IBM SPSS 22 zijn de statistische analyses uitgevoerd. Voor de interpretatie van de INVRA-scores is een verschilscore tussen de totaalscore van T0 en T1 berekend om de voortgang te meten. Voor de scores op de ESI zijn de totale scores van het gehele instrument en de totale scores op de sub-schalen berekend voor de interpretatie. In de steekproef zijn geen uitbijters en missende waarden gevonden. Het traceren van de uitbijters is verricht door de ESI-scores en de INVRA-scores om te zetten in gestandaardiseerde residuen. De scores worden op deze manier omgezet in z-scores. Vervolgens is gecontroleerd in de dataset of er sprake was van z-scores groter dan 3 of kleiner dan -3. Hier bleek geen sprake van te zijn.

Allereerst is een correlatie analyse uitgevoerd om het verband tussen de sensitieve responsiviteit van de begeleider en de competentieontwikkeling van de cliënt te meten.

Vervolgens is een hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd, waarbij de competentieontwikkeling van de cliënt de afhankelijke variabele was en de sensitiviteit van de begeleider de onafhankelijke variabele. Hierbij is gecontroleerd voor de demografische kenmerken van de cliënt (geslacht, woonvoorziening, leeftijd en IQ) en de demografische kenmerken van de begeleider (geslacht, woonvoorziening, leeftijd en opleidingsniveau). In Figuur 2 wordt het conceptueel model weergegeven van de analyse. Er is gekozen voor een regressieanalyse om te toetsen of de sensitieve responsiviteit van de begeleider een voorspeller is van de competentieontwikkeling van de cliënt. De geformuleerde hypothesen konden op een gepaste wijze worden getoetst met behulp van deze analyse

Vervolgens is met behulp van een hiërarchische regressieanalyse geanalyseerd welke domeinen van de ESI de meeste variantie verklaren in de algehele competentieontwikkeling van de cliënten. Bij deze regressieanalyse is gebruikgemaakt van de *Stepwise* methode. Deze methode berekent het significantieniveau van het domein dat het sterkst correleert met de afhankelijke variabele (Field, 2013). Er is gekozen voor deze methode, omdat er vanuit de literatuur niet bekend is welke variabele van de ESI de meeste variantie zal verklaren. Met behulp van de *Stepwise* methode wordt de unieke verklaarde variantie van de ESI variabele berekend die het sterkst correleert met de competentieontwikkeling. Om de kans op een Type I error te verkleinen, is een significantieniveau van 0.05 gebruikt om de hypothesen te toetsen.



Figuur 2. Conceptueel model hiërarchische regressie

## Resultaten

### Demografische variabelen cliënt

Er is een t-toets uitgevoerd om geslachtsverschillen tussen de scores op de competentieontwikkeling en de woonvoorziening van de cliënt te toetsen. In de steekproef scoren mannen ( $M = 19.556$ ;  $SD = 72.322$ ) niet significant hoger op de competentieontwikkeling dan vrouwen ( $M = -17.667$ ;  $SD = 58.459$ ),  $t(13) = 1.049$ ,  $p = 0.313$ . Cliënten die in de 24-uurs voorziening wonen ( $M = -20.400$ ;  $SD = 96.321$ ) scoren niet significant lager op de competentieontwikkeling dan de cliënten die kleinschalig wonen ( $M = 17.200$ ;  $SD = 49.549$ ),  $t(13) = -.820$ ,  $p = 0.449$ .

### Demografische variabelen begeleider

Mannelijke begeleiders ( $M = 18.497$ ;  $SD = 4.889$ ) scoren niet significant hoger op sensitieve responsiviteit dan vrouwelijke begeleiders ( $M = 17.492$ ;  $SD = .658$ ),  $t(6) = 1.049$ ,  $p = 0.313$ . Begeleiders die werkzaam zijn op de 24-uurs voorziening ( $M = 15.917$ ;  $SD = 5.857$ ) scoren niet significant lager op sensitieve responsiviteit dan begeleiders die werkzaam zijn op de kleinschalige woonvoorziening ( $M = 19.3850$ ;  $SD = 2.708$ ),  $t(6) = .666$ ,  $p = .519$ . Begeleiders die een Hbo-opleiding hebben genoten ( $M = 18.077$ ;  $SD = 4.878$ ) scoren niet significant hoger op sensitieve responsiviteit dan begeleiders die een mbo-opleiding hebben genoten ( $M = 18.646$ ;  $SD = 1.215$ ),  $t(6) = -.357$ ,  $p = 0.727$ .

### Verband sensitieve responsiviteit en competentieontwikkeling

Er wordt een correlatieanalyse uitgevoerd om het verband tussen de sensitieve responsiviteit van de begeleider en de competentieontwikkeling van de cliënt te meten. In Tabel 4 worden de resultaten van de correlatieanalyse weergegeven. Er is een positief significant verband gevonden tussen de sensitieve responsiviteit van de begeleider en de competentieontwikkeling van de cliënt ( $r = .773$ ,  $p < .001$ ). Dit houdt in dat de competentieontwikkeling van de cliënt stijgt wanneer de sensitieve responsiviteit van de begeleider toeneemt.

Tabel 4

*Correlatie tussen sensitieve responsiviteit en competentieontwikkeling*

	SenRes
1. SenRes	1
2. CompOntw	.773**

\*\* = correlatie is significant bij 0.01 niveau (2-zijdig).

## Voorspeller van competentieontwikkeling

Er wordt een regressieanalyse uitgevoerd om te toetsen of de sensitieve responsiviteit van de begeleider een voorspeller is van de competentieontwikkeling van de cliënt. Hierbij is de sensitieve responsiviteit van de begeleider de onafhankelijke variabele en de competentieontwikkeling van de cliënt de afhankelijke variabele. In Tabel 5 worden de resultaten van de regressieanalyse weergegeven.

Tabel 5

*Samenvatting regressieanalyse voor de voorspeller van competentieontwikkeling (N=15)*

Voorspellende variabele	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>
1. Sensitieve Responsiviteit	12.536	2.850	.773	4.399**

\*\* = regressiecoëfficiënt is significant bij 0.01 niveau (2-zijdig)

Uit de regressieanalyse blijkt dat de sensitieve responsiviteit van de begeleider een significante voorspeller is van de competentieontwikkeling van de cliënt,  $F(1, 13) = 19.35, p < 0.01$ .

## Controleren voor demografische kenmerken cliënt

Er wordt een hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd om te controleren voor variabelen die invloed kunnen hebben op de competentieontwikkeling van de cliënt. Op deze manier wordt de unieke bijdrage van de sensitieve responsiviteit van de begeleider gemeten. Allereerst wordt een hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd, waarbij wordt gecontroleerd voor de demografische kenmerken van de cliënt (geslacht, leeftijd, IQ en woonvoorziening). Bij deze analyse wordt gebruikgemaakt van de Enter methode. De resultaten van deze analyse worden weergegeven in Tabel 6.

Tabel 6

*Samenvatting hiërarchische regressie gecontroleerd voor demografische kenmerken cliënt (N=15)*

Variabelen	Model 1			Model 2		
	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>B</i>	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>B</i>
Woonvoorziening	66.422	45.855	-.425	-4.687	44.356	-.034
Leeftijd	2.378	2.138	.015	0.371	1.826	.051
Geslacht	-33.906	37.547	-.188	-10.740	30.543	-.081

Intelligentie	-3.736	2.694	-.454	-.241	2.466	-.029
Sens.Respons				12.259	4.510	.756

De variabelen woonvoorziening, IQ, geslacht en leeftijd van de cliënt zijn geen significante voorspellers van de competentieontwikkeling van de cliënt,  $R^2 = .285$ ,  $F(4,10) = 0.995$ ,  $p = .454$ . Dit is terug te zien in het eerste model. In het tweede model is de variabele sensitieve responsiviteit van de begeleider toegevoegd, waarna het model significant wordt,  $R^2$  change =  $.322$ ,  $F(1,9) = 7.388$ ,  $p < .05$ . Het model verklaart 33.2% extra variantie na het toevoegen van de sensitieve responsiviteit van de begeleider. Daarnaast is de multicollineariteit met behulp van de *variance inflation factor* (VIF) berekend. De waarden van de VIF zijn 1.47, 1.20, 2.35 en 2.05. Hieruit kan worden geconcludeerd dat er geen sprake is van multicollineariteit.

### Controleren voor demografische kenmerken begeleider

Er wordt een hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd om te controleren voor de demografische kenmerken van de begeleider (leeftijd, woonvoorziening, opleidingsniveau en geslacht). In Tabel 7 worden de resultaten van deze analyse weergegeven.

Tabel 7

*Samenvatting hiërarchische regressie gecontroleerd voor demografische kenmerken begeleider (N=15)*

Variabelen	Model 1			Model 2		
	<i>B</i>	<i>SE b</i>	<i>B</i>	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>B</i>
Woonvoorziening	36.089	45.695	.261	-57.017	27.767	-.034
Leeftijd	-1.035	2.276	-.137	1.546	1.206	.051
Geslacht	3.165	50.148	.021	73.343	27.543	-.081
Opleidingsniveau	39.710	44.808	0.269	25.273	22.155	-.029
Sens.Respons				16.488	2.895	1.017

Model 1 laat zien dat de variabelen woonvoorziening, leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van de begeleider geen significante voorspellers zijn van de competentieontwikkeling van de cliënt,  $R^2 = .180$ ,  $F(4,10) = 0.547$ ,  $p = .705$ . In Model 2 is de



variabele sensitieve responsiviteit toegevoegd, waarna het model significant blijkt,  $R^2$  change = .642,  $F(1,9) = 32.445$ ,  $p < .001$ . Het model verklaart 64.2% extra variantie in de competentieontwikkeling van de cliënt na het toevoegen van de sensitieve responsiviteit van de begeleider. De VIF-scores voor deze regressieanalyse bedragen 1.14, 1.30, 2.03 en 1.76. Hieruit kan worden geconcludeerd dat er geen sprake is van multicollineariteit bij de analyse.

### **Verband domeinen sensitieve responsiviteit en competentieontwikkeling**

Er wordt een correlatieanalyse uitgevoerd om te kijken welk domein van de ESI significant correleert met de competentieontwikkeling van de cliënt. In Tabel 8 worden de resultaten van de correlatieanalyse weergegeven.

Tabel 8

#### *Correlaties competentieontwikkeling en domeinen ESI*

	Competentie-ontwikkeling
1. Initiëren	.691**
2. Produceren	.753**
3. Fysiek-ondersteunen	.778**
4. Vormgeven	.791**
5. Flow behouden	.642**
6. Verbaal-ondersteunen	.699**
7. Aanpassen	.638*

\* = correlatie is significant bij 0.05 niveau (2-zijdig).

\*\* = correlatie is significant bij 0.01 niveau (2-zijdig).

In Tabel 8 is te zien dat alle domeinen van de ESI significant positief correleren met de competentieontwikkeling van de cliënt. Wanneer de score op één van de domeinen stijgt, stijgt ook de competentieontwikkeling van de cliënt. Echter, door middel van een correlatieanalyse kan niet worden geconcludeerd of de domeinen de competentieontwikkeling van de cliënt voorspellen. Hiervoor zal een regressieanalyse worden uitgevoerd.

### **Domeinen als voorspeller van competentieontwikkeling**

Alle domeinen van de ESI correleren positief significant met de competentieontwikkeling van de cliënt. Er wordt een hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd om te meten welk domein de meeste variantie verklaart in de competentieontwikkeling van de cliënt. Hiervoor zal de *Stepwise* methode worden toegepast. De *Stepwise* methode berekent het significantie niveau van het domein dat het hoogst correleert met de competentieontwikkeling

van de cliënt . In Tabel 9 wordt een samenvatting van de regressieanalyse weergegeven.

Tabel 9

*Samenvatting regressieanalyse domeinen als voorspeller*

Voorspellende variabelen	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>
Vormgeven	110.555	23.733	.791	4.658**

\*\* = regressiecoëfficiënt is significant bij 0.01 niveau (2-zijdig).

Uit de regressieanalyse komt naar voren dat het domein ‘De inhoud van de sociale interactie vormgeven’ de meeste variante verklaart in de competentieontwikkeling van de cliënt,  $F(1, 13) = 21.699$ ,  $p < 0.01$ . De gedragingen/items die onder dit domein vallen zijn: Vragen stellen, Beantwoorden, Onthult, Uit gevoel, Oneens zijn en Bedanken.

**Non-verbale en verbale items als voorspeller van competentieontwikkeling**

Er wordt onderzocht of er een verschil is tussen de non-verbale en verbale items in het voorspellen van de competentieontwikkeling van de cliënt. De items worden gegroepeerd in de non-verbale en verbale domeinen (zie Appendix IV voor een overzicht van de gegroepeerde items), waarna een correlatieanalyse is uitgevoerd. In Tabel 10 worden de resultaten van de correlatieanalyse weergegeven. De verbale en non-verbale domeinen hebben een significante positieve correlatie met de competentieontwikkeling van de cliënt.

Tabel 10

*Correlaties verbale/non-verbale domeinen en competentieontwikkeling*

	Competentieontwikkeling
1. Verbaal	.780**
2. Non-Verbaal	.736**

\*\* = correlatie is significant bij 0.01 niveau (2-zijdig).

Er wordt een multiple regressieanalyse uitgevoerd om non-verbale en verbale domeinen als voorspellers van de competentieontwikkeling van de cliënt te toetsen. De resultaten van deze analyse worden weergegeven in Tabel 11. De VIF-score bij de multiple regressie analyse is 11.310, wat inhoudt dat er sprake is van multicollineariteit. De variabelen

Verbaal en Non-verbaal hebben een hoge onderlinge correlatie. De resultaten van de multiple regressie analyse kunnen om deze reden niet worden geïnterpreteerd.

Tabel 11

*Samenvatting multiple regressie analyse verbaal en non-verbaal als voorspeller van competentieontwikkeling (N=15)*

Voorspellende variabelen	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>	VIF
1. Verbaal	104.763	72.580	.875	1.443	11.310
3. Non-verbaal	-9.959	60.833	-.099	-.164	11.310

### Discussie

Het huidig onderzoek beoogt de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: “Wat is de relatie tussen sensitieve responsiviteit van de begeleider tijdens de interactie met de cliënt en de competentieontwikkeling van cliënten met een verstandelijke beperking bij de implementatie van de ‘Op Eigen Benen’ methodiek?”. Op basis van de onderzoeksvraag is de volgende hypothese geformuleerd: “Cliënten met een verstandelijke beperking waarbij begeleiders een hogere mate van sensitieve responsiviteit laten zien tijdens de interactie met de cliënt scoren hoger op competentieontwikkeling dan cliënten waarbij begeleider een lagere mate van sensitieve responsiviteit laten zien tijdens de interactie, bij de implementatie van de ‘Op Eigen Benen’ methodiek.” De resultaten van uitgevoerd onderzoek bevestigen de hypothese. De hypothese wordt aangenomen, aangezien een positief significant lineair verband is gevonden tussen de sensitieve responsiviteit van de begeleider en de competentieontwikkeling van de cliënt. Dit houdt in dat de cliënt hoger scoort op competentieontwikkeling wanneer een begeleider een hogere mate van sensitieve responsiviteit laat zien tijdens de interactie met de cliënt. Daarnaast scoort de cliënt ook lager op competentieontwikkeling wanneer een begeleider een lagere mate van sensitieve responsiviteit vertoont tijdens de interactie met de cliënt. Ook wanneer wordt gecontroleerd voor de demografische kenmerken van de begeleider en de demografische kenmerken van de cliënt wordt een positief significant effect gevonden.

De resultaten van huidig onderzoek zijn in lijn de theorie van Vygotsky (1978); de zone van naaste ontwikkeling. Deze theorie beschrijft dat de ontwikkeling van een individu positief wordt gestimuleerd wanneer een begeleider op een juiste manier ondersteuning biedt, waardoor het individu meer taken zelfstandig uit kan voeren (Chaiklin, 2003). Dit komt naar voren in de

resultaten van de huidige studie. Een hogere mate van sensitieve responsiviteit van de begeleider draagt positief bij aan de competentieontwikkeling van de cliënt. Vygotsky (1978) beschrijft dat de potentiële ontwikkeling wordt bepaald door het probleemoplossend vermogen van het individu onder begeleiding van een volwassene, of in dit geval, de begeleider van de cliënt.

De resultaten van het huidige onderzoek komen overeen met voorgaand onderzoek van Hauser-Cram et al. (2001). Uit dit onderzoek blijkt dat de ouderlijke sensitieve responsiviteit de ontwikkeling van kinderen met een verstandelijke beperking voorspelt. Kinderen waarvan de ouders een hoge mate van sensitieve responsiviteit vertoonden, lieten een voorspoedigere cognitieve- en sociale ontwikkeling zien dan kinderen waarvan de ouders een lage mate van sensitieve responsiviteit vertoonden. De groep kinderen waarvan de ouders een lage mate van sensitieve responsiviteit vertoonden, scoorden lager op communicatieve vaardigheden, sociale vaardigheden en autonomie dan de groep kinderen waarvan de ouders een hogere mate van sensitieve responsiviteit vertoonden (Hauser-Cram et al., 2001). Ook in het onderzoek van Yoder en Warren (2001) zijn vergelijkbare resultaten gevonden. De onderzoekers analyseerden het verband tussen moederlijke sensitieve responsiviteit en de ontwikkeling van kinderen met een matige of licht verstandelijke beperking. Uit het onderzoek bleek dat kinderen met hoog sensitief responsieve moeders beter scoorden op communicatieve en cognitieve vaardigheden dan kinderen met laag sensitief responsieve moeders (Yoder & Warren, 2001). Zowel het onderzoek van Hauser-Cram et al. (2001) als het onderzoek van Yoder en Warren (2001) hebben, net als huidig onderzoek, het verband tussen sensitieve responsiviteit en de ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking onderzocht. Beide onderzoeken lieten hetzelfde resultaat zien als huidig onderzoek. Tevens hebben Stams, Juffer, en IJzendoorn (2002) vergelijkbare resultaten gevonden. Uit hun onderzoek komt naar voren dat een hoge mate van ouderlijke sensitieve responsiviteit leidt tot een verhoogde positieve cognitieve ontwikkeling van het kind. Kinderen waarvan de ouders een lage mate van sensitieve responsiviteit lieten zien, vertoonden lagere levels van cognitieve ontwikkeling. Ook heeft het onderzoek van Stams, Juffer, en IJzendoorn (2002), net als het huidige onderzoek, zijn resultaten verkregen middels observaties en vragenlijsten. Behalve in de ouder-kind relatie is dit verband ook terug te vinden in de relatie tussen leerling en leerkracht.

Het longitudinaal onderzoek van O'Brien, Hinnant en, Ghazarian (2009) wijst namelijk uit dat leerlingen beter presteren op cognitief en sociaal gebied wanneer zij een leerkracht hebben die een hoge mate van sensitieve responsiviteit laat zien. Ondanks het feit dat er in het onderzoek van O'Brien, Hinnant en, Ghazarian (2009) een andere populatie is gebruikt, vonden

de onderzoekers hetzelfde verband als in de huidige studie. Het huidige onderzoek laat zien dat dit verband tevens geldt in de interactie tussen voor begeleiders van cliënten met een verstandelijke beperking.

De huidige studie kent een aantal sterke kanten. Zo heeft dit onderzoek een hoge ecologische validiteit. Dit houdt in dat het onderzoek is verricht in een setting die dichtbij de realistische praktijk staat (Araujo, Davids, & Passos, 2007). De observaties en de afnames van de vragenlijsten hebben plaatsgevonden in de instelling waar de deelnemers wonen. Dit is een instelling die ondersteuning biedt aan cliënten met een verstandelijke beperking. Hierdoor kunnen de resultaten van het huidige onderzoek worden gegeneraliseerd naar de dagelijkse praktijk (Araujo, Davids, & Passos, 2007), zoals instellingen met vergelijkbare zorgdoelen, inwoners en ondersteuners. Een afname in een andere setting, zoals een laboratorium, was minder geschikt geweest, omdat dan mogelijk sprake zou kunnen zijn van externe factoren die het resultaat van het onderzoek beïnvloeden, terwijl deze externe factoren zich niet voordoen in de dagelijkse praktijk. Het resultaat van een onderzoek met een lage ecologische validiteit zou lastig te generaliseren zijn naar de praktijk. Daarnaast is het huidige onderzoek beperkt longitudinaal (twee meetmomenten met een interval van zes maanden) en daardoor geschikt om veranderingen en ontwikkelingen over tijd te meten (Field, 2013). Deze veranderingen over tijd kunnen bovendien niet te wijten zijn aan verschillen tussen individuen, omdat de personen uit dezelfde steekproef opnieuw worden gemeten. Ten slotte is in de huidige studie gebruikgemaakt van een gevalideerd meetinstrument: de ESI heeft een hoge interne schaalvaliditeit (Simmons, Griswold, & Berg, 2010). Dit houdt in dat het instrument daadwerkelijk meet wat het behoort te meten. Naast de genoemde sterke kanten kent het huidige onderzoek echter ook een aantal beperkingen.

Ten eerste is bij het afnemen van het INVRA-meetinstrument gebruikgemaakt van feedbackmomenten. Tijdens dit feedbackmoment besprak de gecertificeerde medewerker (die tevens ook de INVRA-meting heeft afgenomen) samen met de cliënt waar de cliënt goed op scoort en waar de cliënt beter op kan scoren. Deze feedbackmomenten vonden binnen enkele weken na de eerste afname plaats. Het feedbackmoment zou een *confounding variable* kunnen zijn, omdat het ervoor kan zorgen dat de cliënten een idee krijgen wat er van hen wordt verwacht, waardoor ze bij de tweede afname sociaal wenselijker antwoorden. Hierdoor kan de score bij de tweede afname hoger blijken dan de score bij de eerste afname. Ten tweede was het niet mogelijk om te onderzoeken of er een verschil is tussen de verbale en non-verbale items in het voorspellen van de competentieontwikkeling van de cliënt, omdat er bij de analyse sprake was multicollineariteit tussen de non-verbale en de verbale items. De resultaten van deze

analyses kunnen om deze reden niet worden geïnterpreteerd. Ten derde is er mogelijke sprake geweest van *volunteer bias*. Dit houdt in dat de deelnemers vrijwillig deel hebben genomen aan het onderzoek (Field, 2013). Een inclusiecriteria voor deelname aan de INVRA-metingen was namelijk dat de cliënt gemotiveerd is om zich verder te ontwikkelen. Cliënten die hebben geparticipeerd aan de metingen waren dus gemotiveerd en hebben vrijwillig deelgenomen. Hierdoor zou de streekproef mogelijk niet representatief zijn voor de populatie (Field, 2013).

De huidige studie geeft suggesties voor vervolgonderzoek. In de huidige studie is bij de INVRA-metingen gebruik gemaakt van feedbackmomenten. Vervolgonderzoek zou de huidige methode kunnen repliceren zonder gebruik te maken van de feedbackmomenten. De resultaten van de eerste INVRA-meting zouden na afname niet moeten worden besproken met de cliënt. Dit zorgt ervoor dat de cliënten minder sociaal wenselijk zullen antwoorden, wat leidt tot meer valide resultaten (Field, 2013). Daarnaast zou in vervolgonderzoek gebruik gemaakt kunnen worden van een alternatief instrument dat de sensitieve responsiviteit van de begeleider meet. Bij dit instrument moet geen sprake zijn van multicollineariteit tussen de verbale en non-verbale items. Een mogelijk instrument dat hiervoor kan worden gebruikt, is de Erickson schaal (Erickson, 1996). Dit instrument meet de kwaliteit van de interactie. De sub-schalen van de Erickson worden gecategoriseerd in verbale en non-verbale items. Er kan met behulp van een multiple regressieanalyse worden onderzocht welke items de competentieontwikkeling van de cliënt significant voorspellen. Op deze manier kan in kaart worden gebracht of er een verschil is tussen de verbale en non-verbale gedragingen van de begeleider in het voorspellen van de competentieontwikkeling van de cliënt. Dit resultaat geeft vervolgens implicaties voor de praktijk. Begeleiders zouden bijvoorbeeld tijdens de begeleiding weten of ze zich meer moeten inzetten op verbale of op non-verbale gedragingen. Daarnaast zou tijdens het repliceren van het huidige onderzoek rekening gehouden kunnen worden met ingrijpende gebeurtenissen die tussen de twee meetmomenten plaatsvinden. Tijdens de analyses zal kunnen worden gecontroleerd voor gebeurtenissen, zoals verhuizingen en veranderingen in de dagbesteding van de cliënten. Op deze manier kan de competentieontwikkeling van de cliënt zo zuiver mogelijk worden gemeten. Een andere suggestie voor vervolgonderzoek is het uitvoeren van een nameting (T2) bij huidige cliënten. Zo wordt het longitudinale aspect van huidig onderzoek uitgebreid. Dit meetmoment moet zes maanden na de T1 meting plaatsvinden, zodat het interval tussen de meetmomenten gelijk is.

Het huidige onderzoek geeft implicaties voor de praktijk. Het is belangrijk dat begeleiders een hoge mate van sensitieve responsiviteit laten zien tijdens het begeleiden van cliënten met een verstandelijke beperking. Dit komt ten goede aan de competentieontwikkeling

van de cliënt, omdat het zorgt voor een verhoging van de zelfstandigheid van de cliënt. Dit is van belang, omdat mensen met een (verstandelijke) beperking het recht hebben om zelfstandig deel te nemen aan de samenleving (Sorée, 2011). Organisaties zouden het principe omtrent inclusie en participatie van mensen met een verstandelijke beperking actief moeten naleven. Organisaties die begeleiding bieden aan cliënten met een verstandelijke beperking kunnen dit realiseren door medewerkers te trainen in het vertonen van een hoge mate van sensitieve responsiviteit tijdens de begeleiding van cliënten. Het tonen van een hoge mate van sensitieve responsiviteit is immers voor velen aan te leren (Warren & Brady, 2007). De sensitieve responsiviteit van de begeleider zou getraind kunnen worden middels de Hanen Parent Training Program (Girolametto & Weitzman, 2006). Deze interventie is ontwikkeld voor ouders, maar tevens geschikt voor begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking en mogelijke andere opvoeders zoals leerkrachten. Het doel van deze interventie is de ontwikkeling van de cliënt te stimuleren door de interactie tussen de cliënt en begeleider te verbeteren (Warren & Brady, 2007). Dit wordt gerealiseerd door de begeleider te leren zich aan te passen aan de communicatiestijl van de cliënt. Vervolgens stimuleert de begeleider de cliënt in de sociale interactie door aan te sluiten bij de interesses van de cliënt (Girolametto & Weitzman, 2006). Uit het onderzoek van Girolametto & Weitzman (2006) blijkt dat de Hanen Parent Training Program effectief is en tot positieve vooruitgang in de ontwikkeling leidt. Daarnaast kunnen organisaties de kwaliteit van de begeleiding waarborgen door tijdens de sollicitatieprocedures rekening te houden met de sensitieve responsiviteit van de sollicitant. Dit kan bewerkstelligd worden door de sollicitanten een aantal casussen of vignetten voor te leggen en te vragen hoe hij of zij in een dergelijke situatie zou reageren. Op basis van het antwoord van de sollicitant kan ingeschat worden of diegene een hoge mate van sensitieve responsiviteit vertoont. Wanneer de sollicitant een lage mate van sensitieve responsiviteit vertoont, kan hij of zij trainingen volgen die de sensitieve responsiviteit verhogen. Hierdoor kan de sollicitant op een juiste manier begeleiding bieden aan cliënten met een verstandelijke beperking.

Concluderend liet huidig onderzoek zien dat een verhoogde sensitieve responsiviteit van de begeleider zorgt voor een verhoogde competentieontwikkeling van cliënten met een verstandelijke beperking bij de implementatie van de 'Op Eigen Benen' methodiek. Het is om deze reden zeer van belang om tijdens het trainen van toekomstige begeleiders rekening te houden met het feit dat de sensitieve responsiviteit een belangrijke factor is in het behalen van het ultieme doel: de zelfstandigheid van mensen met een verstandelijke beperking verhogen zodat zij succesvol deel kunnen nemen aan de samenleving.





## Literatuurlijst

- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC American Psychiatric Association.
- Araujo, D., Davids, K., & Passos, P. (2007). Ecological validity, representative design, and correspondence between experimental task constraints and behavioral setting: Comment on Rogers, Kadar, and Costall (2005). *Ecological Psychology, 19*, 69-78. doi:10.1080/10407410709336951
- Bors, J., Mulder, M. & Scholten, G. (2000). *Rapportage van trainingsresultaten: een resultaatmeting bij zestien cliënten die gedurende twee jaar een intensieve training hebben gevolgd met betrekking tot wonen en werken*. Epe: Trainingsinstituut voor moeilijk lerende jongeren Woldyne.
- Buntinx, W. H. E. (2003). Wat is een verstandelijke handicap? Definitie, assessment en ondersteuning volgens het AAMR-model. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten, 29, 4* –24. Verkregen van [http://www.daddcec.org/Portals/0/CEC/Autism\\_Disabilities/Research/Publications/Education\\_Training\\_Development\\_Disabilities/2007v42\\_Journals/ETDD\\_200706v42n2\\_p130-143\\_Description\\_Support\\_Needs\\_People\\_With\\_Profound\\_Multiple.pdf](http://www.daddcec.org/Portals/0/CEC/Autism_Disabilities/Research/Publications/Education_Training_Development_Disabilities/2007v42_Journals/ETDD_200706v42n2_p130-143_Description_Support_Needs_People_With_Profound_Multiple.pdf)
- Chaiklin, S. (2003). The zone of proximal development in Vygotsky's analysis of learning and instruction. *Vygotsky's Educational Theory in Cultural Context, 1*, 39-64. doi:10.1017/CBO9780511840975.004
- Cooper S. A., Smiley E., Jackson A., Finlayson J., Allan L., Mantry D., & Morrison (2009). Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*, 217–232. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01127.x
- Crocker A. G., Mercier C., Lachapelle Y., Brunet A., Morin D., & Roy M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 652–661. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x

- Crocker, A. G., Prokić, A. Morin, D., & Reyes, A. (2013). Intellectual disability and co-occurring mental health and physical disorders in aggressive behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 1032–1044. doi:10.1111/jir.12080
- Diepenhorst, M. C., & Hollander, M. (2011). *Zorg voor licht verstandelijk gehandicapten: Aard en omvang van LVG-zorg*. Zoetermeer: Research voor Beleid.
- Girolametto, L., Weitzman, E., McCauley, R. J., & Fey, M. E. (2006). It takes two to talk—The Hanen program for parents: Early language intervention through caregiver training. *Treatment of language disorders in children*, 77-103.
- Erickson, F. (1996). Going for the zone: The social and cognitive ecology of teacher-student interaction in classroom conversations. *Discourse, learning, and schooling*, 29-62. Verkregen van <https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=0XxkyL15bGEC&oi=fnd&pg=PA29&dq=erickson++interaction&ots=0xMfUqozn8&sig=TENGZjYvVUjG5pvBwlh2evQdpkI#v=onepage&q=erickson%20%20interaction&f=false>
- Field (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. 4th Edition. Londen: Sage Publications Ltd.
- Fisher, A. G., & Griswold, L. A. (2008). *Evaluation of social interaction: Research edition IV*. Fort Collins, CO: Three Star Press.
- Hanley, M. (2017, 3 november). Social Learning in the Workplace 2 – ZPD [Blogpost]. Verkregen op 7 november 2017, van <https://michaelhanley.ie/elearningcurve/social-workplace-learning-2-zpd/>
- Hauser-Cram, P., Warfield, M. E., Shonkoff, J. P., Krauss, M. W., Sayer, A., Upshur, C. C., & Hodapp, R. M. (2001). Children with disabilities: A longitudinal study of child development and parent well-being. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 7-126. Verkregen van <http://www.jstor.org/stable/3181571>
- Hmelo-Silver, C. E., Duncan, R. G., & Chinn, C. A. (2007). Scaffolding and achievement in problem-based and inquiry learning: A response to Kirschner, Sweller, and Clark (2006). *Educational Psychologist*, 42, 99-107. doi:10.1080/00461520701263368
- Lennox N. G. & Kerr M. P. (1997) Primary health care and people with an intellectual disability: the evidence base. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 365–372. doi:10.1111/j.1365-2788.1997.tb00723.x
- Hinnant, J. B., O'Brien, M., & Ghazarian, S. R. (2009). The longitudinal relations of teacher expectations to achievement in the early school years. *Journal of Educational Psychology*, 101, 662-670. doi:10.1037/a0014306

- Paulussen-Hoogeboom, M. C., Stams, G. J. J., Hermanns, J. M., & Peetsma, T. T. (2008). Relations among child negative emotionality, parenting stress, and maternal sensitive responsiveness in early childhood. *Parenting: Science and Practice*, 8, 1-16. doi:10.1080/15295190701830656
- Mulvaney, M. K., McCartney, K., Bub, K. L., & Marshall, N. L. (2006). Determinants of dyadic scaffolding and cognitive outcomes in first graders. *Parenting: Science and Practice*, 6, 297-320. doi: 10.1207/s15327922par0604\_2
- Riemersma, N. & Dr. Dijkstra, G. J. (2013). *Drie wettelijke maatregelen en de invloed op de maatschappelijke participatie van mensen met een licht verstandelijke beperking*. Nederland, Groningen: s.n.
- Roeden, J. & Bannink, F. (2008). Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 447-447. Verkregen van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/263/articles/6962>
- Simmons, C. D., Griswold, L. A., & Berg, B. (2010). Evaluation of social interaction during occupational engagement. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 10-17. doi:10.5014/ajot.64.1.10
- Sorée, V. (2011). Het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de Rechten van Personen met een Handicap als sleutel tot meer Kwaliteit van Bestaan. *Ethiek & Maatschappij*, 4(13), 141-161. Verkregen van [http://www.ethiekenmaatschappij.ugent.be/wp-content/uploads/2012/07/EM\\_134-2010-Sor%C3%A9.pdf](http://www.ethiekenmaatschappij.ugent.be/wp-content/uploads/2012/07/EM_134-2010-Sor%C3%A9.pdf)
- Stams, G.J. J. M., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38, 806-821. doi:10.1037/0012-1649.38.5.806
- Thomas, M.L. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 28, 201-210. doi:10.1007/s10591-006-9000-4
- Tsiouris J. A. (2010) Pharmacotherapy for aggressive behaviours in persons with intellectual disabilities: treatment or mistreatment? *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 1–16. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01232.x
- Vygotsky, L. (1978). Interaction between learning and development. *Readings on the development of children*, 23, 34-41. Verkregen van <http://www.univie.ac.at/constructivism/archive/fulltexts/3928.html>

- Warren, S. F., & Brady, N. C. (2007). The role of maternal responsivity in the development of children with intellectual disabilities. *Developmental Disabilities Research Reviews, 13*, 330-338. doi:10.1002/mrdd.20177
- Wood, D., Bruner, J. S., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 17*, 89-100. doi:10.1111/j.14697610.1976.tb00381.x
- Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Nederland, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Yoder, P. J., & Warren, S. F. (2001). Intentional communication elicits language-facilitating maternal responses in dyads with children who have developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 106*, 327-335. doi: 10.1352/0895-8017
- Zoon, M. (2013). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Nederland, Utrecht: NJI.

## Appendix I

### *Evaluation of social interaction score form*

#### *Item ruwe scores*

<u>Initiëren en beëindigen van sociale interactie</u>				<u>Behouden van de flow van de sociale interactie</u>					
1. Starten/Benaderen	4	3	2	1	17. Overgangen	4	3	2	1
2. Concluderen	4	3	2	1	18. Aantal antwoorden	4	3	2	1
<u>Produceren van sociale interactie</u>				19. Duur antwoorden	4	3	2	1	
3. Produceren van spraak	4	3	2	1	20. Wisselt af	4	3	2	1
4. Gebaren maken	4	3	2	1	<u>Verbaal ondersteunen van de sociale interactie</u>				
5. Spreekt vloeiend	4	3	2	1	21. Past taal aan	4	3	2	1
<u>Fysiek ondersteunen van de sociale interactie</u>				22. Verduidelijkt	4	3	2	1	
6. Naar partner toedraaien	4	3	2	1	23. Aanmoedigen/erkennen	4	3	2	1
7. Kijkt	4	3	2	1	24. Benadrukken	4	3	2	1
8. Plaatst zichzelf	4	3	2	1	<u>Aanpassen aan de sociale interactie</u>				
9. Aanraking	4	3	2	1	25. Waarnemen	4	3	2	1
10. Reguleert	4	3	2	1	26. Aanpassen	4	3	2	1
<u>Inhoud van de sociale interactie vormgeven</u>				27. Profiteert	4	3	2	1	
11. Vragen stellen	4	3	2	1					
12. Beantwoorden	4	3	2	1					
13. Onthult	4	3	2	1					
14. Uit gevoel	4	3	2	1					
15. Oneens zijn	4	3	2	1					
16. Bedanken	4	3	2	1					

## Appendix II

### Schriftelijke informatie betreft onderzoek

‘Beste begeleiders,

Momenteel ben ik bezig met een onderzoek naar de INVRA-methodiek 'Op Eigen Benen'.

Wat ik precies wil onderzoeken is het volgende: 'Scoren cliënten met een verstandelijke beperking waarbij de begeleiders een hogere mate van sensitieve responsiviteit laten zien tijdens de interactie met de cliënt hoger op de competentieontwikkeling dan cliënten waarbij begeleiders een lagere mate van sensitieve responsiviteit laten zien?'

Ik heb een steekproef getrokken uit de 90 cliënten die deel hebben genomen aan het INVRA-onderzoek. Jullie zijn de begeleiders van de cliënten die ik zou willen meenemen in het onderzoek.

De onderzoeksvraag ga ik proberen te beantwoorden met behulp van een observatie, waarbij ik 30 á 50 minuten de interactie ga bekijken. Deze observatie vindt plaats in een vrije situatie, dus gewoon tijdens de begeleiding.

Graag hoor ik van jullie of jullie bereid zijn deel te nemen aan het onderzoek en op welk moment ik deze observatie kan verrichten. De lijst met de namen van de cliënten voeg ik toe als bijlage. Zo is het voor jullie duidelijk om welke cliënt(en) het gaat.

Alvast bedankt voor jullie inzet!

Met vriendelijke groet,

Asmae Bartal''

### Appendix III

#### TOESTEMMINGSVERKLARING\*

voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek:

“De invloed van sensitieve responsiviteit op de competentieontwikkeling van verstandelijk beperkten bij de implementatie van de INVRA-methodiek”

Ik ben over het onderzoek geïnformeerd. Ik heb de schriftelijke informatie gelezen. Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen. Ik heb over mijn deelname aan het onderzoek kunnen nadenken. Ik heb het recht mijn toestemming op ieder moment weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoef op te geven.

Ik stem toe met deelname aan het onderzoek.

\*\*

Naam :  
Geboortedatum :

Handtekening : Datum:

---

Ondergetekende, verantwoordelijke onderzoeker, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovenvermelde onderzoek is geïnformeerd. [Hij/zij verklaart tevens dat een voortijdige beëindiging van de deelname door bovengenoemde persoon, van geen enkele invloed zal zijn op de zorg die hem of haar toekomt\*\*\*].

Naam :  
Functie :  
Handtekening : Datum:

---

*\* Dit formulier is bestemd voor onderzoek met meerderjarigen die wilsbekwaam zijn. Bij dit onderzoek moet door de betrokkenen zelf toestemming worden verleend.*

*\*\* Eventueel opnemen:*

- 1) Ik wens niet dat mijn huisarts wordt geïnformeerd over mijn deelname aan dit onderzoek en/of
- 2) Over de resultaten van het onderzoek (zoals die op mij van toepassing zijn) wens ik niet te worden geïnformeerd.

*\*\*\* Dit is van toepassing bij deelname van patiënt*

## **Appendix IV**

Items ESI Verbaal: 1, 2, 3, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27.

Items ESI Non-verbaal: 4, 6, 7, 8, 9, 10, 23, 25.