

# De Triple-C support piramide

---

“Ik wil u uitnodigen beheersen los te laten”:  
Wetenschappelijk onderzoek naar de relatie  
tussen de Triple-C methode en LVG jongeren  
met ernstig probleemgedrag.

Lucy Simons (3031225)

20-6-2008

**Begeleiders:**  
**Jolanda Douma**  
**Bianca Nijhuis**

## Voorwoord

Al enige tijd werkte ik als begeleider voor de ASVZ . Sinds september 2007 loop ik stage als orthopedagoge en sinds mei 2008 ben ik werkzaam als orthopedagoge bij de ASVZ. Mijn dank was groot toen ik te horen kreeg dat ik onderzoek kon doen naar een methode die door jaren van praktijkervaring, evaluatie en verfijning is ontstaan. Door mijn werk als begeleider, mijn stage als orthopedagoge en nu als werkzaam orthopedagoge heb ik al op vele manieren deze methode mogen ervaren en er mee mogen werken. Mijn interesse was dan ook groot om er ook als wetenschapper naar te mogen kijken.

Mijn dank gaat uit naar Hans van Wouwe, hoofd behandeling van de ASVZ en tevens de opdrachtgever van dit onderzoek. Jarenlang heeft hij een grote rol gehad in de ontstaansgeschiedenis van de methode die centraal staat in dit onderzoek; de Triple-C support piramide. Mijn dank betreft tevens de cliënten, hun wettelijke vertegenwoordigers, alle zorgverleners en de ASVZ als organisatie, die op zoek gaat naar mogelijkheden, waar onmogelijkheden lijken te zijn.

Lucy Simons

## Abstract

**Background:** ASVZ has developed the Triple-C support pyramid which helps people with intellectual disability (ID) and severe psychological and behavioural problems to regain a normal course of daily life and to ultimately reduce their problematic behaviour. **Objective:** To investigate the internal consistency and inter-accessor reliability of the *Triple-C index*, that assesses the extent of the Triple-C method implementation. Additionally, we investigated the relationship between the level of implementation, the competencies and behavioural problems related variables. **Method:** Data was collected from 15 to 25-year-old people with mild ID and severe behavioural problems. Both the personal carer and team leader filled out the *Triple-C index* independently of each other to establish the inter-accessor reliability (using paired-samples t-tests and Spearman's rho). The Vineland-Z was used to assess the competencies and the VOG to assess the level of behavioural problems. Furthermore, information was collected on the number of psychopharmaca and physical restraint measures. Cronbach's alpha indicated the Triple-C index's internal consistency. Spearman's rho's were calculated between the index score and the independent variables. **Results:** The Triple-C index has both high internal consistency and inter-accessor reliability. The average Triple-C index score was positively related with competencies, negatively with the number of restraint measures, but not with behavioural problems and psychopharmaca. Competencies suppressed the relationship between the Triple-C index score and behavioural problems. **Conclusion:** The Triple-C index seems a reliable instrument and the Triple-C method a promising method. Future research using a larger sample is needed to confirm this study's results.

## Inleiding

Reeds zijn er vele methodieken verschenen die ernstig probleemgedrag zouden moeten reduceren bij adolescenten met een lichte verstandelijke beperking (Feldman, Atkinson, Foti-Gervais & Condillac, 2004). Desondanks blijkt de begeleiding van licht verstandelijk beperkte adolescenten met ernstig probleemgedrag in de praktijk veelal te vervallen in verschillende vormen van handelingsverlegenheid en, hierop volgend, protocollering (Allen, 1999; Emerson, Robertson & Wood, 2005).

ASVZ heeft in de loop der jaren een nieuwe methodiek ontwikkeld, de Triple-C support piramide (verder de Triple-C methode genoemd). De Triple-C methode is een model voor behandeling van mensen met verstandelijke beperkingen en ernstig probleemgedrag. Het

perspectief dat gehanteerd wordt is ‘het herstel van het gewone leven’ (Ter Horst, 1994). Uitgangspunt bij deze methode is dat alle gedrag sterk bepaald wordt door de omstandigheden waarin men leeft. In deze behandeling wordt, in tegenstelling tot andere behandelmethoden, het probleemgedrag niet primair als uitgangspunt genomen. Er wordt gekozen voor ondersteuning van en samenwerking met de cliënt bij het vorm geven aan een zo normaal mogelijk bestaan.

Samen met de cliënt wordt gewerkt aan vier competentiegebieden van het dagelijkse leven, namelijk: zelfzorg, wonen, werk/school en vrije tijd. Bij het werken aan deze competentiegebieden werken begeleider en cliënt intensief samen en wordt de cliënt onvoorwaardelijk ondersteund. De competentie die de cliënt opbouwt is een co-creatie van cliënt en coach (begeleider) op basis van een serieuze dialoog. Als gevolg van de onvoorwaardelijke steun en serieuze dialoog wordt een (veilige) vertrouwensband met begeleiders opgebouwd, waardoor de cliënt het vertrouwen krijgt de omgeving te exploreren. Deze exploratie wordt gekaderd binnen de vier competentiegebieden waar de cliënt vaardigheden leert die passen bij zijn ontwikkelingsniveau. Iedere activiteit die de cliënt doet wordt ondersteund door de groepsleiding die er zorg voor draagt dat iedere activiteit ongeacht het gedrag succesvol wordt afgerond. De cliënt doet op deze manier succeservaringen op, waardoor de cliënt zich competentier voelt in het dagelijkse bestaan. Er wordt gestreefd naar een zo ‘normaal’ mogelijk bestaan van de cliënt. De invulling van het normale dagelijkse leven geeft met de verworven competenties, zin en betekenis aan het voorheen veelal zo lege mensonwaardige bestaan, waarin niet betekenisgeving, maar probleemgedrag centraal stond (Dijkxhoorn, Buysse & Van Berckelaer-Onnes, 2000; Van Berckelaer-Onnes, Dijkxhoorn, Jacobs & Van der Ploeg, 1996).

De Triple-C methode heeft, ogenschijnlijk, in het werkveld al vele successen behaald, maar de effectiviteit is wetenschappelijk nog niet aangetoond. Wel bevat de Triple-C methode elementen van reeds aangetoonde effectieve methodieken, namelijk: gedragstherapeutische interventies en interventies uit de hechtingstheorie.

Gedragstherapeutische methoden hebben een aangetoonde effectiviteit in de wetenschappelijke literatuur (Allen, 2000; Feldman et al., 2004; Grey, Hastings & McClean, 2007; Prout & Nowak-Drabik, 2003). De elementen uit de gedragstherapeutische stroming die gebruikt worden in de Triple-C methode zijn extinctie en competentievermeerdering. Exinctie of uitdoving is het achterwege houden van de gevolgen die het probleemgedrag in stand kunnen houden en is een moeilijke techniek voor groepsleiding om toe te passen (Didden, Duker & Seys, 2003). Redenen zijn dat het vaak lang duurt voor er effect optreedt en

er in de beginperiode meestal een uitbreiding en intensivering van het probleemgedrag optreedt. Desondanks zijn de middellange termijn effecten zeer gunstig (Didden et al., 2003). De competentievermeerdering is gebaseerd op de leertheorie, waarbij men er vanuit gaat dat al het gedrag aangeleerd is. Een jongere is competent wanneer er een balans is gevonden tussen leeftijdsgebonden ontwikkelingsstaken waarvoor de cliënt zich gesteld ziet en vaardigheden om hiermee om te gaan (Gerris, 2001; Slot & Spanjaard, 2000). Een probleem bij de effectiviteit van deze methode is de generalisatie van het gedrag naar een andere omgeving. Veel herhaling van de methode is noodzakelijk willen de opgedane competenties zich ook generaliseren naar andere settings van de jongeren (Gerris, 2001).

Een individueel intensief dagprogramma, waar duidelijk ritmes in beschreven staan, is een belangrijk onderdeel in de Triple-C methode. Het aanbieden van activiteiten die passen bij de krachten/competenties van de jongeren, bevordert het zelfvertrouwen van de jongeren (Reu, Enshire, Wever & Apollonov, 1998; Silvan, Matzner & Silva, 1999). Deze afstemming van activiteiten op het ontwikkelingsniveau zorgt voor meer plezier en minder frustratie en dit kan resulteren in vermindering van probleemgedrag (Duvdevany, 2002; Gencoz, 1997).

Naast de aangetoonde effectieve elementen uit de gedragstherapeutische stroming maakt de Triple-C methode ook gebruik van elementen uit de hechtingstheorie. De hechtingstheorie is een wetenschappelijke theorie die zich specifiek richt op de wisselwerking tussen de ontwikkeling van het individu en de (opvoedings-) relatie waarin hij of zij participeert (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002). Kinderen en jongeren die wonen in instituties zijn veelal onveilig gehecht (Zegers, Van IJendoorn & Janssen, 2006). Mensen met een verstandelijke beperking kunnen door hun cognitieve beperkingen moeilijk met stress omgaan en kunnen in stressvolle situaties geen veilige basis vinden bij een hechtingsfiguur die een emotieregulerende functie heeft in tijden van stress. Niet succesvol omgaan met stress (stress-coping) en geen veilige basis vinden bij een hechtingsfiguur kunnen vervolgens ernstige gedragsproblemen tot gevolg hebben. Vanuit deze theorie wordt tevens gewaarschuwd tegen behandelingen die gebruik maken van dwang, zoals holding en fixaties. Deze vormen van handelingsverlegenheid schenden nog meer het geringe basisvertrouwen van de jongeren (Janssen et al., 2002; Schipper, Stolk & Schuengel, 2006; Schuengel & Sterkenburg, 2004).

Naar deze verklaring over het ontstaan van ernstige gedragsproblemen bij jongeren met verstandelijke beperkingen zijn diverse onderzoeken verricht. Jongeren in instituties zijn, zoals genoemd, veelal onveilig gehecht. Binnen deze instituties zijn continuïteit van de zorgverlening en sensitiviteit van de begeleiders moeilijk te realiseren. Het blijkt voor cliënten met een verstandelijke beperking echter wel mogelijk een hechtingsrelatie met een

professionele zorgverlener op te bouwen (Zegers et al., 2006; Schipper et al., 2006; Janssen et al., 2002). Dit is zeer verwonderlijk, gezien de wisselende diensten van de zorgverleners (Janssen et al., 2002). Als gevolg van deze bevinding achten Schuengel en Sterkenburg (2004) een direct op hechting gerichte interventie noodzakelijk om een veilige basis tussen cliënt en professionele zorgverlener te bewerkstelligen. Een professionele zorgverlener zal, met als doel een hechtingsrelatie met de cliënt op te bouwen, de tegennatuurlijke weg moeten gaan. Ondanks de aanvankelijke afwijzing door de cliënt blijft de therapeut op liefdevolle en respectvolle wijze contact maken, overigens zonder de cliënt te dwingen om contact te accepteren. Synergie is mogelijk tussen de beproefde methode van gedragstherapie en therapie gericht op de hechtingsrelatie. Wanneer de hechtingsrelatie in een fase is, waar de cliënt de professionele zorgverlener gebruikt om te exploreren, kunnen eventueel gedragstherapeutische interventies starten (Schuengel & Sterkenburg, 2004).

Deze synergie tussen gedragstherapie en therapie gericht op hechting is nog niet compleet effectief bewezen. Zes single-case studies zijn op effectiviteit getest en dit leverde positieve verbanden op betreffende een verbeterde hechtingsrelatie met de professionele zorgverlener en vermindering van probleemgedrag (Sterkenburg, Janssen & Schuengel, 2008). Generalisatie van deze resultaten is door methodische gebreken echter niet mogelijk.

De Triple-C methode is niet alleen een behandelmodel voor cliënten, maar ook een coachingsmodel voor professionals. Ernstig probleemgedrag van cliënten roept emotionele reacties op bij groepsleiding (Allen, 1999; Grey et al., 2007; Wanless & Jahoda, 2002). Ernstig probleemgedrag van cliënten met een licht verstandelijke beperking roept meer emotionele emoties op bij begeleiders dan wanneer de cognitieve beperkingen ernstiger zijn (Allen, 1999). Dit resulteert veelal in vormen van handelingsverlegenheid en naar ingrijpende behandelmethoden, zoals medicatie en vrijheidsbeperkende maatregelen (Feldman et al., 2004). De Triple-C methode vraagt onvoorwaardelijke steun van groepsleiding ten opzichte van de cliënten, ondanks probleemgedrag. Het probleemgedrag wordt niet als uitgangspunt genomen en alle activiteiten moeten ondanks eventueel probleemgedrag succesvol afgerond worden. Dit is een tegennatuurlijke weg van handelen en vraagt een sterke regulatie van emoties bij groepsleiding. De Triple-C methode blijkt daarom ook een moeilijke methode voor groepsleiding te zijn. Wanneer groepsleiding niet goed gecoacht wordt in de eigen competenties en in de uitvoering van de methodiek, kan dit het effect van de methodiek aanzienlijk verminderen (Allen, 1999; Grey et al., 2007; Wanless & Jahoda, 2002).

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van de Triple-C methode. De implementatie van de Triple-C methode verschilt veelal per woning. Om te bezien in hoeverre

woongroepen de Triple-C methodiek hebben geïmplementeerd is de *Triple-C index* ontwikkeld. Deze zogenoemde Triple-C index, die bestaat uit een vragenlijst, moet nog op haar betrouwbaarheid worden onderzocht. Een vraag die daarom centraal staat in dit onderzoek is;

*‘In hoeverre is de Triple-C index een betrouwbaar instrument?’*

Daarnaast is de vraag of de Triple-C methode samenhangt met een vermindering van probleemgedrag en een vergroting van de competenties van de cliënten. De tweede vraag die daarom centraal staat in dit onderzoek is;

*‘Is er een relatie tussen de hantering van de Triple C methode met de competentie en het probleemgedrag van de jongeren?’*

Verwacht wordt dat een hoge score op de Triple-C index negatief samenhangt met het probleemgedrag van de cliënten en positief samenhangt met de competenties van de cliënten. Neveneffecten van gereduceerd probleemgedrag kunnen een vermindering van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen zijn. Verwacht wordt dan ook dat een hoge score op de Triple-C index negatief samenhangt met psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen van de cliënten.

## **Methode**

### Participanten

De Triple-C methode is ontwikkeld voor begeleiding aan cliënten met ernstig probleemgedrag. De Triple-C methode wordt tot nog toe enkel toegepast binnen de zogenoemde intensieve woon- en werk groepen van de ASVZ. De Triple-C methode wordt veelal toegepast op intensieve woongroepen waar jongeren wonen met lichte verstandelijke beperkingen. Een reden hiervoor kan zijn dat een fysieke en hormonale ontwikkeling, door middel van adolescentie, een extra dimensie en intensivering geven in de begeleiding. Er is daarom gekozen voor de volgende inclusiecriteria; De jongeren hebben een indicatie voor 24-uurs verblijf met behandeling en worden op verschillende woningen van de ASVZ intensief begeleid en behandeld. De jongeren zijn mannen en vrouwen in de leeftijd van 15 tot 25 jaar. Zij hebben lichte verstandelijke beperkingen, met een IQ uiteenlopend van 55 tot 85. De mate van vergelijkbaarheid tussen de cliënten onderling is, qua ernst van de gedragsproblemen, bepaald op grond van een SGLVG (Sterk Gedragestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten) indicatie.

Via het registratiesysteem van de ASVZ is gekeken welke jongeren voldoen aan de gestelde inclusiecriteria zoals hierboven is beschreven. Vanuit deze inclusiecriteria zijn 22 participanten geselecteerd. Twee participanten hebben niet deelgenomen aan het onderzoek, de wettelijke vertegenwoordigers gaven geen toestemming voor onderzoek. De definitieve onderzoeksgroep bestaat uit 20 jongeren met lichte verstandelijke beperkingen en ernstige gedragsproblematiek. De onderzoeksgroep bestaat uit 17 mannen en 3 vrouwen. De participanten wonen verspreid over verschillende woongroepen in de regio Zuid-Holland. De participanten zijn niet random toegewezen, maar geselecteerd op basis van de gestelde inclusiecriteria.. Generalisatie van de resultaten zal door de kleine onderzoeksgroep en de selectie dus slechts zeer beperkt mogelijk zijn.

### Procedure

Het huidige onderzoek is cross-sectioneel van design. De data zijn verzameld aan de hand van vragenlijsten (zie instrumenten sectie voor de vragenlijsten). Deze vragenlijsten zijn schriftelijk afgenomen met een aanwezige testleider. De vragenlijsten zijn door de persoonlijk begeleider en de teamleider van de jongeren in het onderzoek onafhankelijk van elkaar ingevuld. Voor het invullen van de vragenlijsten was er een uur tijdsinvestering per jongere.

### Instrumenten

#### *Onafhankelijke variabele*

##### *'Triple-C methode'*

De mate van implementatie van de Triple-C methode wordt door middel van de *Triple-C index* weergegeven. De Triple-C index is een vragenlijst en bestaat uit 37 items (zie bijlage I voor inhoud van de items) met een 5-punts antwoordschaal (1 = zeer inadequaat; 2 = inadequaat; 3 = noch inadequaat/noch adequaat; 4 = adequaat en 5 = zeer adequaat). Een indexering van 5 betekent dat er met de cliënt op het specifieke gebied goed volgens de behandelingsprincipes wordt gewerkt. Een indexering van 1 betekent dat er met de cliënt nog niet of nauwelijks volgens de behandelingsprincipes wordt gewerkt. De Triple-C index moet nog op haar betrouwbaarheid getest worden. De interne schaalconsistentie en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de Triple-C index zullen worden onderzocht. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te onderzoeken, hebben de Persoonlijk Begeleider en de Teamleider (die voor 70% meewerkend is) van de cliënt de Triple-C index onafhankelijk van



elkaar ingevuld. Om deze onafhankelijkheid te waarborgen is de testleider bij ieder afname aanwezig geweest.

### Afhankelijke variabelen

#### *‘Competenties’*

Om de variabele ‘competenties’ van de participanten in kaart te brengen is de vragenlijst *Vineland Adaptive Behaviour Scales* (verder Vineland-Z genoemd) voor kinderen afgenomen (de Bildt & Kraijer, 2003). De Vineland-Z is ontwikkeld voor kinderen en jeugdigen van 5 t/m 18 jaar met een lichte, matige of ernstige/diepe verstandelijke beperking om de sociale redzaamheid in kaart te brengen. De vragenlijst is ingevuld door de persoonlijk begeleiders van de participanten. De meetpretentie is de sociale redzaamheid. Er zijn 225 items die deel uitmaken van drie domeinen; Communicatie, Dagelijkse Vaardigheden en Socialisatie. De validiteit en de betrouwbaarheid van de Vineland-Z is als ‘goed’ beoordeeld door de COTAN. De normen van de Vineland-Z worden als ‘voldoende’ representatief beoordeeld (Kraijer & Plas, 2007). De kalenderleeftijd van de participanten binnen dit onderzoek zal soms hoger zijn dan 18 jaar. Wanneer gebruik wordt gemaakt van de leeftijdsequivalenten, is de Vineland-Z ook toepasbaar voor kinderen onder de 5 jaar en tevens voor volwassenen die op zwakbegaafd niveau functioneren (Kraijer & Plas, 2007). Dit onderzoek zal de totale Vineland score, uiterekend in leeftijdsequivalenten en omgezet in maanden, gebruiken.

#### *‘Gedragsproblemen’*

De variabele ‘gedragsproblemen’ wordt in dit onderzoek onderzocht met de *Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag* (verder VOG genoemd) (Nederlandse Versie; Koot & Dekker, 2001). Er bestaan twee versies van de VOG, namelijk de VOG-O, die ouders in moeten vullen en de VOG-L, die leerkrachten in moeten vullen over desbetreffende jongere. In dit onderzoek is de VOG-O ingevuld door de persoonlijk begeleiders van de participanten. De VOG heeft als doelgroep kinderen en jeugdigen van 6 tot 18 jaar, die voornamelijk op ernstig, matig, licht beperkt en zwakbegaafd niveau functioneren. De VOG tracht descriptief en empirisch gedragsproblemen van de jongeren te meten. De VOG is nog niet ter beoordeling aan de COTAN aangeboden, maar er is wel onderzoek gedaan door Dekker, Nunn en Koot (2002a). Dit onderzoek leidde tot een indeling in vijf subschalen waar de huidige VOG nu uit bestaat. Achtereenvolgend zijn dit ‘Storend/Antisociaal’(27 items), ‘In

zichzelf gekeerd' (31 items), 'Communicatiestoornissen'(13 items), 'Angst'(9 items) en 'Sociale beperking' (10 items). Niet alle items vallen onder de subschalen, maar tellen wel mee bij de berekening van de Totale probleemscore. De betrouwbaarheid van de VOG komt als 'redelijk' tot 'goed' naar voren (Kraijer & Plas, 2007). Er zijn tevens validiteitpeilingen gedaan. De overeenkomsten tussen de VOG en de CBCL uitslagen zijn 'redelijk' tot 'goed' (Kraijer & Plas, 2007). De instellingsnormen zijn zeer slecht representatief. De instellingsnorm berust op de gegevens van enkel 31 personen uit het hele leeftijdsbereik van de VOG (Kraijer & Plas, 2007). Daarnaast zijn de percentiel afkappunten erg grof gekozen. Als gevolg van deze argumenten wordt er in dit onderzoek alleen de totale ruwe score van probleemgedrag gebruikt. Evenals bij de Vineland-Z is er gekozen om de VOG-O toe te passen bij de gehele onderzoeksgroep, hoewel de kalenderleeftijd van een aantal participanten hoger ligt dan 18 jaar. Aangezien iedere participant functioneert op Licht Verstandelijk Beperkt niveau, kan de VOG-O afgenomen worden (Kraijer & Plas, 2007).

#### *'Vrijheidsbeperkende maatregelen'*

De variabele 'vrijheidsbeperkende maatregelen', in het kader van de wet BOPZ, is met behulp van het door de ASVZ gehanteerde registratiesysteem in kaart gebracht door de hoeveelheid vaste maatregelen die gehanteerd worden bij de jongeren te tellen. Het gaat hier om vrijheidsbeperkende maatregelen die geregistreerd staan in ieder behandelplan dat niet ouder is dan één jaar. Concluderend kan gesteld worden dat het totaal aantal geregistreerde maatregelen als variabele meegenomen is in de analyses.

#### *'Psychofarmaca'*

De variabele 'psychofarmaca', is met behulp van het gehanteerde registratiesysteem van de ASVZ geteld. De analyses van het huidige onderzoek berusten alleen op het aantal soorten psychofarmaca die gedrag en/of stemming beïnvloeden en de participanten per dag tot zich nemen. De doseringen van de psychofarmaca zijn niet meegenomen in de analyses.

#### Statistische analyses

De Triple-C index wordt op haar betrouwbaarheid onderzocht. De interne consistentie en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het instrument zullen worden berekend.

De interne consistentie of homogeniteit van een vragenlijst of meetinstrument verwijst naar de samenhang van vragen/items binnen één domein. Om de interne consistentie te

bepalen, is de Cronbach's alpha ( $\alpha$ ) berekend. Dit is een maat voor de interne consistentie van items in psychometrische tests of van vragenlijsten die in onderzoek worden toegepast. De waarde van alpha ( $\alpha$ ) is een indicatie van de mate waarin een aantal items in een test hetzelfde concept meten. Een alpha van .70 en hoger wordt geïnterpreteerd als een voldoende tot goede interne consistentie van de items.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is de overeenstemming tussen twee of meerdere beoordelaars. De scores van de Persoonlijk Begeleider en de Teamleider over dezelfde participant op hetzelfde instrument (Triple-C index) worden geanalyseerd op overeenstemming. Om te bepalen of de Triple-C index een voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid heeft wordt de samenhang tussen de gemiddelde schaalscores van de Persoonlijk Begeleiders en de Teamleider berekend middels de Spearman's rangcorrelatie, aangezien de Triple-C index van ordinaal meetniveau is. De Spearman's rangcorrelatie wordt tevens voor ieder item van de Triple-C index afzonderlijk berekend.

Aanvullend hierop worden de verschillen tussen de scores van de Persoonlijk Begeleider en de Teamleider op ieder item van de Triple-C index berekend door middel van een T-toets voor gekoppelde steekproeven. Dit wordt tevens berekend voor de totale gemiddelde score van de Persoonlijk Begeleider en de Teamleider op de Triple-C Index. Ondanks goede correlatiecoëfficiënten van de Spearman's rangcorrelatie, kunnen er namelijk wel significante verschillen bestaan tussen de scores van de persoonlijk begeleider en de teamleider op de Triple-C index. Het is gewenst dat de Triple-C index in de toekomst door slechts één persoon kan worden ingevuld. Het is daarom van belang dat er niet alleen een goede samenhang is tussen de scores van de persoonlijk begeleider en de teamleider over de jongeren, maar dat er ook geen significante verschillen tussen deze scores zitten.

De verwachte positieve samenhang tussen de onafhankelijke variabele 'Triple-C' en de afhankelijke variabele 'competenties' wordt berekend middels de Spearman's rho correlatiecoëfficiënt. De Spearman's rho correlatiecoëfficiënt wordt tevens berekend voor de verwachte negatieve samenhang tussen de onafhankelijke variabele 'Triple-C' en de afhankelijke variabelen 'gedragsproblemen', 'vrijheidsbeperkende maatregelen' en 'psychofarmaca'. Voor alle analyses is er een afkappunt van minimaal  $p < .05$  gehanteerd.

Dit onderzoek maakt gebruik van een niet parametrische test (Spearman's rho correlatiecoëfficiënt). Niet-parametrische testen zijn minder krachtig doordat ze niet alle aanwezige informatie gebruiken (ranking). In het geval van kleine stalen en geen normale distributie van de data zijn ze echter betrouwbaarder dan parametrische testen.

## Resultaten

### Frequenties

Van de schalen ‘competenties’, ‘gedragsproblemen’, ‘vrijheidsbeperkende maatregelen’ en ‘aantal soorten psychofarmaca’ zijn de frequenties berekend. De frequenties van de gehele steekproef zijn weergegeven in tabel 1.1.

Tabel 1.1 Gemiddelde, standaardafwijking op Competenties, Gedragsproblemen en aantal psychofarmaca (N=20)

	Totaal gemiddelde	standaardafwijking
Competenties (in maanden)	79.35	34.64
Gedragsproblemen (ruwe totaal score)	51.15	26.59
Vrijheidsbeperkende maatregelen	2.95	1.67
Psychofarmaca	1.45	1.28

### Betrouwbaarheid Triple-C index

De interne consistentie is berekend middels de Cronbach's  $\alpha$ . De interne consistentie van de Triple-C index is hoog ( $\alpha = .98$ ;  $p < .001$ ). Alleen item 20 ‘*de cliënt krijgt geen 1 op 1 begeleiding*’, item 21 ‘*de aanwezige begeleiders zijn verantwoordelijk voor de hele groep*’, item 28 ‘*de cliënt wordt twee maal per jaar besproken in een interdisciplinair overleg*’, item 34 ‘*er is twee wekelijks zorgoverleg tussen orthopedagoog, teamleider en het team*’ en item 37 ‘*de teamleden hebben vier keer per jaar competentiegesprekken met de teamleider*’ hebben een lage item-schaal correlatie, namelijk kleiner dan .30. De overige items hebben allemaal een item-schaal correlatie dat hoger is dan .70.

Om inzicht te krijgen in de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de Triple-C index tussen persoonlijk begeleiders en teamleiders zijn er correlaties berekend tussen de totale gemiddelde Triple-C scores en de gemiddelde scores van ieder item afzonderlijk.

Het verschil in gemiddelde scores tussen de persoonlijk begeleider en de teamleider zijn geanalyseerd door middel van een T-toets. Vanuit de T-toets is er berekend of er significante verschillen bestaan tussen de gemiddelde scores van de persoonlijk begeleiders en de teamleiders.

De correlaties en de T-scores zijn weergegeven in tabel 1.2. Item 1 tot en met 37 staan genummerd in tabel 1.2. De inhoudelijke informatie van de items staan weergegeven in bijlage I.

Tabel 1.2 Gemiddelde score en, standaardafwijking (Sd) op de items van de Triple-C index van de persoonlijk begeleider (pb'er) en teamleider (tl), Spearman's rangcorrelatie coëfficiënt en de T-score

Items	Gem. score pb'er	Sd pb'er	Gem. score tl	Sd tl	Spearman's Rho	T-score
1	3.70	1.17	4.05	1.16	.88**	-2.67**
2	3.50	1.32	4.10	.85	.79**	-3.27**
3	3.60	1.19	4.35	.49	.44*	-3.14**
4	3.75	1.16	3.85	.87	.84**	-.62
5	3.55	1.23	4.55	.51	.49*	-4.16**
6	3.90	1.21	4.15	.93	.63*	-1.31
7	3.75	1.25	3.65	1.09	.81**	-.81
8	3.80	1.28	3.80	1.28	.92**	.00
9	3.90	1.12	4.10	.85	.77**	-1.29
10	4.55	.51	4.40	.94	.72**	1.00
11	3.65	1.23	3.65	1.23	.85**	.00
12	3.65	1.21	3.60	1.19	.84**	.37
13	3.75	1.25	3.65	.88	.73**	.53
14	3.60	1.28	4.00	.79	.75**	-2.18*
15	3.70	1.12	4.05	.83	.71**	-1.79
16	3.60	.51	4.05	.83	.84**	-2.93**
17	3.50	1.23	3.55	1.19	.63*	-.22
18	3.55	1.18	3.65	.81	.82**	-.62
19	3.80	1.16	4.85	.49	.25	-3.94**
20	4.40	1.27	4.65	1.19	-.03	-1.00
21	5.00	0.00	4.50	.89	.00	2.52*
22	3.60	1.23	3.80	1.20	.92**	-2.18*
23	3.60	1.15	3.85	.75	.96**	-2.03
24	3.55	1.19	3.85	.88	.91**	-2.35*
25	3.55	1.36	4.10	.85	.89**	-3.58**
26	3.45	1.45	3.75	1.12	.86**	-1.83
27	3.30	1.53	3.50	1.19	.78**	-1.00
28	3.70	1.08	3.25	1.25	.23	-1.28
29	3.65	1.14	3.70	.86	.77**	-.29
30	3.25	1.16	3.30	1.13	.72**	-.27
31	2.60	1.85	2.80	2.04	.96**	-2.18*
32	2.00	1.49	2.30	1.63	.99**	-2.85**
33	4.20	.83	4.55	.76	.34	-1.79
34	2.95	1.57	2.90	1.37	.85**	.25
35	4.15	.81	4.50	.76	.39	-1.58
36	3.75	1.07	3.70	1.22	.87**	.44
37	2.55	1.15	2.40	1.27	.89**	1.14
Totale gem.	3.62	.88	3.82	.70	.97**	-3.16**

\* P.&lt;.05

\*\*P.&lt;.01

Gemiddeld genomen scoren teamleiders hoger op de Triple-C index dan de persoonlijk begeleiders (gem. pb'er 3.62 < gem. tl 3.82). Dit verschil is significant ( $t = -3.16$ ;  $df 19$ ;  $p < .001$ ). Teamleiders scoren van alle 37 items 32,43% significant hoger dan de persoonlijk begeleiders.

Er blijkt wel een hoge samenhang te zijn tussen de gemiddelde score van de teamleiders en de gemiddelde score van de persoonlijk begeleider ( $\rho .97$   $p < .001$ , tweezijdig).

Wanneer de scores van de items afzonderlijk worden bekeken dan bestaat er op een aantal items een lage samenhang tussen de scores van de teamleider en de scores van de persoonlijk begeleider. Er wordt gesproken van een goede samenhang wanneer de correlatie coëfficiënt minimaal .70 is met een p-waarde van  $> .05$ . De volgende 9 items behalen een correlatie beneden .70 met een p-waarde van  $> .05$ ; Item 3 *'er zijn competentiedoelen gesteld op de gebieden: zelfzorg, wonen, werk/scholing en vrije tijd'*, item 5 *'de cliënt heeft een behandelplan voor wonen en werken samen'*, item 6 *'de begeleidingsstijl van de cliënt is omschreven in termen van sturend, uitnodigend en ruimte gevend'*, item 17 *'de begeleiding wordt gekenmerkt door dialoog, door wil zeggen, niet door afspraken en regels'*, item 19 *'in de begeleiding worden geen materiële beloningssystemen gehanteerd'*, item 20 *'de cliënt krijgt geen 1 op 1 begeleiding'*, item 21 *'de aanwezige begeleiders zijn verantwoordelijk voor de hele groep'*, item 28 *'de cliënt wordt minimaal twee keer per jaar besproken in een interdisciplinair overleg'*, item 33 *'het behandelplan van de cliënt is niet ouder dan 1 jaar'* en item 35 *'elk jaar is er een behandelplanbespreking met alle direct betrokkenen in de behandeling van de cliënt'*.

### Samenhang tussen Triple-C index en andere variabelen

Om te bepalen of er een samenhang is tussen de hantering van de Triple-C methode met competenties, gedragsproblemen, psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen zijn er correlaties berekend. De samenhang is berekend middels de Spearman's rho correlatiecoëfficiënt tussen de Triple-C index en competenties, gedragsproblemen, het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen en het aantal psychofarmaca. De correlatiecoëfficiënten zijn weergegeven in tabel 1.3.

Tabel 1.3 Spearman's correlatiecoëfficiënt tussen Triple-C index en competenties, gedragsproblemen, vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca.

	Triple-C index
Competenties	.60**
Gedragsproblemen	.05
Aantal vrijheidsbeperkende maatregelen	-.59**
Aantal soorten psychofarmaca	-.11

\*\*  $P < 0.01$

Er blijkt een positieve significante samenhang te zijn van de Triple-C index met de competenties ( $\rho = .60$ ) en een negatieve significante samenhang met het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen ( $\rho = -.59$ ). Daarentegen is er geen significante samenhang gevonden tussen de Triple-C index en gedragsproblemen, en de Triple-C index met het aantal soorten psychofarmaca

Aangezien de Spearman's rangcorrelatie niet de verwachte samenhang tussen de Triple-C index en de variabele gedragsproblemen laat zien ( $\rho = .05$ ), wordt verwacht dat de variabele competenties een onderdrukkend effect kan hebben op de samenhang tussen de Triple-C index en gedragsproblemen. De Triple-C methode heeft het probleemgedrag van de cliënt namelijk niet als focus, maar wil middels competenties uitnodigen tot ander gedrag. Om deze hypothese te toetsen is er vervolgens een partiële correlatie berekend tussen de variabele Triple-C index en gedragsproblemen, waarbij gecontroleerd is voor competenties. De samenhang blijkt dan wel significant hoog ( $\rho = .71$ ,  $p < .01$ ).

Een partiële correlatie kan nuttig zijn om het onderdrukkende effect van deze derde variabele (competenties) te verwijderen. Er blijkt nu een hogere significante correlatie te zijn tussen de Triple-C methode en gedragsproblemen, wanneer er gecontroleerd wordt voor competenties.

## Conclusie en Discussie

In dit onderzoek is getracht een antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen; 'Is de Triple-C index een betrouwbaar instrument?' en 'Bestaat er een samenhang tussen de hantering van de Triple-C methode en de competenties en het probleemgedrag van de jongeren?' De Triple-C index heeft een hoge interne consistentie ( $\alpha = .98$   $p < .001$ ). De mate



van overeenstemming tussen de totale scores van de persoonlijk begeleider en de teamleider op de Triple-C index is ook ruim voldoende te noemen ( $\rho = .97$  p. <.001).

Desondanks blijken er wel significante verschillen tussen de scores van de persoonlijk begeleider en de teamleider te zitten ( $t = -3.16$ ; p.<.001). Een verklaring hiervoor kan zijn dat een teamleider meer sociaal wenselijke antwoorden geeft dan de persoonlijk begeleider. De teamleider weet organisatorisch hoe de lijnen zijn uitgezet en de persoonlijk begeleider staat het dichtst bij de dagelijkse praktijk en tevens bij de jongere zelf (Bolhuis, Mandos & Hollander, 2004). De teamleider rapporteert dan waarschijnlijk over de gewenste situatie en de persoonlijk begeleider over de actuele situatie. Op grond hiervan lijkt de persoonlijk begeleider het meest geschikt om de Triple-C index in te vullen.

Een aantal items van de Triple-C index heeft een lage item-schaal correlatie vergeleken met de rest van de items en hebben tevens een lage samenhang tussen de scores van de persoonlijk begeleider en de teamleider. Item 20, 21, 28, 34 en 37 hebben een lage item-schaal correlatie (<.30) en item 3, 5, 6, 17, 19, 20, 21, 28, 33 en 35 hebben een lagere samenhang dan het gestelde afkappunt van .70 (p<0.05).

Item 3, 5, 6, 17 hebben goede item-schaal correlatie (>.70), maar de overeenstemming tussen de persoonlijk begeleider en de teamleider op de Triple-C index is laag (item 3  $\rho = .44$  p. <.05; Item 5  $\rho = .49$  p. <.05; Item 6  $\rho = .63$  P.<.001; Item 17  $\rho = .63$  p. <.001). De samenhang is wel significant en de items zijn eenduidig beschreven. Daarnaast is in overleg met Hans van Wouwe (hoofd behandeling ASVZ ) besloten dat deze items van inhoudelijk belang zijn. Deze items kunnen opgenomen blijven in de Triple-C index, aangezien ze eenduidig omschreven staan en van inhoudelijk belang zijn.

Item 20 en 21 hebben een lage item-schaal correlatie (<.30) en er is weinig overeenstemming tussen de scores van de persoonlijk begeleider en de teamleider op de Triple-C index (<.70). Dit kan bij item 20, '*de cliënt krijgt geen 1 op 1 begeleiding*', komen doordat deze negatief geformuleerd is, terwijl het overgrote deel van de items positief geformuleerd is. Aangezien er een testleider aanwezig was bij afname, kon er uitleg bij het item gegeven worden en wisten deelnemers wel hoe ze het item moesten scoren. Toch vonden deelnemers dit een moeilijk item, waar meerdere situaties te schetsen waren. Item 20 zal geherformuleerd moeten worden, zodat het item positief geformuleerd is en duidelijk wordt hoe de 1 op 1 begeleiding gezien moet worden. De persoonlijk begeleiders kennen allen een score 5 toe aan item 21 ('*de aanwezige begeleiders zijn verantwoordelijk voor de hele groep*'). Er is dus geen spreiding tussen deze twee scores. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat deelnemers het vanzelfsprekend vinden dat zij verantwoordelijk zijn voor de hele

groep en daardoor allen de hoogste score hebben toegekend aan dit item. Dit item lijkt inhoudelijk overbodig en zou verwijderd kunnen worden uit de Triple-C index.

Item 19 heeft een voldoende item-schaal correlatie ( $>.70$ ), maar heeft een zeer lage samenhang tussen de scores van de persoonlijk begeleider en van de teamleider. De reden hiervan kan zijn dat dit item, evenals item 20, negatief geformuleerd is (Item 19: *‘in de begeleiding worden geen materiële beloningssystemen gehanteerd’*). Wanneer de andere items positief geformuleerd staan, dan kan een negatief geformuleerd item verwarring brengen onder de deelnemers. Dit komt omdat het dan niet meer duidelijk is welke kant de deelnemers op moeten scoren (1= zeer inadequaat en 5=zeer adequaat) Ondanks dat er nu een testleider aanwezig was, schiepen deze twee items toch verwarring onder de deelnemers. Wanneer de index in de toekomst zonder testleider afgenomen zal worden, is het verstandig alle items één richting uit te formuleren. Daarnaast vonden deelnemers het lastig om in te schatten wat ‘materiële beloningssystemen’ zijn. Item 19 dient te worden geherformuleerd met duidelijke voorbeelden van deze ‘materiële beloningssystemen’.

Item 28 (*‘De cliënt wordt minimaal twee keer per jaar besproken in een interdisciplinair overleg’*) heeft een lage item-schaal correlatie en de scores tussen de persoonlijk begeleider en de teamleider hebben een lage samenhang. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de persoonlijk begeleider niet van alle overleggen binnen de ASVZ afweert, aangezien er rondom cliënten met een SGLVG indicatie vaak overleg is tussen verschillende betrokkenen. Dit item lijkt daarom te onduidelijk geformuleerd voor de deelnemers. Verder kan getwijfeld worden aan het inhoudelijk belang van dit item. De vraag kan gesteld worden of dit item echt een voorwaarde is voor de Triple-C methode. Item 28 zou verwijderd kunnen worden, zowel vanuit statistisch als inhoudelijk belang.

Item 34 (*‘Er is twee wekelijks zorgoverleg tussen orthopedagoog, teamleider en het team’*) heeft een lage item-schaal correlatie, maar er bestaat wel een significante hoge samenhang tussen de scores van de persoonlijk begeleider en de teamleider. Dit item is inhoudelijk ook van belang, aangezien het belangrijk is dat begeleiders regelmatig worden ondersteund door een orthopedagoog. Voor de implementatie van een methodiek is het van belang dat begeleiding gecoacht wordt in de uitvoering van de methodiek (Wanless & Jahoda, 2002). Item 34 dekt dus een belangrijk voorwaarde van de Triple-C methode en dient daarom onderdeel te blijven van de Triple-C index.

Item 33 en 35 hebben een lage, niet significante samenhang tussen de scores van de persoonlijk begeleider en de teamleider. Beide items dekken ongeveer dezelfde inhoud (item 33; *‘het behandelplan van de cliënt is niet ouder dan 1 jaar*, item 35; *‘er is ieder jaar een*

*behandelplanbespreking met diverse disciplines*’). Item 33 is wel negatief geformuleerd, maar de testleider is aanwezig geweest ter verduidelijking. De lage samenhang is lastig te verklaren, gezien de eenduidigheid van de geformuleerde items. Er zou geen twijfel moeten kunnen bestaan of een behandelplan een jaar oud is of niet. Item 33 is daarnaast ook van inhoudelijk belang als voorwaarde voor de Triple-C methode. Item 35, daarentegen, heeft een grote overlap met item 33. Geadviseerd wordt om item 33 en 35 samen te voegen tot één item, dat duidelijk en positief geformuleerd is. Aan de instructies van de Triple-C index kan worden toegevoegd dat het raadzaam is om het behandelplan van de cliënt er naast te houden. Zo kan er geen twijfel bestaan over de tijdsduur van het behandelplan.

Item 37 (‘de teamleden hebben vier keer per jaar competentiegesprekken met de teamleider’) heeft een lage item-schaal correlatie, maar er bestaat wel een significante samenhang tussen de scores van de persoonlijk begeleider en de teamleider. Het item wordt van inhoudelijk belang geacht en zou daarom behouden kunnen worden.

De Triple-C index is als instrument dus intern consistent en er bestaat een goede overeenstemming ( $r = .97$  p.  $<.001$ ) op de index tussen de persoonlijk begeleider en de teamleider. Ondanks de goede overeenstemming, blijken er toch ook significante verschillen te bestaan tussen de scores van de persoonlijk begeleiders en de teamleiders ( $t = -3.16$  p.  $<.001$ ). De scores die de persoonlijk begeleiders en de teamleiders rapporteren over de jongeren hebben wel een sterke relatie met elkaar, alleen scoren de teamleiders als groep significant hoger dan de persoonlijk begeleiders. Aangezien het vermoeden is dat de persoonlijk begeleiders meer over de actuele situatie rapporteren en de teamleiders over de gewenste situatie, worden de persoonlijk begeleiders het meest geschikt geacht om de Triple-C index in te vullen. Ondanks deze positieve gemiddelde resultaten wordt geadviseerd om item 20, 21, 28 en 35 te verwijderen, omdat deze onduidelijk zijn gebleken voor de deelnemers en de Triple-C index minder betrouwbaar maken.

De samenhang tussen de hantering van de Triple-C methode en competenties kan vanuit de resultaten bevestigd worden ( $\rho = .63$  p.  $<.001$ ). Van een directe samenhang tussen de Triple-C methode en gedragsproblemen is niet te spreken ( $\rho = .03$  p.  $>.05$ ). Vanuit de berekening van de partiële correlatie bleek dat competenties een onderdrukkende factor is op de samenhang van de Triple-C methode en gedragsproblemen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat eerst de competenties van de jongeren moeten worden bevorderd, voordat gedragsproblemen zullen afnemen. Vanuit diverse onderzoeken was al bekend dat een competentier persoon minder probleemgedrag vertoont (Gerris, 2001; Slot & Spanjaard,

2000). Vanuit deze resultaten blijkt dat competenties zeer belangrijk zijn voor de samenhang tussen de Triple-C methode en gedragsproblemen.

Een andere verwachting was dat de Triple-C methode samen zou hangen met psychofarmaca en met vrijheidsbeperkende maatregelen. Er blijkt een negatieve samenhang te zijn tussen de Triple-C methode en vrijheidsbeperkende maatregelen ( $-.59$   $p < .001$ ). Dit is een bevestiging van de gestelde verwachting. De hechtingstheorie die een belangrijk element is binnen de Triple-C methode draagt hier aan bij. Vanuit de hechtingstheorie wordt gewaarschuwd tegen behandelingen die gebruik maken van dwang, zoals holding en fixaties, omdat dit de jongeren nog meer zal schenden in het geringe basisvertrouwen in de omgeving (Zegers et al., 2006).

De Triple-C methode heeft geen significante samenhang met psychofarmaca ( $\rho = -.11$   $p > .05$ ). De verklaring hiervoor kan liggen in de keuze van dataverzameling. Alle psychofarmaca dat sederend of rustgevend is op gedrag is gerangschikt. Daar zitten ook psychofarmaca bij die gekoppeld zijn aan een duidelijke psychiatrische diagnose. Daarnaast zijn doseringen van de psychofarmaca buiten beschouwing gelaten. Er kan getwijfeld worden aan de variabele psychofarmaca zoals deze inhoudelijk gevormd is in dit onderzoek. Het enkel rangschikken van psychofarmaca dat sederend werkt, zonder doseringen, is te beperkt om daadwerkelijk een indicatie te geven in hoeverre het invloed heeft op gedrag (Sweeney, Forness, Kavale & Levitt, 1997). In vervolg onderzoek kan psychofarmaca die duidelijk gekoppeld zijn aan een psychiatrische diagnose buiten beschouwing blijven. Daarnaast is het van belang dat er in overleg met een AVG'er (Arts Verstandelijk Gehandicapten) gekeken wordt in hoeverre psychofarmaca sederend werkt op de participant, wanneer er gekeken wordt naar de doseringen voor iedere individuele participant. De variabele psychofarmaca, zoals deze in de huidige studie is samengesteld, geeft te weinig informatie over de invloed van psychofarmaca. In vervolg onderzoek is het van belang dat de doseringen ook meegenomen moeten worden.

Huidig onderzoek heeft een eerste wetenschappelijke indruk gegeven over de werkzaamheid van de Triple-C methode. Het huidige onderzoek is een pilot voor een uitgebreider onderzoek met meer participanten. Een belangrijk onderdeel van deze pilot was de betrouwbaarheid en analyse van de Triple-C index. Wanneer de Triple-C index wordt aangepast naar de huidige aanbevelingen, is het een betrouwbaar instrument om te meten in hoeverre de Triple-C methode is geïmplementeerd. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is goed te noemen, hoewel de teamleiders als groep hogere scores op de Triple-C index behalen dan de persoonlijk begeleiders. Een training om de Triple-C index te kunnen invullen lijkt niet

nodig en zou in het vervolg wellicht door één persoon ingevuld kunnen worden, geadviseerd wordt om dit door de persoonlijk begeleider te laten doen. Er waren tijdens de afname weinig vragen van de deelnemers aan de testleider en wanneer alle items positief geformuleerd worden dan bevordert dit de duidelijkheid en helderheid van de vragenlijst. Wat hierbij nog wel interessant is en van belang kan zijn, is om de Triple-C index nog eenmaal op haar interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te testen, met enkel persoonlijk begeleiders. Een persoonlijk begeleider en een schaduw persoonlijk begeleider (= een begeleider die de taken van de persoonlijk begeleider overneemt tijdens afwezigheid) kunnen dan de lijst invullen over dezelfde jongeren. De samenhang en de verschillen tussen de scores kunnen dan opnieuw berekend worden. De conclusie om de Triple-C index door enkel één persoon in te laten vullen, kan dan met meer zekerheid getrokken worden. Het is tevens raadzaam om een valideringsonderzoek te starten naar de Triple-C index, zodat duidelijkheid gekregen kan worden over de validiteit van het instrument.

De implementatie van de Triple-C methode is op iedere woongroep van de ASVZ verschillend. De begeleiders worden intensief gecoacht met het begeleiden van cliënten via de Triple-C methode. De Triple-C index zou als evaluatie instrument gebruikt kunnen worden in dit coachingsproces. Iedere drie maanden kan de lijst opnieuw ingevuld worden en geven de scores aan op welke punten de Triple-C methode al geïmplementeerd is en welke punten nog aandacht behoeven.

De participanten zijn select verkozen en het onderzoek bestaat uit een relatief kleine onderzoeksgroep, hierdoor kunnen resultaten niet gegeneraliseerd worden naar alle licht verstandelijk beperkte jongeren die wonen binnen de ASVZ en moeten ze met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden (Landsheer, 't Hart, De Goede & Van Dijk, 2003). Dit was ook niet het uitgangspunt van het onderzoek. Het uitgangspunt was de betrouwbaarheid van de Triple-C index en een eerste beeld van wetenschappelijke resultaten over de samenhang van de Triple-C methode met competenties en gedragsproblemen te geven.

Vervolgonderzoek wordt gestart en dit betreft wederom een correlatieel onderzoek, maar dan met een grotere onderzoeksgroep. Toch wordt een longitudinaal onderzoek met een nul meting aanbevolen. Wanneer duidelijk is dat woongroepen goed scoren op de Triple-C index, is de Triple-C methode goed geïmplementeerd. Wanneer nieuwe cliënten zich aanmelden, kan de Vineland-Z en de VOG afgenomen worden bij aanvang. Na drie maanden, zes maanden en een jaar na data kunnen deze vragenlijsten nogmaals afgenomen worden. Op

deze manier is er een nulmeting en meerdere meetmomenten. Het effect van de Triple-C methode kan via dergelijk onderzoek wetenschappelijk bewezen worden.

De gehandicaptenzorg is een lastige doelgroep, waar de huidige diagnostiek en behandelmethoden lang niet altijd aansluiten. De doelgroep Licht Verstandelijk Gehandicapten met ernstige gedragsproblemen vragen intensieve begeleiding en leidt veelal tot handelingsverlegenheid van begeleiding (Allen, 1999; McCarthy & Boyd, 2002). Effectieve methoden in de Jeugdzorg zijn veelal ineffectief op de diverse doelgroep van de gehandicaptenzorg (Emerson, 2003). De overheid stelt extra middelen ter beschikking om de opvang en behandeling te verbeteren in de gehandicaptenzorg. Het is daarom van belang dat er een effectieve methode komt die specifiek ontwikkeld is voor de doelgroep gehandicaptenzorg en dan met name de doelgroep Licht Verstandelijk Gehandicapten met ernstige gedragsproblemen. De ASVZ tracht met de ontwikkeling van de Triple-C support piramide een innovatie te geven aan reeds bestaande methodieken die eigenlijk specifiek ontwikkeld zijn voor de doelgroep in de Jeugdzorg. De Triple-C methode is specifiek opgezet voor mensen met verstandelijke beperkingen en ernstig probleemgedrag en nodigt uit tot ander gedrag en herstel van het gewone leven (Dijkxhoorn et al., 2000). Onderzoek naar de effectiviteit van de Triple-C methode is vanuit bovenstaande van maatschappelijk belang en dient te worden uitgebreid. De eerste statistische stappen zijn gezet en leveren nieuwe inzichten op voor vervolgonderzoek.

## Referenties

- Allen, D. (1999). Mediator analysis: an overview of recent research on carers supporting people with intellectual disability and challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research, 43*, 325-339.
- Allen, D. (2000). Recent research on physical aggression in persons with intellectual disability: An overview. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 25*, 41-57.
- Bildt, A.A. de & Kraijer, D.W. (2003). *Vineland-Z. Sociale redzaamheidsschaal voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. Handleiding*. Leiden: PITS
- Bolhuis, P., Mandos, E., & Hollander, M. (2004). *Kwaliteit van arbeid in de gehandicaptenzorg. Medewerkers raadpleging*. Leiden: Research voor beleid.
- Dekker, M.C., Nunn, R.J., & Koot, H.M. (2002a). Psychometric properties of the revised Developmental Behaviour Checklist scales in Dutch children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 61-75.
- Didden, R., Duker, P., & Seys, D. (2003). *Gedraganalyse en –therapie bij mensen met een verstandelijke beperking*. Maarssen: Elsevier-Gezondheidszorg.
- Dijkxhoorn, Y.M., Buysse, W.H., & Van Berckelaer-Onnes, I.A. (2000). Werken aan herstel van het gewone leven: evaluatie van intensieve zorg voor mensen met autisme, een verstandelijke handicap en zeer ernstige gedragsproblemen binnen een unit op ASVZ de Merwebolder. *Evaluatierapport Universiteit Leiden*.
- Duvdevany, I. (2002). Self-concept and adaptive behaviour of people with intellectual disability in integrated and segregated recreation activities. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 419-429.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 51-58.
- Emerson, E., Robertson, J., & Wood, J. (2005). Emotional and behavioural needs of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 16-24.
- Gencoz, C. (1997). The effect of basketball training on the maladaptive behaviour of trainable, mentally retarded children. *Research in Developmental Disabilities, 18*, 1-10.
- Gerris, J.R.M. (2001). *Jeugdzorg en jeugdbeleid naar integraal welzijn*. Assen: Van Gorcum.
- Grey, I.M., Hastings, R.P., & McClean, B. (2007). Staff Training and Challenging Behaviour.

- Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 1-5.
- Feldman, M.A., Atkinson, L., Foti-Gervais, L., & Condillac, R. (2004). Formal versus informal interventions for challenging behaviour in persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 60-68.
- Janssen, C.G.C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 445-453.
- Janssen, C.G.C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2005). Perspectives on quality of life of people with intellectual disabilities: The interpretation of discrepancies between clients and caregivers. *Quality Life Research*, 14, 57-69.
- Koot, H.M., & Dekker, M.C. (2001). *Handleiding voor de VOG. Ouder- en leerkrachtversie*. Amsterdam: Vrije Universiteit
- Kraijer, D.W., & Plas, J. (2007). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Steenwijk: Grafisch Productiebedrijf Gorter
- Landsheer, H., 'T Hart, H., De Goede, M., & Van Dijk, J. (2003). *Praktijkgestuurd onderzoek; Methoden van praktijkonderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- McCarthy, J., & Boyd, J. (2002). Mental health services and young people with intellectual disability: Is it time to do better? *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 250-256.
- Prout, H.T., & Nowak-Drabik, K.M. (2003). Psychotherapy with persons who have mental retardation: an evaluation of effectiveness. *American Journal on Mental Retardation*, 2, 82-93.
- Rey, J.M., Enshire, E., Wever, C., & Apollonov, I. (1998). Three-year outcome of disruptive adolescents treated in a day program. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 42-48.
- Schipper, de, J.C, Stolk, J., & Schuengel, C. (2006). Professionals caretakers as attachment figures in day care centers for children with intellectual disability and behavior problems. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 203-216.
- Schuengel, C., & Sterkenburg, P. (2004). Gehechtheid als gemeenschappelijk terrein voor psychotherapie en orthopedagogiek. *Kinder- & Jeugdpsychiatrie*, 31, 40-58.
- Silvan, M., Matzner, F.J., & Silva, R.R. (1999). A model for adolescent day treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63, 459-480.
- Slot, N.W., & Spanjaard, H.J.M. (2000). *Competentievergroting in de residentiele Jeugdzorg: hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: HB uitgevers.



- Sweeney, S., Forness, K., Kavale, A., & Levitt, J. (1997). An update on psychopharmacologic medication: what teachers, and parent need to know. *Intervention in School and Clinic, 33*, 4-21.
- Ter Horst, W. (1994). *Het herstel van het gewone leven*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Van Berckelaer-Onnes, I.A., Dijkxhoorn, Y.M., Jacobs, M.E., & Van der Ploeg, D.A. (1996). Punter 6, Merwebolder; Een woongroep voor kinderen met een autistische stoornis en verstandelijke handicap. *Evaluatierapport Universiteit Leiden*.
- Wanless, L.K., & Jahoda, A. (2002). Response of staff towards people with mild to moderate intellectual disability who behave aggressively: a cognitive emotional analysis. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 507-516.
- Weir, R.P., & Bidwell, S.R. (1999). Therapeutic day programs in the treatment of adolescents with mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 264-270.
- Zegers, M.A.M., Schuengel, C., Van IJzendoorn, M.H., & Janssens, J.M.A.M. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*, 325-334.

**Bijlage I: De items van de Triple-C index**

1. Het dagelijks leven is beschreven vanuit de vier competentiegebieden zelfzorg, wonen, werk/scholing en vrije tijd.
2. Er is voor de cliënt een perspectief geformuleerd gericht op herstel van het gewone leven i.p.v. op het verminderen van probleemgedrag.
3. Er zijn competentiedoelen gesteld op de gebieden: zelfzorg, wonen, werk/scholing en vrije tijd.
4. Er is voor de cliënt een dagprogramma beschreven waarin de gebieden zelfzorg, wonen, werk/scholing en vrije tijdsbesteding aan bod komen.
5. De cliënt heeft één behandelplan voor wonen en werken samen.
6. De begeleidingsstijl van de cliënt is omschreven in termen van sturend, uitnodigend, ruimte gevend.
7. De cliënt heeft taken en verantwoordelijkheden in de zelfzorg.
8. De cliënt heeft taken en verantwoordelijkheden in de zorg voor de eigen woonomgeving.  
Bv: boodschappen doen, koken, planten water geven, kamer opruimen/schoonmaken.
9. De cliënt heeft taken en verantwoordelijkheden op het werk of op school.
10. De cliënt heeft tenminste 8 dagdelen werk/school.
11. De cliënt heeft taken en verantwoordelijkheden bij de vrije tijdsbesteding
12. De avonden en weekenden zijn gevuld met verschillende vormen van vrije tijdsbesteding.
13. Het dagprogramma van de cliënt sluit aan bij zijn/haar individuele ritmes.
14. De begeleidingsstijl is relationeel, d.w.z. de begeleider werkt onvoorwaardelijk samen met de cliënt
15. De begeleidingsstijl varieert afhankelijk van de situatie tussen sturend, uitnodigend en ruimte gevend.
16. De begeleidingsstijl is competentiegericht, d.w.z. de begeleider is met de cliënt gericht op het succesvol afronden van taken in het dagelijks leven
17. De begeleiding wordt gekenmerkt door dialoog d.w.z. het wordt niet door afspraken en regels gekenmerkt.
18. Begeleiders handelen vanuit inzicht in de geformuleerde visie en uitgangspunten. In de begeleiding vertalen zij dit concreet in hun omgang met de cliënt.
19. In de begeleiding worden geen materiële beloningssystemen gehanteerd.
20. De cliënt krijgt geen 1 op 1 begeleiding
21. De aanwezige begeleiders zijn verantwoordelijk voor de hele groep.

22. De begeleider houdt oog voor de realiteit, d.w.z. dat het handelen wordt afgestemd op het hier en het nu. De situatie van vandaag bepaalt de manier waarop men met elkaar omgaat en niet wat gisteren gebeurd is.
23. De begeleider handelt rationeel. Hij houdt zijn emoties binnen de perken, overdenkt tevoren situaties en kijkt tijdens het werk over de eigen schouders mee.
24. De begeleider treedt de cliënt met respect tegemoet, d.w.z. vanuit gelijkwaardigheid aanspreken op zijn verantwoordelijkheid voor eigen handelen en de gevolgen daarvan.
25. De rapportage is gericht op de competentiegebieden zelfzorg, wonen, werk/scholing en vrije tijd i.p.v. op probleemgedrag.
26. Er wordt gerapporteerd vanuit de competentiedoelen.
27. De competentiedoelen worden besproken in het zorgoverleg.
28. De cliënt wordt minimaal twee keer per jaar besproken in een driehoeksoverleg. Dit is een driehoeksoverleg tussen arts, orthopedagoog en teamleider.
29. De begeleidingsstijl is regelmatig agendapunt in het zorgoverleg.
30. De begeleiders stellen hun manier van omgang met de cliënt regelmatig aan de orde tijdens de overdrachtmomenten.
31. De teamleider geeft leiding aan één woning.
32. De teamleider is voor 70% meewerkend op de woning.
33. Het behandelplan van de cliënt is niet ouder dan 1 jaar.
34. Er is twee wekelijks zorgoverleg tussen orthopedagoog, teamleider en het team.
35. Elk jaar is er een behandelplanbespreking met alle direct betrokkenen in de behandeling van de cliënt.
36. In functioneringsgesprekken komen de competenties uit het Triple-C model aan de orde.
37. De teamleden hebben vier keer per jaar competentiegesprekken met de teamleider.