

# Een index voor de mate waarin de Triple-C-methodiek is geïmplementeerd

---

## *Interne consistentie en exploratieve factoranalyse*

H. van Wouwe, L. Simons en C.G.C. Janssen

### 1 Inleiding

Vele methodieken die ernstig probleemgedrag zouden moeten reduceren bij adolescenten met lichte verstandelijke beperkingen zijn in de loop der jaren verschenen (Feldman, Atkinson, Foti-Gervais & Condillac, 2004; Janssen & Schuengel, 2010). Desondanks komen begeleiders en behandelaars van licht verstandelijk beperkte adolescenten met ernstig probleemgedrag in de praktijk veelal in handelingsverlegenheid en, hiermee samenhangend, ook vaak tot op controle en beheersing gerichte protocollering (Allen, 1999; Emerson, Robertson & Wood, 2005).

ASVZ heeft in de praktijk het relationeel competentiemodel 'Triple-C' ontwikkeld, dat nu ook in instellingen buiten de ASVZ wordt gebruikt. Het Triple-C model is een orthopedagogisch behandelmodel bestaande uit een visie en een methodiek voor de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking in combinatie met gedrags- en/of psychische problemen. De drie C's van Triple-C staan voor Cliënt, Coach en Competentie. Het perspectief dat gehanteerd wordt is 'het herstel van het gewone leven' (Ter Horst, 1994). Uitgangspunt bij deze methode is de vooronderstelling dat alle gedrag sterk bepaald wordt

### Beleid & Management

Het Triple-C model is een orthopedagogisch behandelmodel voor de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking met gedrags- en/of psychische problemen. Alvorens de effectiviteit van deze methodiek in onderzoek kan worden geëvalueerd is het nodig vast te stellen of deze ook juist is geïmplementeerd. Dit artikel beschrijft daartoe een methode en bekijkt daarvan validiteit en betrouwbaarheid.

Het artikel is relevant voor behandelaren. WB

door de omstandigheden waarin men leeft. In de behandeling wordt, in tegenstelling tot bij andere behandelmethoden, het probleemgedrag niet primair als uitgangspunt genomen, maar worden de omgevingsvariabelen aangepakt om de kwaliteit van leven te bevorderen. In de methodiek kiest de begeleider/coach voor ondersteuning van en samenwerking met de cliënt bij het vorm geven aan een zo normaal mogelijk bestaan. De belangrijkste pijlers van het model zijn dan ook: het bieden van een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie, het bieden van betekenisvolle daginvulling en in de methodiek ligt de focus niet op het problematische gedrag. Doel van het model is het optimaliseren van de kwaliteit van bestaan van cliënten door aan te sluiten bij hun ontwikkelingsniveau en hun ondersteuningsbehoefte en daarmee het verbeteren van de geestelijke gezondheid van de cliënt. Problematisch gedrag zal daardoor verminderen of in ieder geval een minder prominente plaats innemen in het leven van de cliënt. Het werken aan herstel van het gewone leven (Ter Horst, 1994) gebeurt samen met de cliënt op de vier levensgebieden Zelfzorg, Wonen, Werk/Scholing en Vrije tijd, waarbinnen de cliënt competenties moet ontwikkelen (verder de vier competentiegebieden genoemd). De focus wordt verlegd van het probleem(-gedrag) naar de gewenste situatie en dit wordt gerealiseerd door de cliënt binnen een onvoorwaardelijke en sensitieve ondersteuningsrelatie, waarbij continuïteit een belangrijk kenmerk is, kansen en uitdagingen en tegelijk taken en verantwoordelijkheden te bieden. Omdat continuïteit wordt gegarandeerd en de coach altijd doet wat is afgespro-

ken leert de cliënt dat de ander betrouwbaar is en kan hij succeservaringen opdoen, die zijn zelfvertrouwen en zijn gevoel van competentie bevorderen. De Competentie die de cliënt opbouwt is een co-creatie van Cliënt en Coach (begeleider) op basis van dialoog. Als gevolg van de onvoorwaardelijke en sensitieve steun en de adequate communicatie wordt contact gemaakt en veilige gehechtheid bevorderd (veilige haven). Hierdoor bouwt de cliënt een vertrouwensband met begeleiders op, waardoor stressreductie optreedt (zie hieronder) en de cliënt zich veilig genoeg voelt om de omgeving te exploreren (veilige basis). Deze exploratie wordt gekaderd binnen de vier competentiegebieden waarin de cliënt ervaringen opdoet en vaardigheden ontwikkelt die passen bij zijn ontwikkelingsniveau. Iedere activiteit die de cliënt uitvoert, wordt ondersteund door de begeleider, die er zorg voor draagt dat de relatie, ongeacht het gedrag, in stand blijft en tegelijk de activiteit succesvol wordt afgerond. De cliënt doet op deze manier (gezamenlijke) succeservaringen op, waardoor hij zich competentier voelt in het dagelijkse bestaan. De invulling van het dagelijkse leven geeft met de verworven competenties zin en betekenis aan het bestaan, dat mogelijk meer genormaliseerd is dan voorheen, omdat voorheen vaak niet betekenisgeving maar het probleemgedrag centraal stond (Dijkxhoorn, Buysse & Van Berckelaer-Onnes, 2000; Van Berckelaer-Onnes, Dijkxhoorn, Jacobs & Van der Ploeg, 1996).

Het Triple-C model is in het werkveld ogenschijnlijk succesvol, maar de effectiviteit is wetenschappelijk nog onvoldoende aangetoond.

Wel bevat het model elementen van eerder aangetoonde effectieve methoden, namelijk: gedragstherapeutische interventies en interventies uit de hechtingstheorie.

De effectiviteit van gedragstherapeutische methoden is aangetoond in de wetenschappelijke literatuur (Allen, 2000; Feldman et al., 2004; Grey, Hastings & McClean, 2007; Prout & Nowak-Drabik, 2003; Janssen & Schuengel, 2010). 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 begeleiders om toe te passen (Didden, Duker & Seys, 2003), omdat het vaak lang duurt voor effect optreedt en omdat er in de beginperiode meestal een uitbreiding en intensivering van het probleemgedrag optreedt, waarvan de begeleider/coach direct de gevolgen ondervindt. Desondanks zijn de middellange termijn effecten zeer gunstig (Didden et al., 2003). De competentievermeerdering in Triple-C is mede gebaseerd op de leertheorie, waarbij men er vanuit gaat dat (probleem-)gedrag aangeleerd is. Een jongere is competent wanneer er een balans is gevonden tussen leeftijdsgebonden ontwikkelingsstaken waarvoor hij 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 is noodzakelijk willen de verworven competenties zich ook generaliseren naar andere settings van de

jongeren (Gerris, 2001). Goldiamond (1974) onderscheidt twee oriëntaties die karakteristiek zijn voor de meeste benaderingen van behandeling. Ten eerste de pathologische benadering, die zich focust op de eliminatie van pathologische gedragingen en ten tweede de constructionele benadering. De laatste is een benadering, waarbij de oplossing van problemen meer gezocht wordt in de constructie van een nieuw gedragsrepertoire dan in de eliminatie van een pathologisch gedragsrepertoire. Het Triple-C model gebruikt deze ook door Emerson (2001) aangehaalde constructionele benadering als basis voor een intensief dagprogramma met duidelijke ritmes, dat gericht is op het aanleren van een bij het gewone leven passend gedragsrepertoire. Het aanbieden van activiteiten die passen bij de krachten/competenties van de jongeren, bevordert tevens hun zelfvertrouwen (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 op zichzelf al resulteren in vermindering van probleemgedrag (Duvdevany, 2002; Gencoz, 1997).

Naast de effectief gebleken elementen uit de gedragstherapeutische stroming maakt de Triple-C methode ook gebruik van elementen uit de hechtingstheorie. De hechtingstheorie richt zich specifiek 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, Scheunel, Van IJzendoorn & Janssen, 2006; Schuengel

en Janssen, 2006). Mensen met een verstandelijke beperking kunnen door hun cognitieve beperkingen moeilijk met stress omgaan en kunnen in stressvolle situaties vaak geen veilige basis vinden bij een hechtingsfiguur die normaliter een emotieregulerende functie heeft in tijden van stress. Niet succesvol omgaan met stress (stress-coping) en geen veilige basis vinden bij een hechtingsfiguur kunnen 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 dwang schenden nog meer het geringe basisvertrouwen van de jongeren (Janssen et al., 2002; Schipper, Stolk & Schuengel, 2006; Schuengel & Sterkenburg, 2004). Naar de relatie tussen onveilige gehechtheid en het ontstaan van ernstige gedragsproblemen bij jongeren met verstandelijke beperkingen zijn diverse onderzoeken verricht. Binnen instituties zijn continuïteit van de zorgverlening en sensitiviteit van de begeleiders vaak moeilijk te realiseren (Buntinx, 2004). 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 opmerkelijk gezien de veelal wisselende diensten van 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, omdat deze zorgverlener zijn stress is gaan bufferen, kunnen eventueel gedrags-therapeutische interventies starten (Schuengel & Sterkenburg, 2004). Deze synergie tussen gedragstherapie en therapie gericht op hechting is effectief gebleken. Sterkenburg vond dat zelfs alleen al een verbeterde hechtingsrelatie met de professionele zorgverlener leidde tot significante vermindering van probleemgedrag (Sterkenburg, Janssen & Schuengel, 2008). De drie fasen van de Integrale Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) van Sterkenburg zijn: 1) bonding (contact maken), 2) symbiose (veilige gehechtheid) en 3) stimulatie van individuatie. Dit zijn ook de drie fasen in de relatieopbouw binnen het Triple-C model. De Triple-C methode is niet alleen een behandelmodel voor cliënten, maar tegelijkertijd ook een coachingsmodel voor professionals. Ernstig probleemgedrag van cliënten roept emotionele reacties op bij begeleiders (Allen, 1999; Grey et al., 2007; Wanless & Jahoda, 2002). Ernstig probleemgedrag van cliënten met lichte verstandelijke beperkingen roept meer emotionele reacties op bij begeleiders dan wanneer de cognitieve beperkingen ern-

stiger zijn (Allen, 1999). E.e.a. resulteert veelal in vormen van handelingsverlegenheid en ingrijpende methoden ter beheersing van het probleemgedrag, zoals ongerichte medicatie en vrijheidsbeperkende maatregelen (Feldman et al., 2004). De Triple-C methode vraagt onvoorwaardelijke en sensitieve steun van begeleiders ten opzichte van de cliënten ondanks het probleemgedrag. Het probleemgedrag wordt niet als uitgangspunt genomen en alle activiteiten worden ondanks eventueel probleemgedrag zo mogelijk succesvol afgerond teneinde veiligheid, houvast en stabiliteit te garanderen. Dit is vergelijkbaar met fase 1 en 2 van de ITGG. Vervolgens is het met toenemende zelfstandigheid werken aan competenties vergelijkbaar met fase 3 van ITGG, de individuatie, waarbij de begeleider/coach steeds meer afstand neemt (maar betrokken blijft) en de competente cliënt zelf steeds meer zijn omgeving durft te verkennen. Het vasthouden van de relatie en de betekenisvolle daginvulling bij problematisch en dreigend gedrag is een tegennatuurlijke weg van handelen en vraagt een sterke regulatie van emoties bij begeleiders. De Triple-C-methode blijkt daarom ook een moeilijke methode voor begeleiders te zijn. Wanneer begeleiders niet goed gecoacht worden in de eigen competenties en stressregulatie én in de uitvoering, kan dit het effect van de methodiek aanzienlijk verminderen (Allen, 1999; Grey et al., 2007; Wanless & Jahoda, 2002).

De wetenschappelijk aangetoonde effecten van Triple-C zijn nog beperkt. Vanuit eerder onderzoek (Simons, 2008) zijn eerste empirische gegevens naar voren gekomen over de

Triple-C methode in relatie tot competentieontwikkeling en probleemgedragingen. Uit haar onderzoek bleek dat de mate waarin Triple-C adequaat werd toegepast positief correleerde met afname van probleemgedragingen (indien gecorrigeerd werd voor competenties) en met toename van competenties van cliënten. Haar onderzoeksgroep was echter relatief klein (N=20). Om enigszins grootschaliger effectiviteitonderzoek te kunnen doen hebben de auteurs een zogenaamde Triple-C-index ontwikkeld. De Triple-C-index geeft aan in hoeverre er met een specifieke cliënt daadwerkelijk volgens het Triple-C model wordt gewerkt (zie 2.3 voor een uitgebreidere beschrijving van de index). De index is opgebouwd uit diverse factoren die de inhoud van de Triple-C methodiek dekken. Zo zijn er items die betrekking hebben op de onvoorwaardelijke samenwerkingsrelatie van de begeleider met de cliënt (*bu.: item 17: De begeleiding van deze cliënt wordt gekenmerkt door dialog, dus niet door afspraken en regels*; 20: *Deze cliënt wordt nooit gestraft [bu.: naar je kamer, niet mee naar de stad, etc.]*), competentiegericht items (*bu.: 8: Deze cliënt heeft taken en verantwoordelijkheden in de zorg voor de eigen woonomgeving (bu.: boodschappen doen, koken, planten water geven, kamer opruimen/schoonmaken)* en items die betrekking hebben op overdracht en rapportage (*bu.: 25: De rapportage over deze cliënt is gericht op de competentiegebieden zelfzorg, wonen, werk/schooling en vrije tijd i.p.v. op probleemgedrag*). De respondent is de persoonlijk begeleider, die de cliënt en de begeleiding van de cliënt goed kent. Uit het onderzoek van Simons (2008) blijkt dat

de Triple-C-index een betrouwbaar instrument is (interbeoordelaarbetrouwbaarheid .97; interne consistentie: Cronbach's  $\alpha$  .98).

In vervolg op het onderzoek van Simons is door ons een replicatieonderzoek gestart met meer participanten. Op grond van sommige discrepanties tussen enerzijds de door begeleiders met de index ingeschatte implementatie van de methode en anderzijds het klinisch oordeel van deskundigen over deze implementatie, ontstond de vraag naar de validiteit van de Triple-C-index. Hiertoe stellen we de vraag of de Triple-C-index daadwerkelijk meet, wat hij beoogt te meten.

De vraagstelling in dit onderzoeksverslag luidt dan ook: *Kan de betrouwbaarheid van de Triple-C-index, zoals gevonden in het onderzoek van Simons (2008) worden bevestigd en zijn er aanwijzingen voor validiteit van dit instrument?* Vanuit deze resultaten en conclusies zal de Triple-C-index verder worden verbeterd om daarna met een definitieve index vervolgonderzoek te kunnen starten naar de effectiviteit van Triple-C bij adolescenten met lichte verstandelijke beperkingen.

## 2 Methode

### 2.1 Participanten

De onderzoeksgroep bestond uit cliënten van ASVZ, een middelgrote zorgorganisatie met zowel residentiële als ambulante cliënten. Er werd gekozen voor de volgende inclusiecriteria: 1) De jongeren hadden een indicatie voor 24-uurs verblijf met behandeling en 2) werden op verschillende woningen van de ASVZ intensief begeleid en behandeld; 3) de jongeren waren 15 tot 25 jaar oud en 4) hadden lichte

verstandelijke beperkingen, met een IQ uiteenlopend van 55 tot 85; 5) de jongeren hadden allen een indicatie voor zorgzwaartepakket 7 (ZZP 7/ VG07), zoals vastgesteld door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Uit het digitale registratiesysteem (PlanCareDossier) werden die jongeren geselecteerd die voldeden aan de hierboven beschreven inclusiecriteria. Dit waren 53 jongeren. Drie jongeren of hun wettelijk vertegenwoordigers weigerden deelname aan het onderzoek. Met betrekking tot de resterende 50 participanten werden vragenlijsten verstuurd gericht aan de persoonlijk begeleider van de cliënt. Van 14 jongeren zijn geen vragenlijsten teruggekomen. Bij navraag bleken belangrijke redenen hiervoor dat de opdracht niet geheel duidelijk was (vooral onduidelijk was dat ook voor cliënten die niet met de Triple-C methodiek behandeld werden, vragenlijsten moesten worden ingevuld). Daarnaast was er een relatief kort tijdsbestek waarin de vragenlijsten teruggestuurd konden worden en gebeurde alles door middel van post, zonder persoonlijk contact. De onderzoeksgroep bestond uiteindelijk uit 36 cliënten (27 mannen en 9 vrouwen) met een gemiddelde leeftijd van 20 jaar en 9 maanden.

### 2.2 Procedure

De vragenlijsten zijn gestuurd naar de woningen waar de cliënten wonen. Omdat in eerder onderzoek (Simons, 2008) de hoge interbeoordelaarbetrouwbaarheid is aangetoond is er in dit onderzoek voor gekozen deze lijst alleen door de persoonlijk begeleider te laten invullen. Voor het invullen van de vragenlijst was er een kwartier tijdsinvestering per jongere.

### 2.3 Instrument

#### Triple-C-index:

De Triple-C-index is in verschillende fasen ontwikkeld:

- aan twee groepen van in totaal 25 teamleiders die ervaring hadden in het werken met het Triple-C model is gevraagd de kernelementen uit de methode te benoemen.
- De vele genoemde kernelementen werden vervolgens door de ontwikkelaars van Triple-C gefilterd en opnieuw besproken. Er bleek in de uiteindelijke selectie van kernelementen een onderverdeling te maken in drie dimensies: 1. relatiegerichte kernelementen (bijv. in hoeverre is er sprake van een onvoorwaardelijke ondersteunende relatie tussen begeleiders en cliënt?), 2. competentiegerichte kernelementen (bijv. in hoeverre is de begeleiding gericht op het ondersteunen van de cliënt bij een actieve, betekenisvolle daginvulling?) en 3. randvoorwaardelijke kernelementen m.b.t. overdracht en rapportage (bijv. in hoeverre is er sprake van de noodzakelijke randvoorwaarden zoals het systematisch rapporteren vanuit de competentiedoelen). Relatie, competentie en de randvoorwaarden waren ook de drie pijlers die de ontwikkelaars van de methodiek gebruikten.
- Op grond hiervan is een vragenlijst ontwikkeld. De mate van implementatie van de Triple-C methode wordt dus door middel van deze vragenlijst gemeten, die wij verder de Triple-C-index noemen. De vragenlijst/index wordt door de persoonlijk begeleider voor elke cliënt apart ingevuld. De Triple-C-index is een vragenlijst bestaande uit 35

items (zie tabel I voor de inhoud van de items met een 5-punts antwoordschaal (1 = zeer inadequaar; 2 = inadequaar; 3 = noch inadequaar/noch adequaat; 4 = adequaat en 5 = zeer adequaat). Een score van 5 betekent dat er met de betreffende cliënt op het specifieke gebied zeer adequaat volgens de behandelingsprincipes wordt gewerkt. Een score van 1 betekent dat er met de betreffende cliënt zeer inadequaar volgens de betreffende behandelingsprincipes wordt gewerkt.

- Op grond van de opgedane ervaringen van Simons (2008) met de index zijn enkele items veranderd, zijn andere weggelaten en er is bij elke item een toelichting gegeven hoe het betreffende item beantwoord diende te worden.

Voor berekening van de index wordt gebruik gemaakt van een totaalscore over alle items binnen de drie dimensies van het instrument en van een totaalscore.

### 2.4 Statistische analyses

Als eerste stap werd voor elk van de 3 verschillende dimensies van de index de Cronbach's Alpha berekend, een maat voor de *interne consistentie* van items. Een alpha van .70 en hoger werd geïnterpreteerd als een voldoende tot goede interne consistentie van de items. Wanneer items een lagere itemschaal correlatie hadden dan .30 werd overwogen ze uit de Triple-C-index te verwijderen.

Daarna werd een exploratieve factoranalyse (Principal Component Analysis) uitgevoerd om na te gaan in hoeverre de a priori dimen-

sies er ook daadwerkelijk uitkwamen. Als uit deze factoranalyse daadwerkelijk de factoren zouden komen die er bij de ontwikkeling van de lijst waren ingestopt, dan zou dit een goede indicatie geven van de constructvaliditeit van de lijst: meten wat gepretendeerd wordt te meten. Van daaruit werd, indien noodzakelijk, wederom een schifting gemaakt in de items. De items die lager dan .40 laadden op de factoren, zouden uit de Triple-C-index worden verwijderd. De Triple-C-index werd na deze grondige analyse opnieuw samengesteld en verbeterd.

### 3 Resultaten

De interne consistentie van de totale Triple-C-index blijkt ook in deze studie hoog ( $\alpha = .91$ ;  $p < .001$ ). Items met een item-totaalcorrelatie lager dan .30 zouden uit de index worden verwijderd, maar geen van de items scoorde zo laag. Item 27 (competentiedoelen worden besproken in zorgoverleg) scoorde met .44 het laagst. De alfa's van de drie dimensies van de index worden behandeld na de exploratieve factoranalyse.

Vanuit de factoranalyse (Principal Component Analysis) kwamen drie factoren naar voren, die benoemd konden worden als Factor I *Competentiegericht*, Factor II *Relatiegericht* en Factor III *Overdracht en Rapportage* (zie tabel 1, ook voor de inhoud van de items). Deze drie factoren verklaarden 59% van de variantie. Zoals eerder aangegeven, is bij de ontwikkeling en constructie van de index rekening gehouden met deze zelfde dimensies 'competentiegerichte items', 'relatiegerichte items' en 'items m.b.t. overdracht en rap-

portage'. Deze empirische confirmatie van de veronderstelde factorstructuur ondersteunt de constructvaliditeit van het instrument. Op grond van deze analyse is besloten de items 24, 30, 33 en 35 uit de index te verwijderen. Hoewel de items 10 en 31 op grond van de factoranalyse ook verwijderd zou moeten worden blijven deze in de lijst. Item 10 betreft een kernelement van de Triple-C methode; item 31 blijkt in de praktijk erg belangrijk voor een goede implementatie van de Triple-C methode en blijft, in gewijzigde vorm, in de lijst. De alfa's van de uiteindelijke 3 dimensies of schalen bleken voor factor I .89 voor factor II .92 en voor factor III .88.

### 4 Conclusie en discussie

Het onderzoek heeft zich gericht op de betrouwbaarheid en validiteit van de Triple-C-index. De hoge interne consistentie van de index in het onderzoek van Simons (2008) werd hier bevestigd.

De exploratieve factoranalyse geeft drie factoren aan, waarmee bij de constructie van de lijst al rekening is gehouden. De drie factoren bestaan uit relatiegerichte items (in hoeverre is er sprake van een onvoorwaardelijke ondersteunende relatie tussen begeleiders en cliënt), competentiegerichte items (in hoeverre is de begeleiding gericht op het ondersteunen van de cliënt bij een actieve, betekenisvolle daginvulling) en randvoorwaardelijke items (in hoeverre is er sprake van de voor de bedoelde methode noodzakelijke randvoorwaarden). Vanuit de factoranalyse blijkt dat er een eerste indicatie is voor constructvaliditeit. De Triple-C index blijkt een representatieve



Tabel 1: Factorladingen voor de items van de Triple-C-index na PCA (N= 36)

Met betrekking tot deze cliënt:	Factor I Competentie- gericht	Factor II Relatiegericht	Factor III Overdracht en rapportage
1. Het dagelijks leven beschreven vanuit vier competentiegebieden	.50		
2. Perspectief gericht op herstel gewone leven			.64
3. Doelen op elk competentiegebied			.47
4. In dagprogramma competentiegebieden	.55		
5. Eén behandelplan voor wonen en werken			.77
6. Begeleidingsstijl beschreven als ruimtegevend, uitnodigend en/of sturend			.68
7. Cliënt heeft taken in zelfzorg	.54		
8. Cliënt heeft huishoudelijke taken	.63		
9. Cliënt heeft verantwoordelijkheden op werk/school	.85		
10. Cliënt heeft acht dagdelen werk / school	x	x	x
11. Cliënt heeft verantwoordelijkheden in vrije tijdsbesteding	.82		
12. Er zijn vormen van vrije tijdsbesteding in avond / weekend	.75		
13. Dagprogramma sluit aan bij individuele ritmes	.54		
14. De begeleidingsstijl is relationeel		.61	
15. De begeleidingsstijl varieert per situatie	.62		
16. De begeleidingsstijl is competentiegericht		.74	
17. Begeleiding wordt gekenmerkt voor dialoog		.67	
18. Begeleiders handelen vanuit inzicht in Triple-C model		.70	
19. Er worden geen materiële beloningssystemen gehanteerd		.75	
20. Cliënt wordt nooit gestraft		.79	
21. Er is geen één op één begeleiding	.69		
22. De begeleider stemt het handelen af op het hier en nu		.85	
23. De begeleider handelt rationeel		.80	
24. De begeleider treedt de cliënt met respect tegemoet	x	x	x
25. Rapportage is gericht op competentiegebieden			.77
26 Er wordt gerapporteerd vanuit de competentiedoelen			.58

27. Competentiedoelen worden besproken in het zorgoverleg			.36
28. De begeleidingsstijl komt structureel terug in het zorgoverleg			.64
29. Begeleiders stellen hun begeleiding van de cliënt ter discussie tijdens overdracht			.61
30. De teamleider geeft leiding aan max. één woning	x	x	x
31. De teamleider werkt 70% mee	x	x	x
32. Behandelplan is max. één jaar oud			.64
33. Er is tweewekelijks zorgoverleg met orthopedagoog	x	x	x
34. In functioneringsgesprekken komen de Triple-C competenties terug			.77
35. Er zijn vier keer per jaar competentiegesprekken met de teamleider	x	x	x

afspiegeling te zijn van het Triple-C model als kennisdomein. Dit is een eerste en belangrijke indicatie dat de lijst valide is.

De dataverzameling in dit onderzoek is gedaan d.m.v. indirecte schriftelijke afname, waarbij de vragenlijst (Triple-C-index) opgestuurd is naar de woningen. Als gevolg van deze methode van dataverzameling kwamen er veel onvolledige lijsten terug en was er sprake van non-respons. Daarnaast is er geen controle en uitleg op het invullen van de index, waardoor sommige items mogelijk niet goed begrepen werden. Er is dus ook geen controle geweest wie de vragenlijsten heeft ingevuld, terwijl eerder duidelijk is geworden dat de persoonlijk begeleider de beste persoon zou zijn om dit te doen (Simons 2008). In sommige gevallen bleek de teamleider de index te hebben ingevuld. In vervolgonderzoek wordt geadviseerd tot directe schriftelijke afname, waarbij de vragenlijsten worden afgenomen door een

daartoe getrainde psychologisch assistente, waardoor mogelijk ook de sociale wenselijkheid van antwoorden van de persoonlijk begeleiders die hun eigen werk beoordelen kan worden voorkomen. Met betrekking tot dit laatste is geanalyseerd of teamleiders hoger scoorden op de index vergeleken met persoonlijk begeleiders in de verwachting dat teamleiders mogelijk sociaal wenselijker zouden antwoorden. De enigszins hogere scores van de teamleiders bleken echter niet significant.

De lijst wordt constructief nog duidelijker in de drie factoren ingedeeld en geadviseerd wordt om toekomstige analyses te differentiëren op basis van die factoren.

Teneinde de effectiviteit van Triple-C als methodiek vast te stellen lijkt een longitudinaal onderzoek met een experimenteel design een logisch vervolg. Een longitudinaal onderzoek met baselinemetingen en follow-upmetingen is vereist, met name omdat de

Triple-C methodiek wordt ingezet als er sprake is van ernstig probleemgedrag (hetgeen in crossectioneel onderzoek zou leiden tot een *positieve* correlatie tussen probleemgedrag en de Index), terwijl wordt verondersteld dat de Triple-C methodiek vervolgens zal leiden tot een afname van probleemgedrag (hetgeen in crossectioneel onderzoek zou leiden tot een *negatieve* correlatie tussen probleemgedrag en de Index). Concluderend kan gesteld worden dat de Triple-C-index een betrouwbaar instrument is ter bepaling van de mate waarin de methodiek is geïmplementeerd en dat er aanwijzingen zijn voor een goede constructvaliditeit. Toepassing van dit instrument in een longitudinaal effectiviteitsonderzoek lijkt verantwoord.

### Auteurs

*Drs. Hans van Wouwe* is als Orthopedagoog/GZ-psycholoog en hoofd behandeling verbonden aan ASVZ

*Lucy Simons, Msc* is als orthopedagoog eveneens verbonden aan ASVZ

*Dr. Cees Janssen* is Hoofddocent Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Orthopedagogiek en onderzoeksbegeleider ASVZ

Correspondentie-adres: [HvWouwe@asvz.nl](mailto:HvWouwe@asvz.nl) 

### Literatuur

- 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.
- Buntinx, W.H. (2004). *Een continue zorg : een studie naar het verband tussen personeelwisselingen, organisatiekenmerken, teameffectiviteit en kwaliteit van begeleiding in residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Dissertatie, UMP, Maastricht.
- 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). *Gedragsanalyse en -therapie bij mensen met een verstandelijke beperking*. Maarssen: Elsevier-Gezondheidszorg.
- Dijkxhoorn, Y.M., Buysse, W.H., & Berckelaer-Onnes, I.A. van (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. (2001). *Challenging Behaviour. Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities*. Cambridge: University Press
- 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.
- Feldman, M.A., Atkinson, L., Forti-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.
- 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.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 2, 1-84.
- Grey, I.M., Hastings, R.P., & McClean, B. (2007). Staff Training and Challenging Behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 1-5.
- 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.
- Janssen, C.G.C. & Schuengel, C. (2010). Interventies voor mensen met een verstandelijke beperking en ernstige gedrags- en/of emotionele problemen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 35, 1, 20-32.
- 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, J.C. de, 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., & Janssen, C.G.C. (2006). People with mental retardation and psychopathology: Stress, affect regulation and attachment. A review. *International Review Research Mental Retardation*, 32, ch. 8, 229-260.
- 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.
- Simons, L. (2008). 'Ik wil u uitnodigen beheersen los te laten.' *Wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen de Triple-C methode en LVG jongeren met ernstig probleemgedrag*. Master these, Sociale Wetenschappen, Utrecht.
- Slot, N.W., & Spanjaard, H.J.M. (2000). *Competentievergroting in de residentiële 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 parents 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). *Punier 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.

### **Samenvatting**

In dit onderzoek werd getracht de betrouwbaarheid en validiteit te analyseren van een in eerder onderzoek ontwikkelde index voor de mate waarin Triple-C-methodiek voor een cliënt is ingevoerd. Triple-C is een behandelmodel voor mensen met een verstandelijke beperking die tevens ernstige gedragsproblemen vertonen, een behandelmodel dat zich specifiek richt op 1) een onvoorwaardelijke relatie van de begeleider met de cliënt, op 2) het vergroten van competenties en dat tracht 3) daartoe randvoorwaarden te creëren. Met een dergelijke index, die aangeeft in hoeverre deze drie kernelementen zijn gerealiseerd, is het beter mogelijk vervolgonderzoek te doen naar de effectiviteit van Triple-C.

Voor 36 cliënten werd de index ingevuld door hun begeleider. De index bleek een hoge interne consistentie te hebben (totaalscore alpha .91; competentiegerichtes items alpha .89; relatiegerichtes items alpha .92 en randvoorwaardelijke items alpha .88) en een exploratieve factoranalyse gaf aan dat de drie kernelementen ook daadwerkelijk werden teruggevonden, waarmee een indicatie werd gegeven voor een verantwoorde constructvaliditeit van de index.

Vervolgonderzoek naar de effectiviteit van Triple-C met gebruikmaking van deze index lijkt verantwoord.

### **Summary**

In this study reliability and validity of an index is analysed to measure in what extent Triple-C has been implemented in the life of a client. Triple-C is an intervention for clients with an intellectual disability and serious challenging behaviour and is aimed at 1) creating a sensitive relation with the caretaker, at 2) enhancing competences and at 3) creating adequate conditions to accomplish these aims. For 36 individual clients the index, measuring these three aims was returned. The results showed a high internal consistency (total score alpha .91; competence related items .89; relation related items .92 and conditional items .88) and an explorative factor analysis reproduced the three aims, indicating the adequate construct validity of the index.

Future research in the effectiveness of Triple-C using this index seems reasonable.