



TRIPLE-C

Een onderzoek naar de effectiviteit van het behandelmodel Triple-C voor mensen met een verstandelijke beperking binnen zorggroep 's Heeren Loo Apeldoorn, locatie Groot Schuylenburg.



Student:

Saskia Bijenhof 302119

Datum:

Amersfoort, 09-01-2017

Opdrachtgever:

's Heeren Loo Apeldoorn
Esther Bisschops

Instelling:

Hogeschool Saxion te Deventer

Opleiding:

AMA Toegepaste psychologie

Begeleiders:

1^{ste}: Carien Verweij
2^{de}: Andrieke Thissen

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek naar de effectiviteit van Triple-C bij 's Heeren Loo Apeldoorn, locatie Groot Schuylenburg. Deze scriptie is geschreven voor het behalen van het bachelorsdiploma van de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Academie Mens & Arbeid van de hogeschool Saxion te Deventer.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Esther Bisschops, werkzaam als orthopedagoog binnen het cluster Intensieve Begeleiding (IB) bij 's Heeren Loo Apeldoorn, locatie Groot Schuylenburg.

Ik wil diegene die mij hebben geholpen met het afstudeeronderzoek graag bedanken. Allereerst wil ik Carien Verweij, mijn eerste begeleidster, bedanken voor haar input en feedback. Daarbij wil ik ook Andrieke Thissen, mijn tweede begeleidster, bedanken voor haar bijdrage op belangrijke punten in het proces van mijn afstuderen. Vervolgens wil ik Esther Bisschops en de organisatie 's Heeren Loo Apeldoorn bedanken voor het bieden van een mogelijkheid voor mij om na mijn stage binnen de organisatie af te studeren. Tot slot wil ik een aantal van mijn medestudenten en familieleden bedanken voor de steun, een verse blik en feedback op bepaalde momenten.

Ik wens diegene die deze scriptie voor zich hebben liggen veel leesplezier.

Met vriendelijke groet,

Saskia Bijenhof
Januari 2017

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd voor zorggroep 's Heeren Loo Apeldoorn op locatie Groot Schuylenburg. 's Heeren Loo biedt zorg, begeleiding, ondersteuning en behandeling voor mensen met een verstandelijke beperking. Om de afbouw van vrijheidsbeperkingen te realiseren is zorggroep 's Heeren Loo Apeldoorn in 2012 gestart met het invoeren van het behandelmodel Triple-C. Triple-C is een orthopedagogisch behandelmodel voor mensen met een verstandelijke beperking die daarnaast gedragsproblemen en/of psychische problemen hebben. Triple-C is een methode die bedoeld is om een genormaliseerde leefomgeving te realiseren voor cliënten met een verstandelijke beperking. Triple-C is volledig gericht op het beantwoorden aan en het vervullen van de menselijke behoeften van cliënten. Hierbij richt Triple-C zich op het ontwikkelen van vaardigheden bij cliënten en worden cliënten niet gestraft, vastgebonden of afgezonderd bij het tonen van moeilijk verstaanbaar gedrag. In het onderzoek naar de effectiviteit van Triple-C binnen 's Heeren Loo is gekeken naar de verandering op het gebied van sociale redzaamheid en de aanwezigheid van storend gedrag. Daarnaast is er ook gekeken naar wat de begeleiders vinden van het werken volgens het model Triple-C. De hypothesen voorafgaand aan het onderzoek stellen dat na de invoer van Triple-C, de sociale redzaamheid bij de cliënten is toegenomen en de aanwezigheid van storend gedrag is afgenomen.

Voor het onderzoek zijn er tien woningen geselecteerd die langere tijd volgens het model Triple-C werken en de meeste ervaring hebben met het model Triple-C. Binnen de woningen zijn er in totaal 40 cliënten geselecteerd die er langer dan zes maanden wonen en begeleid zijn volgens Triple-C. Het verschil rondom de sociale redzaamheid en storend gedrag is kwantitatief gemeten door middel van twee vragenlijsten. Om de sociale redzaamheid te meten is de SRZ-vragenlijst gebruikt en voor het storend gedrag de SGZ-vragenlijst. De eerste meting (T1) voorafgaand aan de invoer van Triple-C is al uitgevoerd bij de betreffende cliënten en de gegevens hiervan zijn uit het dossier van cliënten gehaald. De tweede meting (T2) heeft plaatsgevonden binnen dit onderzoek en dient als nameting. Om de ervaring van begeleiders te onderzoeken en het kwalitatief onderzoek te ondersteunen is er op iedere, voor onderzoek geselecteerde, woning bij één begeleider een semigestructureerd interview afgenomen.

Onderzoek op basis van de SRZ-vragenlijst wijst erop dat de invoer van Triple-C niet heeft geleid tot een grotere mate van sociale redzaamheid bij de cliënten. De ervaring van begeleiders staat daar haaks tegenover. Merendeel van de begeleiders ervaren dat de cliënten meer taken en handelingen uitvoeren dan voor Triple-C en geven aan dat cliënten zijn gegroeid. Het kwantitatief onderzoek heeft wel uitgewezen dat de invoer van Triple-C ervoor heeft gezorgd dat de mate van storend gedrag is afgenomen bij cliënten. Doordat begeleiders meer vertrouwen creëren en structuur bieden bij cliënten wordt de stress bij cliënten verminderd en neemt het storend gedrag af. De ervaring van begeleiders is positief. Iedere begeleider geeft aan dat het fijn is om met Triple-C te werken en ervaart dat het niet alleen voor de cliënt maar ook voor henzelf iets oplevert.

Tijdens het onderzoek is gebleken dat de SRZ-vragenlijst niet goed aansluit bij wat Triple-C beoogt te verbeteren aan vaardigheden. Bij vervolgonderzoek zal er een andere vragenlijst gebruikt moeten worden. Bij vervolgonderzoek is het ook wenselijk om de range tussen de eerste meting en de tweede meting te verkleinen. Hierdoor kan de invloed van de leeftijd van cliënten, als verklaring van het afnemende storend gedrag, verminderd worden.

De aanbevelingen voor 's Heeren Loo naar aanleiding van dit onderzoek, is om binnen de organisatie te kijken naar het inzetten van vaste flexwerkers en het beter faciliteren van Triple-C trainingen aan nieuwe en flexmedewerkers. Het advies aan orthopedagogen en coaches is om te inventariseren naar behoefte rondom ondersteuning, ook wanneer het wel goed gaat met cliënten op de woning. Daarnaast is het belangrijk om met woningen in gesprek te gaan over de momenten waarop zij ervaren dat ze van de Triple-C methode moeten afstappen, zodat de uitvoering geoptimaliseerd kan worden.

Inhoud

Hoofdstuk 1 Inleiding	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Onderzoeksvraag	5
1.3 Doelstelling	5
Hoofdstuk 2 Theoretische kader	7
2.1 Triple-C	7
2.2 Storend gedrag	10
2.3 Sociale redzaamheid	10
2.4 Conceptueel model	11
2.5 Hypotheses	12
2.6 Aanzet tot de opzet	12
Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign	13
3.1 Onderzoeksmethode en procedure	13
3.2 Onderzoeksdoelgroep en procedure	13
3.3 Onderzoeksinstrumenten	14
SRZ	15
SGZ	15
Semigestructureerd Interview	16
3.4 Analyse	17
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten	18
4.1 Uitvoering en respons van het onderzoek	18
4.3 Som scores omgezet in genormeerde scores	18
4.4 Resultaten analyses vragenlijsten	20
SRZ uitslagen	20
SGZ uitslagen	21
4.5 Resultaten analyse interviews	21
Pijler 1: Onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie	21
Pijler 2: Betekenisvolle invulling van het dagelijks leven	22
Pijler 3: Anders kijken naar probleemgedrag	22
Algemene opmerkingen rondom werken met Triple-C	22
Hoofdstuk 5 Conclusie, Discussie & Aanbevelingen	23
5.1 Conclusie en Discussie	23
5.2 Aanbevelingen	25
Literatuur	27
Bijlage 1: Classificatie DSM-IV Zwakzinnigheid	29
Bijlage 2: Grafiek frequentie voorkomende beperkingen	30
Bijlage 3: Onderwerpen semigestructureerde interviews	31
Bijlage 4: Formulier aanlevering stellingen	35

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding tot het onderzoek beschreven, de onderzoeksvraag geformuleerd, de organisatie waar het onderzoek plaatsvindt beschreven en het doel van het onderzoek toegelicht.

1.1 Aanleiding

“In 2007 besluit zorggroep 's Heeren Loo dat Brandon, onder behandeling vanwege zijn verstandelijke beperking en bijkomende problematiek, elke dag met een tuigje en een riem aan de muur geketend moet worden. Zijn bewegingsvrijheid is anderhalve meter, de lengte van de riem. De jongen verblijft in een lege kille kamer die nog het meeste weg heeft van een isoleer cel”
(Televisie-uitzending EO, 2011).

De meeste traditionele behandelmodellen voor mensen met een verstandelijke beperking hebben een pathologische grondslag, wat gericht is op het beheersen en behandelen van problemen, stoornissen en afwijkend gedrag (Goldiamond, 1974). Om verdere risico's en schade te vermijden, nemen instellingen en behandelaars vrijheidsbeperkende maatregelen (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015). Cliënten komen in prikkelarme kamers of afzonderingsruimtes en krijgen dempende gedragsmedicatie toegediend. Hun 'vrijheden' worden afgenomen en ze moeten die langzaam terugverdienen.

Sinds de televisie-uitzending van 18 januari 2011, waarin de situatie van Brandon geschetst wordt, is er veel veranderd binnen 's Heeren Loo Zorggroep. De uitzending leidde tot maatschappelijke discussie rondom vrijheidsbeperkingen van cliënten en tot een versnelling binnen de organisatie om vrijheidsbeperkingen af te bouwen ('s Heeren Loo, 2014). Om deze afbouw te realiseren heeft 's Heeren Loo Apeldoorn in 2012 besloten om te starten met het invoeren van een orthopedagogisch behandelmodel: Triple-C. De drie C's staan voor; Coach, Cliënt en Competentie. Deze drie C's vormen samen een driehoek die centraal staat binnen het behandelmodel. Nu, 4 jaar later, worden er steeds meer begeleiders getraind om te begeleiden volgens het behandelmodel Triple-C (Meerjarenplan Regiegroep MVG 's Heeren, 2014). Triple-C wordt momenteel binnen 's Heeren Loo ingezet bij cliënten met een verstandelijke beperking waarvan de sociaal emotionele leeftijd veel lager ligt dan de kalenderleeftijd. Juist doordat deze sociaal emotionele leeftijd zo veel lager ligt, kan dit orthopedagogisch behandelmodel bij oudere cliënten worden ingezet. In paragraaf 2.1 wordt het behandelmodel van Triple-C verder toegelicht.

Triple-C is een orthopedagogisch behandelmodel, ontworpen binnen de instelling ASVZ (Algemene Stichting Voor Zorg- en dienstverlening). ASVZ is net zoals 's Heeren Loo een instelling die zorg biedt aan mensen met een verstandelijke beperking. Het model Triple-C bestaat uit een visie en een methodiek voor de begeleiding en behandeling van mensen met een (verstandelijke) beperking, die daarnaast gedragsproblemen of psychische problemen hebben. Hierbij maakt Triple-C gebruik van effectief gebleken elementen vanuit de gedragstherapeutische stroming en de hechtingstheorie (Van Wouwe, Simons & Janssen, 2013).

Relevantie van het onderzoek

Op dit moment wordt het model Triple-C binnen 's Heeren Loo Apeldoorn ingezet bij cliënten met een matig, ernstig of zeer ernstig verstandelijke beperking. 's Heeren Loo Apeldoorn ervaart door het gebruik van Triple-C veranderingen in de zorgverlening aan zijn cliënten. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een vermindering in het toepassen van dwangmaatregelen. 's Heeren Loo Apeldoorn wil weten of het effect van Triple-C meetbaar is bij cliënten en hoe de medewerkers het werken met Triple-C ervaren.

Binnen 's Heeren Loo Apeldoorn zijn verschillende succesverhalen bekend van cliënten waarbij grotendeels of zelfs helemaal de vrijheidsbeperkende maatregelen zijn afgebouwd. Triple-C is volledig gericht op beantwoorden aan en het vervullen van de menselijke behoeften van cliënten. Triple-C richt zich hierbij op het ontwikkelen van vaardigheden. Deze vaardigheden worden ontwikkeld op vier gebieden: zelfzorg, wonen, werk/scholing en vrije tijd. Cliënten straffen, vastbinden of afzonderen past niet binnen die visie (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015).

Triple-C is een methode die bedoeld is om een genormaliseerde leefomgeving te realiseren, waarin mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen of psychische problemen kunnen wonen en leven zoals de doorsnee mens gewend is. Het proces om tot een genormaliseerde leefomgeving te komen, heeft tijd nodig. Omdat

instellingen verschillen van elkaar en binnen een instellingen de woningen niet op hetzelfde moment gestart zijn met de toepassing van Triple-C, kan de mate waarin een woning comfort Triple-C is verschillen.

Er is vooral onderzoek gedaan binnen de instelling ASVZ. In een longitudinale studie binnen ASVZ, bij cliënten met ernstig probleemgedrag, geven Van Wouwe et al. (2013) aan dat Triple-C een model is dat in de praktijk als succesvol wordt ervaren, maar dat dit op basis van wetenschappelijk onderzoek nog niet voldoende aangetoond is. Uit datzelfde longitudinaal onderzoek bleek dat bij het correct toepassen van het model Triple-C, deze begeleiding zorgt voor een verbetering van de vaardigheden en een afname in probleemgedrag bij cliënten. Door Brouwer (2013), masterstudent aan de Universiteit van Utrecht, is er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van Triple-C binnen zorginstelling Abrona. Ook in haar onderzoek kwamen positieve effecten naar voren wat betreft de inzet van de Triple-C methode. De invoer van Triple-C heeft er binnen deze instelling voor gezorgd dat de intrapsychische problemen, de oorzaak van het geuite probleemgedrag, bij cliënten zijn afgenomen en het toepassen van M&M (Middelen en Maatregelen) gedaald is.

Onderzoek doen naar de effectiviteit van het orthopedagogisch behandelmodel Triple C binnen 's Heeren Loo Apeldoorn zal antwoord geven op de vragen of en in welke mate het hanteren van Triple-C leidt tot vermindering van storend gedrag, toename van sociale redzaamheid bij cliënten en hoe de begeleiders het werken met Triple-C ervaren. Zowel de mate van sociale redzaamheid en het voorkomen van storend gedrag worden binnen dit onderzoek in kaart gebracht door middel van vragenlijsten over cliënten. Er zal ook kwalitatief ondersteunend onderzoek worden uitgevoerd om inzicht te krijgen op de ervaringen van begeleiders ten aanzien van het werken met model Triple-C.

1.2 Onderzoeksvraag

De hoofdvraag van het onderzoek luidt: Wat is het effect van het invoeren van het orthopedagogische behandelmodel Triple-C met betrekking tot de sociale redzaamheid en het storend gedrag van cliënten binnen 's Heeren Loo Apeldoorn en hoe ervaren begeleiders het model Triple-C?

Aansluitend op de hoofdvraag zijn er diverse deelvragen geformuleerd die bijstaan bij de beantwoording van de hoofdvraag:

1. Wat is het verschil in sociale redzaamheid van cliënten na de invoer van de Triple-C methode ten opzichte van voor het gebruik van deze methode?
2. Wat is het verschil in de aanwezigheid van storend gedrag bij cliënten na de invoer van de Triple-C methode ten opzichte van voor het gebruik van deze methode?
3. Wat vinden begeleiders van het werken met het orthopedagogisch behandelmodel Triple-C, hoe wordt dit ervaren?

1.3 Doelstelling

's Heeren Loo biedt zorg, begeleiding, ondersteuning en behandeling voor mensen met een verstandelijke beperking. De instelling heeft meerdere locaties verdeeld over Nederland, behalve in de provincies Limburg, Noord-Brabant en Zeeland. In 2015 waren er 219 gemeenten in Nederland die zorg inkochten bij 's Heeren Loo Zorggroep. De organisatie bood in 2015 zorg aan 9288 cliënten waarvan 7497 cliënten intramuraal zorg kregen. De organisatie heeft zichzelf in tien regio's opgedeeld en elke regio heeft één expertisecentrum. Het onderzoek zal plaatsvinden binnen 's Heeren Loo Apeldoorn, locatie Groot Schuylenburg. Op deze locatie wordt intramurale zorg geboden aan cliënten. 's Heeren Loo Apeldoorn biedt een ruim pakket aan. Ze biedt hulp bij opvoeding van kinderen met ontwikkelingsproblemen, ze voert onderzoek en behandelingen uit en biedt hulp thuis voor mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast is er de mogelijkheid tot beschermd en begeleid wonen, scholing en dagopvang, werk en dagbesteding en vrijetijdsinvulling.

Op 's Heeren Loo Apeldoorn zijn er meerdere woningen waar cliënten begeleid worden volgens methode Triple-C. Het vraagt, van zowel begeleiders als cliënten, enige tijd en ervaring om gewend te raken aan de manier van begeleiden. Het onderzoek zal alleen uitgevoerd worden bij cliënten die minimaal een half jaar volgens het model Triple-C worden begeleid.

De uitkomsten van dit onderzoek zal 's Heeren Loo Apeldoorn inzicht geven in de ontwikkeling van sociale redzaamheid en afname van storend gedrag bij cliënten na de invoer van Triple-C. Daarnaast kan de mening van

begeleiders over werken met het model Triple-C inzicht geven in de ervaringen binnen de praktijk en de voor- en nadelen die een rol spelen bij het begeleiden volgens Triple-C. Daarnaast kunnen deze inzichten ook tot adviezen geformuleerd worden voor de trainingen en bijeenkomsten die begeleiders en orthopedagogen ontvangen over het behandelmodel Triple-C.

Hoofdstuk 2 Theoretische kader

In dit hoofdstuk wordt het onderzoek onderbouwd door wetenschappelijke theorie. Allereerst zullen belangrijke begrippen binnen dit onderzoek worden toegelicht. Vervolgens zal het conceptuele model een weergave geven van het onderzoek zoals het uitgevoerd zal worden. Tot slot worden er hypothesen gegeven die voortkomen uit de literatuur en getoetst zullen worden binnen dit onderzoek.

2.1 Triple-C

Het ontstaan van Triple-C is begonnen in 1991. Hans van Wouwe was toen orthopedagoog binnen een instelling voor verstandelijk gehandicapten en werd geconfronteerd met een cliënt waarvan de behandeling vastliep. Vanaf het begin heeft hij samen met Dick van de Weerd aan de wieg gestaan van de ontwikkeling van Triple-C.

Op dit moment wordt het model Triple C binnen 's Heeren Loo Apeldoorn ingezet bij cliënten met een matig, ernstig of zeer ernstig verstandelijke beperking. Volgens de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), die in het jaar 2016 van kracht is gebleven volgens de Rijksoverheid (2015), kan een verstandelijke beperking omschreven worden als een beperking op intellectueel gebied, waarbij personen ook begrenzing ervaren in de sociale (zelf)redzaamheid. In bijlage 1 staat de DSM-IV classificatie voor Zwakzinnigheid opgenomen.

's Heeren Loo Apeldoorn werkt met het meest recent uitgegeven boek van Triple-C; Het gewone leven ervaren (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015). Triple-C is een orthopedagogisch behandelmodel, bestaande uit een visie en een methodiek voor de begeleiding en behandeling van mensen met een (verstandelijke) beperking, die daarnaast gedragsproblemen of psychische problemen hebben (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015). De 3 C's vormen een driehoek en staan voor: Coach, Cliënt en Competenties. Hier gaat het om de samenwerking tussen de begeleider (coach) en de cliënt die ervoor zorgt dat competenties ontwikkeld kunnen worden.

In de visie van Van Wouwe & Van de Weerd (2015) gaat het erom dat cliënten het gewone leven ervaren. Cliënten ervaren het gewone leven doordat begeleiders uitgaan van de menselijke behoeften van de cliënt. De begeleiding en behandeling is volledig gericht op het vervullen van de menselijke behoefte.

De menselijke behoeften zoals geformuleerd in de theorie van Triple-C zijn gebaseerd op de behoefte pyramide van Maslow (1943) en het Barrett Model met de zeven niveaus van bewustzijn (Barrett, 1998). Het model van Barrett staat hiernaast afgebeeld in figuur 1 en lees je van onder naar boven. De vier menselijke behoeften staan links weergegeven en worden in de rechter kolom vertaald naar motivaties die onder een behoefte vallen. Barrett heeft zich bij de ontwikkeling van zijn model laten inspireren door Maslow. Waar Maslow spreekt van behoeften, spreekt Barrett in zijn model over motivatie omdat het niet vanzelfsprekend is dat een persoon zich na het vervullen van een behoefte op het volgende niveau gaat richten.



Figuur 1: De zeven bewustzijnsniveaus van Barrett



Figuur 2: De menselijke behoefte van Triple-C

In figuur 3 staat het behandelmodel (behandelhuis) van Triple-C weergegeven. Binnen het behandelmodel van Triple-C vormen drie pijlers de methodiek. Deze pijlers, zoals te zien is in figuur 3, houden als steunpilaren het dak van het behandelhuis overeind en zorgen ervoor dat het doel en de visie van het model Triple-C behaald worden. Elke pijler heeft zijn eigen doel en maakt dat cliënten zoveel mogelijk het gewone leven kunnen ervaren. De drie pijlers hebben een eigen kleur en de kleuren zie je ook terug



Figuur 3: Het Behandelhuis van Triple-C

in de behoeftes die staan weergegeven in het fundament van het behandelhuis en bij de doelen die het dak vormen. Dezelfde kleuren komen ook terug in de behoefte cirkel van Triple-C (figuur 2).

De eerste pijler is de opbouw van een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie. Deze pijler heeft als doel dat de relatie tussen cliënt en begeleider wordt opgebouwd doordat de begeleider sensitief en responsief aansluit bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Deze pijler gaat ervan uit dat cliënten altijd kunnen terugvallen op hun begeleider en op de structuur van de betekenisvolle daginvulling. Volgens Zegers, Schuengel, Van IJendoorn en Janssen (2006) zijn mensen die wonen in een instelling over het algemeen onveilig gehecht. Toch kan er tussen een cliënt en zijn begeleider door de onvoorwaardelijke benadering een hechtingsrelatie worden opgebouwd (Van Wouwe, Simons, & Janssen, 2013). Bij hechting gaat het om de emotionele beschikbaarheid, die uiteindelijk nog belangrijker is dan fysieke nabijheid (Delfos, 2006). In de uitvoering van Triple-C is de begeleider sensitief, responsief en uiteindelijk betrouwbaar en geeft de begeleider de cliënt vertrouwen. In de praktijk wordt de onvoorwaardelijkheid in begeleiding zichtbaar door het achterwege laten van als-dan-afspraken en het achterwege laten van straffen. De relatie vormt zich door samen activiteiten te ondernemen (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015). In de praktijk betekent dit ook dat cliënten niet meer worden gesepareerd als zij probleemgedrag vertonen. De begeleider blijft

ongeacht het gedrag bij de cliënt en laat hiermee zien dat cliënt erop kan vertrouwen dat de begeleider er altijd voor hem is en hem accepteert zoals hij is. Deze pijler sluit aan bij de emotionele behoefte aan relaties.

De tweede pijler is het bieden van een betekenisvolle invulling van het dagelijks leven. Het doel van deze pijler is het opbouwen van competenties bij cliënten waarbij ze vaardigheden ontwikkelen. Door de cliënt een volledig, herkenbaar en voorspelbaar dagprogramma te geven krijgen cliënten houvast. Doordat er een vast dagprogramma wordt aangehouden worden activiteiten voorspelbaar voor de cliënt en ontstaat er ruimte voor de cliënt om initiatief te nemen en zelf een stukje controle te krijgen in de herkenbare activiteit. Er zijn vier gebieden binnen het dagprogramma waarin de cliënt competenties kan opbouwen; Zelfzorg, Wonen, Werk of Scholing en Vrije tijd. Op het gebied van zelfzorg kan de cliënt bijvoorbeeld uitgenodigd worden om een deel van het lichaam zelf te wassen met een washand en de begeleider de rest. Binnen de woning kunnen huishoudelijke klusjes opgedeeld worden waardoor bijvoorbeeld tafeldekken niet alleen meer door de begeleider wordt gedaan, maar elke cliënt binnen de woning iets op de tafel zet en hierdoor samen de tafel gedekt wordt. Op deze manier kan er ook op de andere gebieden gekeken worden naar de activiteiten van de cliënt en het aandeel van de cliënt daarin. Bij het invullen van het dagprogramma moet er wel rekening gehouden worden met de menselijke behoeften van de cliënt en de afwisseling tussen inspanning en ontspanning. Een intensieve samenwerking tussen de cliënt en de begeleider is belangrijk tijdens een activiteit. De begeleider houdt rekening met wat de cliënt kan en in het moment aankan en zorgt ervoor dat de activiteit altijd succesvol verloopt. Dit noemen ze bij Triple-C "Samen 100%"; de ene keer kan de cliënt wat meer zelfstandig dingen uitvoeren en de andere keer neemt de begeleider het meeste op zich. Het uitgangspunt hierbij is dat het dagprogramma altijd door gaat. Deze pijler zorgt ervoor dat cliënten zelfvertrouwen opbouwen binnen activiteiten en hun eigenwaarde groter wordt. Ook sluit het aan bij de behoefte om zinvol bezig te zijn. Doordat de cliënt iets doet binnen het huishouden waar een ander ook wat aan heeft, zoals een deel van de tafel dekken, doet hij iets voor een ander en krijgt hij een dankjewel (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015).

De derde pijler gaat om het anders kijken naar probleemgedrag. Het doel van deze pijler is het doorbreken van ineffectieve actie-reactiepatronen bij probleemgedrag. Traditionele behandeling, in tegenstelling tot Triple-C, gaat uit van het controleren en beheersen van probleemgedrag; symptoombestrijding. Bij symptoombestrijding bestrijdt je de klachten, zonder dat de oorzaak van de klachten worden weggenomen. Deze focus kan er juist voor zorgen dat de problemen alleen maar groter worden (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015). Schipper (2005) schreef in zijn proefschrift over zelfverwondend gedrag dat medicatie en inperking van de bewegingsvrijheid beogen het zelfverwondend gedrag te stoppen. Echter, als ervan uit wordt gegaan dat zelfverwondend gedrag, betekenisvol gedrag is, schiet deze manier van behandeling te kort. Door het beëindigen van het gedrag wordt de cliënt ontnomen van een van de zeer weinige uitingsvormen die de cliënt heeft (Van de Hondel, 1985). Uit ervaring zorgt deze traditionele manier van behandeling er na enige tijd voor dat er een nieuw gedragsprobleem opduikt. Om het probleem op te lossen moet je de achterliggende betekenis van het gedrag achterhalen (Van der Maat, 1992). Triple-C richt zich op de vraag achter het gedrag, de onvervulde menselijke behoefte. Cliënten straffen of afzonderen past volgens Van Wouwe en Van de Weerd (2015) niet binnen het model Triple-C. Begeleiders moeten een tegennatuurlijke reactie toepassen, in stressvolle en bedreigende situaties moeten ze nabijheid tonen. Op het moment dat een cliënt stress ervaart en daardoor zichzelf en mensen om hem heen gaat slaan werd de cliënt vanuit het traditionele behandelmodel afgezonderd. Hierbij werd niet beantwoord aan de onvervulde menselijke behoefte van de cliënt. De cliënt ervaart stress en kan de wereld om hem heen niet begrijpen. Hij heeft op dat moment een begeleider nodig die hem kalmeert en het vertrouwen geeft dat het goed komt en die hem nabijheid toont. Een voorbeeld van het zoeken naar de onvervulde behoefte, is een cliënt die dagelijks samen met zijn begeleider de post ophaalt bij het hoofdgebouw. Op een dag wil de cliënt niet meer meelopen om de post te halen. Voor begeleiders is het dan belangrijk om te kijken naar de cirkel van menselijke behoefte om te kijken welke niet vervuld wordt. De cliënt is niet in staat om de begeleider te vertellen wat er is, dus zal de begeleider zelf erachter moeten komen wat er aan de hand is. Het kan zijn dat de weg naar het hoofdgebouw is veranderd en ze nu langs een stuk moeten lopen wat onbekend is voor de cliënt. Misschien ligt het aan het werk zelf en vindt de cliënt het niet meer leuk om post op te halen. De cirkel begint bij fysieke behoefte en daar zal een begeleider eerst moeten kijken. Het lichaam van de cliënt wordt gecontroleerd en er lijkt niks fysiek te zijn waardoor hij het lopen als minder fijn ervaart, hij loopt binnen de woning ook zonder klagen. Uiteindelijk blijkt het een steentje in zijn schoen te zijn, wat ervoor zorgt dat hij zoveel tegengas geeft, elke keer als ze naar buiten willen gaan om de post op te halen. Als het steentje uit zijn schoen is verwijderd loopt hij weer dagelijks zijn rondje om de post op te halen. Begeleiders moeten bij cliënten die niet kunnen vertellen of moeilijk kunnen uiten wat er aan de hand is, zelf op onderzoek gaan om erachter te komen wat er speelt. De cirkel van menselijke behoefte helpt hierbij (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015).

2.2 Storend gedrag

Volgens Emerson et al. (2001) vertoont 10 tot 15% van de populatie met een verstandelijke beperking “challenging behaviour” oftewel probleemgedrag. De definitie die Emerson (2001) geeft voor de term “challenging behaviour” wordt internationaal aanvaard. Hij omschrijft de term als volgt: “cultureel afwijkend gedrag van een dergelijke frequentie, duur of intensiteit waardoor de fysieke veiligheid van de persoon zelf of anderen ernstig in gevaar wordt gebracht of waardoor deelname aan het gewone maatschappelijke leven ernstig wordt gehinderd”. Wat onder de definitie van Emerson als probleemgedrag valt is onder andere het volgende gedrag: verbale en fysieke agressie, materiële schade en destructiviteit, ontwrichtende en antisociaal gedrag, overactiviteit, driftbuien, schreeuwen, stereotiep en repetitief gedrag, algemene delinquentie en zelfbeschadigend gedrag zoals hoofd bonzen, zichzelf bijten, huid openkrabben en slaan tegen harde voorwerpen of tegen andere lichaamsdelen (Deb et al, 2001).

Kraijer en Kema (1994) definiëren in de SGZ-vragenlijst storend gedrag als gedrag wat in negatieve zin invloed heeft op de sfeer en gang van zaken voor andere cliënten binnen de groep en de begeleiders. Deze definitie van Kraijer en Kema zal ook binnen dit onderzoek naar Triple-C gehanteerd worden. Bij het maken van de SGZ hebben zij niet elk gedrag opgenomen als storend gedrag, ondanks het feit dat het wel als storend ervaren kan worden. Dit heeft te maken met het feit of het gedrag wel of niet direct gebonden is aan het ontwikkelingsniveau. Onzindelijkheid voor faeces en urine is voor een grote groep mensen met een laag niveau “gewoon” en is daarom niet opgenomen als storend gedrag. Het scheuren van kleding is wel een vorm van storend gedrag, gezien het feit dat dit gedrag niet bij iedereen van laag niveau voorkomt.

’s Heeren Loo gebruikt de term moeilijk verstaanbaar gedrag (MVG) in plaats van probleemgedrag. Zij heeft voor deze term gekozen omdat er daardoor meer nadruk wordt gelegd op het belang van het vinden van de oorzaak van het gedrag. Moeilijk verstaanbaar gedrag is gedrag wat ontstaat in de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving en wat door de omgeving of door de cliënt zelf als problematisch wordt ervaren (Meerjarenplan Regiegroep MVG ’s Heeren Loo, 2014). Moeilijk verstaanbaar gedrag komt voor binnen alle cliëntgroepen, de uitingsvorm van moeilijk verstaanbaar gedrag kan per cliëntengroep verschillen. Dit is afhankelijk van het cognitief niveau, het niveau van sociaal en emotioneel functioneren, maar ook het karakter en de geschiedenis van de cliënt.

Volgens ’s Heeren Loo zijn er ook een aantal kenmerken te vinden die binnen de verschillende cliëntgroepen overeenkomen. Bij cliënten met een verstandelijke beperking is een van die kenmerken dat er meestal sprake is van een disharmonisch ontwikkelingsprofiel. Een disharmonisch profiel waarbij, in dit geval, het niveau van de sociale en emotionele ontwikkeling vaak achter loopt ten opzichte van de praktische vaardigheden en de taalontwikkeling. Dit maakt een cliënt vooral emotioneel kwetsbaar waardoor er bij veel cliënten psychische problemen en/of moeilijk verstaanbaar gedrag ontstaat (Zaal, Boerhave & Koster, 2008). Er is daarnaast ook regelmatig sprake van problemen in de hechting. Cliënten zijn vaak bezig met het zoeken naar veiligheid en vertrouwen. Mensen met een verstandelijke beperking begrijpen de wereld om hen heen niet altijd volledig en ervaren deze als beangstigend. Ze hebben hierdoor vaak moeite met veranderingen. Als begeleiders binnen een woning elkaar snel afwisselen zal de cliënt zich steeds moeten instellen op een andere begeleider. Vaak hebben cliënten moeite met het reguleren van stress en is het moeilijk om een balans te vinden tussen overprikkeling en onder prikkeling (Meerjarenplan Regiegroep MVG ’s Heeren Loo, 2014). Bovenstaande kenmerken van cliënten zijn voorbeelden van factoren waardoor een cliënt moeilijk verstaanbaar gedrag kan laten zien. Deze kenmerken, vertrouwen en structuur bieden, zijn factoren waarop begeleiders en orthopedagogen kunnen inspelen om het probleemgedrag van een cliënt te verminderen. Triple-C heeft dit verwerkt in twee van zijn drie pijlers, namelijk onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie en de betekenisvolle invulling van het dagelijks leven. Zowel het vergroten van vertrouwen als het bieden van duidelijkheid en structuur zorgt ervoor dat cliënten minder stress moeten reguleren en deze stress zich minder zal gaan uiten in probleemgedrag.

2.3 Sociale redzaamheid

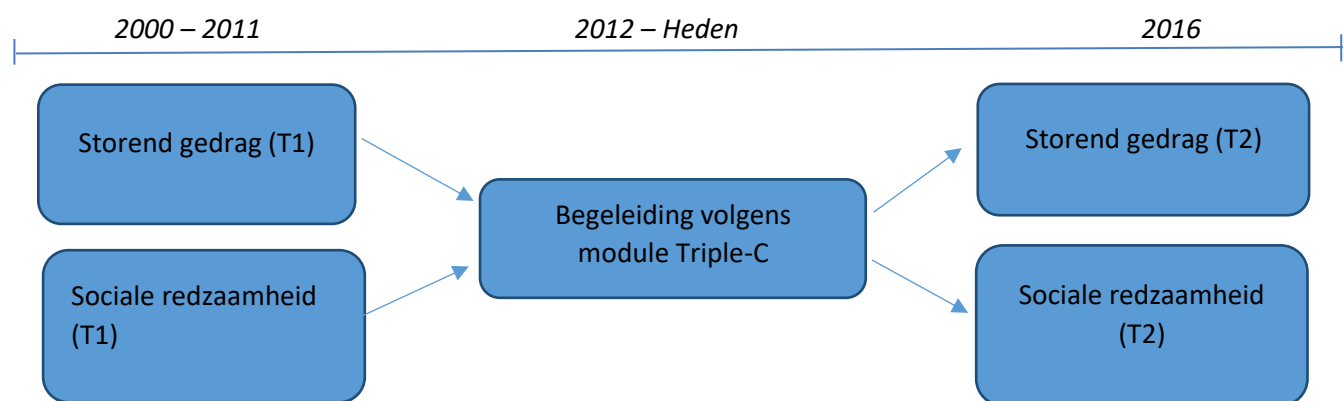
De mate waarin iemand sociaal redzaam is zegt, naast het intelligentieniveau, ook iets over het niveau van de verstandelijk beperking. Kraijer & Kema (1982) hebben bij het maken van de Sociale redzaamheidsschaal voor verstandelijk gehandicapten (SRZ) de term ‘adaptive behavior’ vertaald naar de term sociale redzaamheid. Door de jaren heen is de term sociale redzaamheid op verschillende manier beschreven. Gunzburg (1960, 1973) omschrijft de “skills of independance” op vier gebieden. In eerste instantie heeft hij het over de *Self-help* waarbij hij verwijst naar de vaardigheid van iemand om zichzelf aan te kleden en bijvoorbeeld tafelmanieren. Tot het tweede gebied behoort de communicatie; de vaardigheid om te lezen, tellen en om andere mensen te begrijpen en jezelf verstaanbaar te

maken. Daarnaast is er een derde gebied van de socialisatie waarbij hij spreekt over de mogelijkheid van de persoon om gebruik te maken van openbare diensten en eigen geldzaken te onderhouden. Tot slot heeft hij het over het vierde gebied “occupation”; in staat zijn om te werken en zichzelf bezig te houden in de vrije tijd. Sparrow et al. (1984) geven een belangrijke toevoeging aan de definitie van sociale redzaamheid. Deze toevoeging is ook van belang bij het invullen van de SRZ. Zij benadrukken dat de sociale redzaamheid gedefinieerd wordt door wat voor de persoon typisch is en echt doet en niet of de persoon de vaardigheid kan uitvoeren; “adaptive behavior is defined by typical performance, not ability”. Een voorbeeld hierbij is het tafel dekken, hierbij moet er niet gekeken worden of iemand het kan/ zou kunnen maar of iemand het ook echt doet. Kraijer et al. (2004) hanteren uiteindelijk een vereenvoudigde omschrijving van de term sociale redzaamheid; “kunnen voldoen aan de dagelijkse eisen die een samenleving stelt”. Deze definitie van Kraijer et al. (2004) zal ook binnen dit onderzoek naar Triple-C gehanteerd worden.

De sociale redzaamheid van cliënten kan bevorderd worden door ze te betrekken bij dagelijkse handelingen. Doordat handeling in de zorg zoals aankleden, wassen en tafeldekken, vaak worden gedaan door de begeleiders worden cliënten hier niet meer voor gestimuleerd. Het feit dat begeleiders vaak geneigd zijn handelingen over te nemen komt meestal vanuit behulpzaamheid en praktische redenen zoals tijd. Triple-C heeft het bevorderen van de sociale redzaamheid verwerkt in de pijler van de betekenisvolle invulling van het dagelijks leven. Hierbij is niet alleen het bieden van structuur van belang maar ook wordt er benadrukt dat de cliënt elke keer uitgenodigd wordt om mee te doen aan de handeling. In welke mate een cliënt bijdraagt aan de handeling kan elke dag verschillen. Een voorbeeld hiervan is dat een cliënt tijdens het wassen zich vertrouwd genoeg voelt bij zijn vaste begeleider en zijn eigen armen en benen met een washandje wast. Op dagen dat hij bijvoorbeeld niet goed heeft geslapen of de begeleider iemand is die hij nog niet zo goed kent zal hij alleen zijn armen wassen met het washandje of alleen zijn armen uitstrekken voor de begeleider. Triple-C vraagt van begeleiders om niet meer alles automatisch over te nemen van een cliënt maar de handeling of activiteit samen te doen zodat de redzaamheid vergroot kan worden.

2.4 Conceptueel model

In figuur 4 staat een weergave van het conceptuele model ten aanzien van dit onderzoek. De eerste meting voorafgaand aan de invoering van Triple-C staat links weergegeven en wordt aangeduid met T1. Het middelste blokje is de interventie van Triple-C die op de woning is ingevoerd en waarbij cliënten dus begeleid worden volgens Triple-C. Vervolgens na deze invoer staat aan de rechter kant, de tweede meting (T2) weergegeven. Deze tweede meting is de data verzameling die plaatsvindt in de zomer van 2016. Het kwalitatief onderzoek staat niet in dit model weergegeven, omdat het los staat van dit proces en één meting is.



Figuur 4: Schematische weergave van de invloed van Triple-C op gedrag en sociale redzaamheid

2.5 Hypotheses

Op basis van de in hoofdstuk 1 gestelde onderzoeksvragen zullen voor het kwantitatief onderzoek de volgende hypothesen getoetst worden:

1. Na de invoer van Triple-C is de sociale redzaamheid bij cliënten toegenomen.
2. Na de invoer van Triple-C is het storend gedrag bij cliënten afgenomen.

Voor het kwalitatief onderzoek, interviews, zal er geen hypothese gesteld worden maar een verwachting.

3. De verwachting is dat begeleiders het model Triple-C als prettig en inhoudelijk goed en bruikbaar ervaren. Er wordt verwacht dat zij verschil zien in de omgang met cliënten.

2.6 Aanzet tot de opzet

Triple-C draagt een visie uit die nog vrij nieuw is en vraagt een grote omslag in handelen binnen de organisatie die er mee gaat werken. De theorie kijkt naar de motivaties en beweegredenen van een mens en is daardoor breed toepasbaar. Het model is ontwikkeld binnen de sector verstandelijk gehandicapten zorg maar breidt zich langzamerhand ook uit naar de psychiatrie. De zorg is mensenwerk en in deze sector is Triple-C de moeite waard om onderzoek naar te doen omdat het model inzicht verschaft in de cliënt of patiënt die de verzorger centraal wilt zetten. Zoals eerder benoemd is Triple-C in de praktijk als zeer succesvol ervaren volgens onderzoeken binnen ASVZ, maar er is zover bekend nog niet onderzoek gedaan naar de ervaring van begeleiders binnen een andere zorginstelling die werkt met Triple-C. Er is wel door Brouwer (2013) onderzoek gedaan binnen Abrona. In haar onderzoek doet ze uitspraken over probleemgedrag en inzet van M&M bij cliënten met een licht verstandelijke beperking. Daarom zal er binnen dit onderzoek naar de effectiviteit van Triple-C gefocust worden op cliënten met een zeer ernstige tot matige verstandelijke beperking. Daarnaast worden ook ervaringen van begeleiders meegenomen om het effect van de invoering van Triple-C beter te kunnen beoordelen.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk wordt allereerst de methode en procedure van het onderzoek toegelicht. Vervolgens worden de doelgroep en de onderzoeksinstrumenten beschreven. Tot slot wordt er beschreven hoe de analyse voor het onderzoek eruit zal zien.

3.1 Onderzoeksmethode en procedure

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwantitatieve dataverzamelmethode. Ter ondersteuning van de kwantitatieve gegevens zal tevens gebruik worden gemaakt van een kwalitatieve dataverzamelmethode, namelijk interviews. Door gebruik te maken van twee onderzoeksmethoden wordt de geldigheid van het testresultaten binnen een onderzoek verhoogd (Verhoeven, 2011).

Om te kijken of er sprake is van verandering in sociale redzaamheid en het storend gedrag van cliënten binnen 's Heeren Loo Apeldoorn na de invoering van het model Triple C, zal er binnen het onderzoek een effectmeting worden uitgevoerd. Bij deze effectmeting wordt gebruik gemaakt van eerder afgenomen vragenlijsten, welke zullen dienen als voormeting. De nameting bestaat uit dezelfde vragenlijsten die in de zomer van 2016 worden ingevuld door begeleiders. De twee vragenlijsten die binnen het onderzoek gebruikt worden zijn de Sociale Redzaamheidschaal voor mensen met een verstandelijke beperking (SRZ) van Kraijer et al. (2004) en de Storend Gedragsschaal (SGZ) van Kraijer en Kema (1994).

Aan het gebruik van deze twee vragenlijsten als voormeting is de voorwaarde gesteld dat deze tussen het jaartal 2000 en 2011 zijn ingevuld. Het interval tussen T1 en T2 varieert hierdoor tussen de vijf en zestien jaar. Door vragenlijsten van na 2000 te gebruiken kan verouderde diagnostiek voorkomen worden en daarnaast valt de meting voor de invoering van het model Triple C. Kort gezegd betekent dit dat de voormeting (T1) al is uitgevoerd bij de betreffende cliënten binnen 's Heeren Loo Apeldoorn en de vragenlijsten uit het dossier van de cliënten gebruikt zullen worden als voormeting. De nameting (T2) zal volgen in de zomer van 2016. De meetinstrumenten waarvan gebruik wordt gemaakt zijn in zoverre ontworpen dat de invulling door verschillende begeleiders geen verschil hoeft te maken. Hierdoor is het geen noodzaak dat dezelfde begeleider de vragenlijsten voor de tweede meting moet invullen. De vragenlijsten worden altijd ingevuld door begeleiders die op dat moment het dichtst bij de cliënt staan.

Het kwalitatief onderzoek zal ondersteunend zijn met betrekking tot de kwantitatieve gegevens. Daarnaast levert het kwalitatief onderzoek informatie op over uitvoering in de praktijk: hoe begeleiders de veranderingen van cliënten ervaren, hoe het voor hen is om met Triple-C te werken en of er dingen in de praktijk zijn waar zij tegenaan lopen.

Binnen elke woning zal er een semigestructureerd interview worden afgenomen bij een begeleider om inzicht te krijgen in de ervaring van begeleiders met het werken met het model Triple-C. Er is gekozen voor een semigestructureerd interview om meer inzicht te krijgen in de ervaren werkbaarheid en het effect zoals begeleiders van 's Heeren Loo Apeldoorn die zien binnen het werken met het model Triple-C.

3.2 Onderzoeksdoelgroep en procedure

Het onderzoek zal uitgevoerd worden binnen 's Heeren Loo, locatie Apeldoorn. Binnen regio Apeldoorn zijn er 98 woningen waarbij het niveau van de verstandelijke beperking bij cliënten verschilt per woning. Het behandelmodel is bij de meeste woningen leidend, maar niet elke begeleider is getraind of werkt met Triple-C op de meest wenselijke manier (Bisschops, persoonlijke communicatie, maart 2016). Van de 98 woningen zijn er 24 woningen getraind door interne casemanagers, volgens het model Triple-C. Binnen deze populatie van 24 woningen zijn er 10 woningen uitgekozen om mee te doen aan dit onderzoek. Deze 10 woningen werken langere tijd volgens het model Triple-C, hebben het meest ervaring met het model en zijn daarom uitgekozen om aan dit onderzoek mee te doen. De woningen die geschikt zijn om mee te doen met het onderzoek worden via de e-mail geïnformeerd. In de mail naar de woningen wordt uitgelegd met welk doel de vragenlijsten worden ingevuld, wie deze vragenlijsten het best voor de cliënten kunnen invullen en de deadline waarop de vragenlijsten teruggestuurd moeten worden. De vragenlijsten worden op naam van de cliënt via de interne post naar de deelnemende woningen gestuurd. In totaal wonen er 62 cliënten binnen deze 10 woningen. Van de 62 cliënten zijn er 40 cliënten die er langer dan 6 maanden wonen, begeleid worden volgens Triple-C, waarvan de vragenlijsten voor de eerste meting aanwezig zijn en deze vragenlijsten ook voldoen aan de gestelde voorwaarde. De marge van 6 maanden is gesteld om rekening te houden

met het feit dat het tijd nodig heeft om de cliënt te laten wennen aan deze nieuwe benadering. Van deze 40 cliënten zijn er 26 man en 14 vrouw. De gemiddelde leeftijd bij de cliënten binnen dit onderzoek is 57 jaar (mediaan = 63 en $Sd = 15,03$). Het grotendeel van de cliënten (39) hebben voor Triple-C een ander behandelmodel en/of begeleidingsstijl ontvangen binnen de organisatie van 's Heeren Loo. Slechts één cliënt is gelijk bij binnenkomst begeleid volgens het model Triple-C. Bij deze 40 cliënten is er verschil in mate van verstandelijke beperking, van zeer ernstig tot matig verstandelijk beperkt. In sommige gevallen is de cognitieve ontwikkeling disharmonisch waardoor sommige cliënten niet eenduidig binnen een mate van verstandelijke beperking horen. Wat deze groep in zijn geheel typeert is dat de sociaal emotionele ontwikkeling is achter gebleven en vergelijkbaar is met een kind tussen de zes maanden en drie jaar. Daarnaast is er diverse psychiatrische comorbiditeit aanwezig bij de cliënten. Er kan o.a. sprake zijn van ASS (Autisme Spectrum Stoornis), ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), psychotische verschijnselen en hechtingsproblematiek. Tot slot zijn er verschillende fysieke en zintuiglijke beperkingen die aanwezig kunnen zijn bij deze cliënten. In bijlage 2 staat een grafiek weergegeven die de frequentie toont van voorkomende beperkingen. De grafiek geeft alleen de frequentie van de gehele groep om anonimiteit van cliënten te waarborgen. Daarnaast is de grafiek op basis van wat er gerapporteerd is in de meest recente (2014-2016) functionele analyses van cliënten.

Ook begeleiders hebben de tijd nodig om zich eigen te maken in de manier van begeleiding. Bij de 10 woningen die meedoen aan het onderzoek zijn er 166 begeleiders werkzaam op deze woningen inclusief leerlingen. Het semigestructureerde interview wordt afgenomen bij begeleiders die langer dan 4 jaar werkzaam zijn, zodat ze de transitie naar Triple-C voldoende hebben meegemaakt. Het zal gaan om begeleiders die momenteel werken binnen de woning van de onderzochte cliënten en ook minimaal 6 maanden geschoold zijn volgens het model Triple-C. Daarnaast is er de voorkeur voor een (integraal) persoonlijk begeleider (PB'er), een functie waar meer verantwoordelijkheid en inzage van de cliënt bij komt kijken. Van de 166 begeleiders hebben 25 medewerkers de functie van (integraal) persoonlijk begeleider. Van elke woning wordt één begeleider geselecteerd bij wie een semigestructureerd interview wordt afgenomen die meer inzicht zal geven over de ervaren werkbaarheid en het effect van het model Triple-C. De begeleiders voor dit onderzoek zijn hierbij dus niet aselekt maar op basis van voorwaarden geselecteerd. Uitslagen uit dit onderzoek kunnen hierdoor niet gegeneraliseerd worden naar de gehele populatie. Er zal een mail gestuurd worden naar de managers van de woningen om ze in te lichten over het onderzoek en daarnaast een verzoek om namen aan te leveren van begeleiders die passen binnen het vastgestelde profiel voor deelname aan het interview. De begeleiders die volgens de managers in aanmerking komen voor het interview worden vervolgens individueel benaderd met een uitnodiging.

3.3 Onderzoeksinstrumenten

Sociale redzaamheid en storend gedrag zijn de twee variabelen waar onderzoek naar wordt gedaan.

Bij het kwantitatief onderzoek worden twee gevalideerde vragenlijsten gebruikt;

SRZ: Sociale Redzaamheidsschaal voor verstandelijk gehandicapten.

Deze vragenlijst bestaat uit de volgende schalen:

- Schaal Z; Zelfredzaamheid
- Schaal TL; Taalgebruik
- Schaal TK; Taakgerichtheid
- Schaal S; Sociale gerichtheid

SGZ: Storend Gedragsschaal voor verstandelijk gehandicapten.

Deze vragenlijst bestaat uit de volgende schalen:

- Schaal A; Agressief storend gedrag
- Schaal V; Verbaal storend gedrag
- Schaal G; Gemengd storend gedrag

De vier afzonderlijke schalen en de totaal schaal van de SRZ worden gebruikt om de variabele sociale redzaamheid te meten. De drie afzonderlijke schalen en de totaal schaal van de SGZ worden gebruikt om de variabele storend gedrag te meten. Deze vragenlijsten sluiten aan bij de doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking en zijn daarnaast allebei een veelgebruikte vragenlijsten binnen 's Heeren Loo Apeldoorn, locatie Groot Schuylenburg.

SRZ

De SRZ is een vragenlijst met 31 items die beantwoord worden met gebruik van een vierpuntsLikertschaal. De vierpuntsLikertschaal is bij elke vraag anders qua betekenis maar loopt wel altijd op in niveau. Begeleider wordt gevraagd of de cliënt beschikt over bepaalde adaptieve vaardigheden op het gebied van bijvoorbeeld aankleden of eigendommen delen. Deze lijst is gebaseerd op wat de cliënt 'thans echt doet' ongeacht de motivatie, de gelegenheid of de leermogelijkheden.

De schaal "Zelfredzaamheid" bestaat uit 12 items en stelt vragen over het hoofdzakelijk begrip en de vaardigheden van de cliënt, voor het verzorgen van zichzelf.

Een voorbeeld van een item uit de schaal zelfredzaamheid: Aankleden

Invulinstructie: Een rits of knoop op de rug hoeft niet gesloten te kunnen worden, ook niet om aan de eisen van niveau 4 te voldoen.

1. Trekt geen enkel kledingstuk aan
2. Trekt de meeste kleren aan; doet een rits dicht, maakt geen knopen vast.
3. Trekt de meeste kleren aan; maakt knopen vast, maar nog geen schoenen.
4. Kleedt zich geheel zelf aan, doet ook schoenen aan en maakt ze vast.

De schaal "Taalgebruik" bestaat uit 9 items en vraagt naar het vermogen van de cliënt om zichzelf verstaanbaar te maken, zijn naam kan noemen of vragen kan beantwoorden.

Een voorbeeld van een item uit de schaal taalgebruik: Begrijpbaarheid van de taal

Invulinstructie: Uitdrukkelijk wordt taalgebruik bedoeld, geen gebaren, gelaatsuitdrukkingen e.d. Bij niveau 3 en 4 is het het veiligst de mensen die de cliënt niet goed kennen, naar hun ervaringen te vragen.

1. Taalgebruik kan door niemand begrepen worden.
2. Taalgebruik kan alleen door naaste verzorgers begrepen worden.
3. Taalgebruik kan ook door burens en/of bekenden begrepen worden.
4. Taalgebruik kan door de meeste mensen begrepen worden.

De schaal "Taakgerichtheid" bestaat uit 5 items en vraagt of de cliënt enige verantwoordelijkheid kan dragen en of er sprake is van een zeker doorzettingsvermogen of initiatief om een taak af te maken.

Een voorbeeld van een item uit de schaal taakgerichtheid: Spulletjes opruimen

Invulinstructie: Het gaat hier om het zelf initiatief nemen tot het opruimen. Met gebruikte spulletjes bedoelen we materiaal waarmee de cliënt bezig is geweest; speelgoed, keukengereedschap, werkbenodigdheden.

1. Ruimt gebruikte spulletjes alleen als het gezegd wordt op.
2. Ruimt gebruikte spulletjes af en toe op zonder dat het gezegd wordt.
3. Ruimt gebruikte spulletjes nogal eens op zonder dat het gezegd wordt.
4. Ruimt gebruikte spulletjes bijna altijd op zonder dat het gezegd wordt.

De schaal "Sociale gerichtheid" bestaat uit 5 items en vraagt naar de omgang met anderen; hulp aanbieden, samen bezig zijn en lenen.

Een voorbeeld van een item uit de schaal sociale gerichtheid: Lenen

Invulinstructie: Wanneer hij/zij nooit iets van een ander pakt/vraagt om te lenen/ te gebruiken geven we niveau 1 aan.

1. Pakt vaak dingen af terwijl een ander die gebruikt.
2. Pakt dingen van een ander als die niet gebruikt worden.
3. Vraagt af en toe toestemming om een ding van een ander te gebruiken.
4. Vraagt bijna altijd toestemming om een ding van een ander te gebruiken.

SGZ

De SGZ is een vragenlijst bestaande uit 32 items, waarbij gevraagd wordt naar de frequentie waarin storend gedrag zich voordoet. De vragenlijst wordt beantwoord op een vijfpuntsLikertschaal en loopt van 0 tot en met 4.

0 = de afgelopen 3 maanden *niet* voorgekomen (1 of 2 dagen *wél* voorgekomen valt onder 1)

- 1 = gemiddeld het dichtst bij ongeveer 1 dag per maand
- 2 = gemiddeld het dichtst bij ongeveer 1 dag per week
- 3 = gemiddeld 2, 3 of 4 dagen per week
- 4 = betrokkene vertoont het storend gedrag een of meer keer per dag; gemiddeld tenminste 5 dagen per week.

Bij de algemene invulinstructie staat ook duidelijk aangegeven dat storend gedrag dat door lichamelijk ingrijpen van de begeleider (afweren, vastpakken, fixeren, apart zetten of separeren) nog voorkomen kan worden, *wel* als storend gedrag moet worden ingevuld.

De schaal “Agressief storend gedrag” bestaat uit 8 items en stelt vragen over naar buiten toe gericht agressief (aandoend) gedrag van fysieke aard.

Een voorbeeld van een item uit de schaal agressief storend gedrag: Krabben en of knijpen

Invulinstructie:

- Het dient pijnlijk te zijn, het gaat dus niet om dreigen e.d.
- Onder “groepsleden”, ofwel huisgenoten, verstaan we ook broer/zus, buurkinderen, neefjes/nichtjes enzovoort.
- Onder “groepsleiding” verstaan we ook de leerkracht, ouders/verzorgers, oom/tante, de burens enzovoort.

De schaal “Verbaal storend gedrag” bestaat uit 5 items en stelt vragen over hinderlijk taalgebruik zoals anderen of zichzelf uitschelden en pesterige opmerkingen maken.

Een voorbeeld van een item uit de schaal verbaal storend gedrag: Uitschelden

Invulinstructie:

- Het gaat om gericht (uit)schelden met een kwetsende bedoeling.
- Stereotiepe (betekenis- of inhoudsloze) scheldwoorden die veel meer “zomaar” gezegd worden, verwerken wij bij vraag 32.
- Spreekt betrokkene niet dan krijgt hij/zij bij deze vraag niveau-aanduiding 0.

De schaal “Gemengd storend gedrag” bestaat uit 19 items en stelt vragen over storend gedrag van allerlei aard deels met een intra punitief karakter zoals bonken, eten ophalen, druk/opgewonden gedrag, zeuren, masturberen, slaapstoornissen en stereotiep gedrag.

Een voorbeeld van een item uit de schaal gemengd storend gedrag: Bonken

Invulinstructie:

- Met het hoofd bonken tegen de muur, de vloer, deurstijl, meubilair e.d.
- Het bonken dient (“voor ons”) pijnlijk te zijn.
- Vanwege bonken gefixeerd zijn levert niveau-aanduiding 4 op.

Er is gekozen voor deze twee vragenlijsten omdat in eerste instantie de twee vragenlijsten beiden standaard en herhaaldelijk ingezet worden binnen 's Heeren Loo Apeldoorn om redzaamheid en het gedrag van de cliënt in kaart te brengen. Ten tweede zijn beide vragenlijsten objectieve meetinstrumenten die begeleiders invullen over de cliënt. Doordat de vragenlijsten objectief zijn en het over een langere tijd geen verschil moet uitmaken is het mogelijk om de uitslagen over een langere periode met elkaar te vergelijken. Tot slot sluiten deze vragenlijsten aan bij de pijlers van Triple-C. De competentieopbouw en het aanleren van vaardigheden sluit aan bij de zelfredzaamheid die gemeten wordt bij de SRZ en de beoogde uitkomst van lagere frequentie in probleemgedrag bij Triple-C wordt gemeten door de SGZ.

Semigestructureerd Interview

De vragen binnen het semigestructureerde interview zijn opgesteld aan de hand van de drie pijlers van het model Triple-C. Bij pijler één worden begeleiders gevraagd naar het opbouwen van de onvoorwaardelijke ondersteuning relatie in de praktijk. Bij pijler twee worden begeleiders gevraagd naar de toepassing en het naleven van een betekenisvol dagprogramma bij cliënten in de praktijk. Tot slot wordt er bij de derde pijler gevraagd naar de manier waarop begeleiders anders zijn gaan kijken naar het gedrag van cliënten en wat dit oplevert in de praktijk.

In tabel 1 staan de vragen die gesteld worden in het interview met begeleiders. Bij elke pijler worden de vragen gesteld t.a.v. de werkbaarheid van de pijler voor de begeleider zelf, het ervaren verschil wat binnen het werk en bij de cliënten wordt waargenomen en de werktevredenheid bij begeleiders.

Tabel 1: Semigestructureerd interview

Werkbaarheid	Ervaren verschil	Werktevredenheid/ plezier
1. Is deze pijler goed uit te voeren in de praktijk, wordt het doel bereikt? - Zo nee, waarom niet? - Zo ja, wat zijn de voorwaarde (wat heb je nodig) voor jou zelf om het te blijven uitvoeren? 2. Wat zou er bij het toepassen/uitvoeren van deze pijler nog beter kunnen?	1. Merk je verschil bij cliënten sinds de toepassing van deze pijler? - Zo nee, welk verschil wil je graag zien. - Zo ja, waaraan merk je dit verschil?	1. Heeft de pijler jou iets opgeleverd binnen je werk? - Zo ja, wat heeft de pijler opgeleverd? 2. Zijn er dingen die deze pijler lastig maken binnen je werk?

3.4 Analyse

Binnen het kwantitatieve onderzoek gaat het om gekoppelde (afhankelijke) groepen en wordt er onderzoek gedaan naar het verschil tussen T1 en T2. Voorafgaand aan de hypothesetoetsing die behoren tot het kwantitatieve onderzoek worden er beschrijvende kengetallen gegeven. Om vast te stellen in welke mate de cliënten sociaal redzaam zijn worden de som scores van T1 en van T2 op de SRZ omgezet in genormeerde scores. Dit geldt ook voor het vast stellen van de mate van aanwezig storend gedrag, hiervoor worden de som scores van T1 en T2 op de SGZ omgezet in genormeerde scores. Om de somscores van de SRZ om te zetten wordt er gebruik gemaakt van de volgende normtabellen: *INR meisjes en vrouwen* en *INR jongens en mannen*. Voor de SGZ worden de normtabellen *INR meisjes en vrouwen*, *INR vrouwen* en *INR mannen* gebruikt.

Aansluitend aan het geven van de beschrijvende kengetallen die een beeld geven van de mate van sociale redzaamheid en storend gedrag bij T1 en T2, volgt de hypothesetoetsing. Voor het toetsen van hypothese één, waarbij gesteld wordt dat de sociale redzaamheid na de invoer van Triple-C is toegenomen, wordt een gekoppelde t-toets uitgevoerd. Dit geldt ook voor hypothese twee, waarbij gesteld wordt dat het storend gedrag na de invoer van Triple-C is afgenomen. Bij de gekoppelde t-toets worden de analyses uitgevoerd door middel van de somscores van de bij hypothese één bijbehorende SRZ en de bij hypothese twee bijbehorende SGZ. Zowel bij de SRZ en de SGZ worden de afzonderlijke schalen en de totaal schaal geanalyseerd worden. De totaalschaal van de SRZ en de SGZ zullen uiteindelijk bij het weerleggen of bevestigen van de hypothesen (hoofdstuk 5) doorslaggevend zijn als het gemeten effect bij de afzonderlijke schalen onderling verschillen.

Voor het analyseren van de interviews die worden afgenomen bij begeleiders zullen onderwerpen die het meest benoemd worden door begeleiders genoteerd worden in de rapportage. Tijdens het terugluisteren van de interviews worden er per pijler antwoorden genoteerd die wat zeggen over de positieve ervaring t.a.v. de desbetreffende pijler en wat de pijler heeft opgeleverd. Daarnaast worden er ook per pijler alle antwoorden genoteerd waarin begeleiders aangeven wat ze lastig vinden in de uitvoering van de desbetreffende pijler en wat nog beter kan in de uitvoering van deze pijler. Alle antwoorden worden geturfd en overeenkomstige antwoorden worden samengevoegd tot één antwoord, een onderwerp. Deze benoemde onderwerpen worden in een overzicht geplaatst van op- naar aflopende frequentie.

Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten weergegeven. Als eerste wordt de uitvoering van het onderzoek en de response beschreven. Ten tweede wordt de som scores van T1 en T2 uitgedrukt in een genormeerde score een indicatie te geven van de mate van sociale redzaamheid bij cliënten en het voorkomen van storend gedrag bij de voormeting. Tot slot worden de resultaten van het onderzoek per deelvraag gegeven.

4.1 Uitvoering en respons van het onderzoek

In mei 2016 is het onderzoeksplan goedgekeurd en het onderzoek gestart. De dataverzameling heeft langer geduurd dan voorzien en de deadline voor het inleveren van de vragenlijsten is meerdere malen verschoven. De begeleiders op de woningen zijn op verschillende manieren herinnerd aan het onderzoek, zowel per mail als telefonisch. De helft van de woningen geven begin augustus aan dat ze de vragenlijsten niet meer in bezit hebben. Deze woningen hebben opnieuw de vragenlijsten ontvangen. De meeste vragenlijsten zijn in augustus en september aangeleverd. De ontvangen vragenlijsten waren correct en volledig ingevuld. Het invoeren van de data in SPSS is zonder problemen verlopen. Van de 40 cliënten die geschikt waren voor het onderzoek zijn er van 38 cliënten vragenlijsten ontvangen. Één cliënt bleek na het inventariseren en het opstellen van het onderzoeksplan verhuisd te zijn naar een andere woning en viel hierdoor niet meer binnen de onderzoeksgroep. Van één andere cliënt zijn de ingevulde vragenlijsten niet aangeleverd, ondanks meerdere pogingen en contactmomenten met de begeleider van deze cliënt. Het resultaat is uiteindelijk een respons van 95%.

Het plannen en afnemen van de interviews is goed verlopen. Voor de meeste woningen hebben de managers namen doorgegeven en deze begeleiders zijn ongeveer drie weken na het uitzetten van de vragenlijsten benaderd met een uitnodiging voor deelname aan het interview. De woningen waarvan geen namen waren doorgegeven door de manager kregen via de algemene e-mail van de woning een uitnodiging om deel te nemen als ze overeenkwamen met het vooraf opgestelde profiel (zie hoofdstuk 3 paragraaf 2). De respons via de mail is in eerste instantie laag, maar na telefonisch contact met begeleiders zijn ze allemaal bereid om tijd vrij te maken en in gesprek te gaan over Triple-C in de praktijk. De respons voor de afgenomen interviews is 100%. Het analyseren van de interviews was in vergelijking met de vragenlijsten tijdrovend. Bij het terugluisteren van de interviews zijn belangrijke positieve en negatieve antwoorden geturfd en in een overzicht gezet.

4.3 Som scores omgezet in genormeerde scores

Om te kijken in welke mate de cliënten sociaal redzaam zijn en in welke mate ze storend gedrag laten zien worden de som scores bij T1 en T2 van de SRZ en de SGZ omgezet in genormeerde scores. Zowel bij de SRZ als de SGZ worden behaalde resultaten op de afzonderlijke schalen en de totaal schaal, volgens de bijbehorende handleiding en normtabellen, uitgedrukt in genormeerde score. De genormeerde scores vormen een elfpuntsschaal. De scores lopen van 3 tot 9 waarbij de scores 5 tot en met 8 ieder verdeeld zijn in een lage en een hoge helft. De lage en hoge helft worden aangeduid doormiddel van een -L- of een -H- voor het cijfer. Hieronder in het kader staat de elfpuntsschaal, ter verduidelijking, weergegeven.

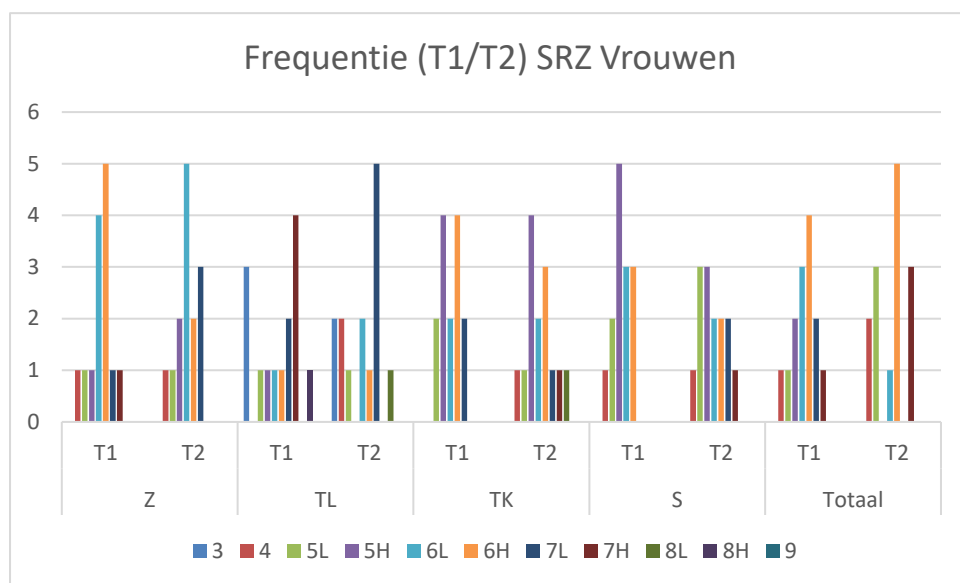
3	4	5L	5H	6L	6H	7L	7H	8L	8H	9
---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	---

Een genormeerde score is te vergelijken met een schoolrapportcijfer, hoe hoger het cijfer hoe beter. Bij de SRZ betekent een hoog cijfer dat de cliënt meer sociaal redzaam is en bij de SGZ betekent een hoog cijfer dat de cliënt minder storend gedrag vertoont. Hierbij moet bij de SRZ rekening gehouden worden met het feit dat de mate van verstandelijke beperking bepaald hoe hoog die persoon maximaal kan scoren op sociale redzaamheid. Iemand met een ernstig verstandelijke beperking scoort bijvoorbeeld met een 6 hoog vergeleken met andere mensen met een ernstige verstandelijke beperking. Dit terwijl een score van 6 voor iemand met een matige verstandelijke beperking juist aan de lage kant ligt. Hoe meer iemand verstandelijk beperkt is, des te lager de sociaal emotionele ontwikkeling, des te onwaarschijnlijker is het dat deze persoon een 9 kan scoren op de SRZ-vragenlijst. Door dit gegeven kan niet over de hele groep gezegd worden hoe sociaal redzaam ze precies zijn op T1 en T2.

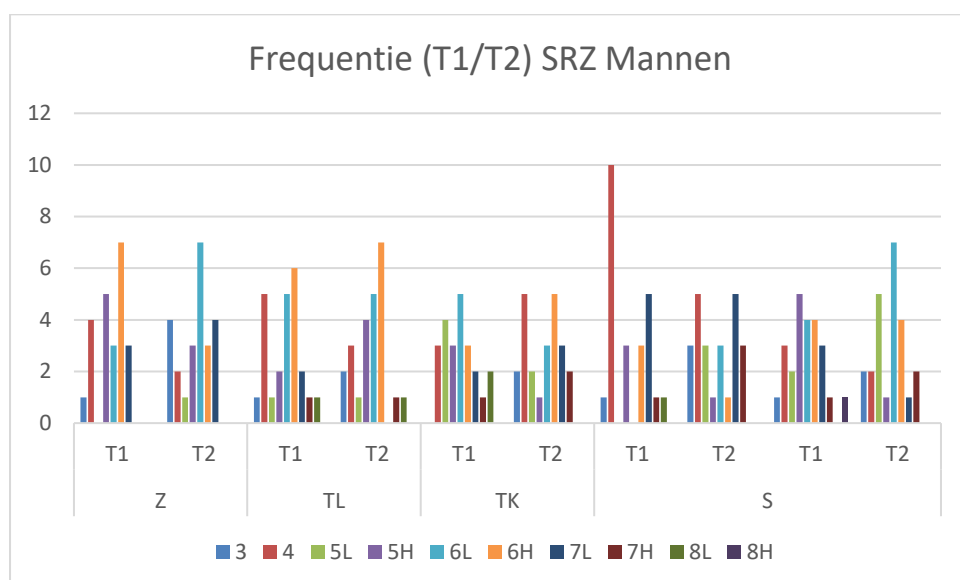
SRZ

De gemiddelde som scores van T1 en T2 op de SRZ-vragenlijst zijn omgezet naar genormeerde scores. Bij het kiezen van de normtabel, voor zowel de SRZ als de SGZ, is er gekeken naar het geslacht en de leeftijd. De normtabellen van

de SRZ voor leeftijden hoger dan 40 jaar zijn niet aanwezig. Binnen het onderzoek zijn er 31 cliënten waarvan de leeftijd met maximaal 38 levensjaren hoger ligt dan 40 jaar. Resultaten moeten hierdoor met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. In grafiek 1 zijn de frequentie van individueel behaalde scores te zien van de vrouwen op de SRZ bij T1 en bij T2, voor de mannen staan deze gegevens in grafiek 2 weergegeven.



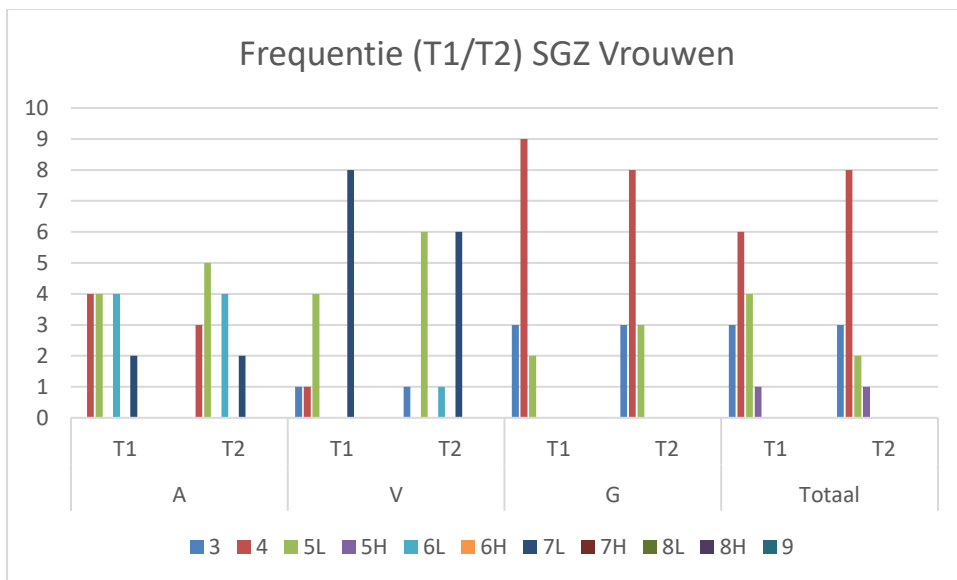
Grafiek 1: Scores SRZ vrouwen



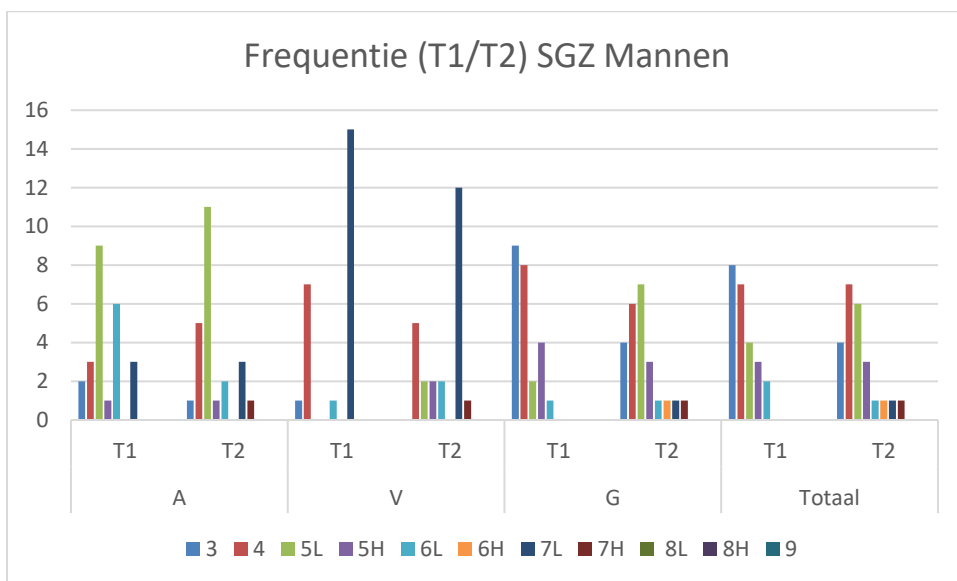
Grafiek 2: Scores SRZ Mannen

SGZ

De gemiddelde som scores van T1 en T2 op de SGZ-vragenlijst zijn omgezet naar genormeerde scores. De normtabellen van de SGZ voor leeftijden hoger dan 45 jaar zijn niet aanwezig. Binnen het onderzoek zijn er 29 cliënten waarvan de leeftijd met maximaal 33 levensjaren hoger ligt dan 45 jaar. Resultaten moeten hierdoor met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. In grafiek 3 zijn de frequentie van individueel behaalde scores te zien van de vrouwen op de SGZ bij T1 en bij T2, voor de mannen staan de gegevens van de SGZ in grafiek 4 weergegeven.



Grafiek 3: Scores SGZ Vrouwen



Grafiek 4: Scores SGZ Mannen

4.4 Resultaten analyses vragenlijsten

Voor zowel het beantwoorden van deelvraag 1 (verschil in sociale redzaamheid) als deelvraag 2 (verschil in aanwezigheid van storend gedrag) is er gekoppelde t-toets uitgevoerd over de individuele schalen en de totaal schaal van de bij deelvraag 1 behorende SRZ en bij deelvraag 2 behorende SGZ. Bij het uitvoeren van de analyses is gebruik gemaakt van de som scores die verkregen zijn bij T1 en T2. Voor het omzetten van de som scores naar de genormeerde scores waren de mannen en vrouwen gescheiden van elkaar in verband met de normtabellen. Voor de analyses zijn de mannen en vrouwen samengenomen. Bij het analyseren van de gegevens wordt gebruik gemaakt van het programma SPSS (Statistical Products and Service Solutions) en de handleiding van Van Baarda, De Goede & Van Dijkum (2011).

SRZ uitslagen

Op de schaal *Zelfredzaamheid* (T1: gem. = 29,34; Sd=9,54 en T2: gem. = 27,82; Sd = 9,77) is er geen verschil gevonden bij de cliënten voor en na de invoer van Triple-C. Op de schaal *Taalgebruik* (T1: gem. = 19,13; Sd = 7,73 en T2: gem. = 18,21; Sd = 7,06) is er ook geen verschil gevonden tussen de eerste en de tweede meting. Bij de schalen *Taakgerichtheid* (T1: gem.= 9,00; Sd = 3,95 en T2: gem. = 9,29; Sd = 4,22) en *Sociale gerichtheid* (T1: gem. = 7,16; Sd = 2,46 en T2: gem.= 7,66; Sd = 2,68) zie je eveneens geen verschil. Op de totale schaal van sociale redzaamheid is er, zoals verwacht op basis van analyses van de individuele schalen, ook geen verschil te zien tussen T1 (gemiddelde = 64,89; Sd = 19,50) en T2 (gem. = 62,95; Sd = 19,48). Een overzicht van alle waardes uit de t-toets analyse van de SRZ staan weergegeven in tabel 2.

Tabel 2:
T-toets waardes SRZ

		Gemiddelde	Sd	T	df	p
Zelfredzaamheid	T1	29,34	9,54	1,57	37	0,126
	T2	27,82	9,77			
Taalgebruik	T1	19,13	7,73	1,40	37	0,169
	T2	18,21	7,06			
Taakgerichtheid	T1	9,00	3,95	-0,46	37	0,650
	T2	9,23	4,22			
Sociaal gericht	T1	7,16	2,46	-1,21	37	0,234
	T2	7,63	2,72			
Totaal: Sociaal redzaamheid	T1	64,89	19,50	1,43	37	0,161
	T2	62,05	21,39			

SGZ uitslagen

Zowel op de schaal *Agressief storend gedrag* (T1: gem. = 11,37; Sd = 10,65 en T2: gem. = 11,08; Sd = 8,97) als op de schaal *Verbaal storend gedrag* (T1: gem. = 5,68; Sd = 8,14 en T2: gem. = 5,34; Sd = 7,05) is er geen verschil gevonden tussen voor en na de invoer van Triple-C. Op de schaal *Gemengd storend gedrag* (T1: gem. = 70,76; Sd = 25,47 en T2: gem. = 58,53; Sd = 24,09) is er wel een significant verschil. De cliënten laten gemiddeld genomen minder gemengd storend gedrag zien bij de meting na de invoer van Triple-C dan daarvoor. Op de totale schaal van storend gedrag zorgt dit voor een verschil tussen T1 (gem. = 87,87; Sd = 34,73) en T2 (gem. = 74,95; Sd = 31,54). Uit de totale schaal van storend gedrag blijkt dat cliënten minder storend gedrag laten zien na de invoer van Triple-C. Tabel 3 geeft een overzicht van alle waardes uit de t-toets analyse van de SGZ.

Tabel 3:
T-toets waardes SGZ

		Gemiddelde	Sd	T	df	p
Agressief storend gedrag	T1	11,37	10,65	0,14	37	0,886
	T2	11,08	8,97			
Verbaal storend gedrag	T1	5,68	8,14	0,37	37	0,711
	T2	5,34	7,05			
Gemengd storend gedrag	T1	70,76	25,47	3,17	37	0,003
	T2	58,53	24,09			
Totaal: Storend gedrag	T1	87,87	34,73	2,29	37	0,028
	T2	74,95	31,54			

4.5 Resultaten analyse interviews

Om deelvraag 3, de ervaring van begeleiders, te beantwoorden is gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview. Het semigestructureerde interview is een middel geweest om met begeleiders in gesprek te gaan over de verschillende pijlers binnen het model van Triple-C. De interviews zijn geanalyseerd en per pijler wordt in bijlage 3 een overzicht gegeven met de onderwerpen die samengevoegd zijn uit overeenkomstige antwoorden, aflopend in frequentie. De onderwerpen gaan over wat het model Triple-C heeft opgeleverd bij begeleiders, wat de begeleiders als lastig ervaren in de uitvoering van het model en welke verbeterpunten er nog zijn.

Pijler 1: Onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie

Uit de interviews komt naar voren dat negen van de tien begeleiders pijler één goed uitvoerbaar vindt in de praktijk, bij één woning wordt er door de begeleider aangegeven dat deze pijler nog niet goed genoeg wordt uitgevoerd zoals hij in de theorie wordt omschreven. Het meest positief genoemde onderwerp bij pijler één is het bieden van veiligheid en vertrouwen bij cliënten. Daarnaast zijn herhaaldelijk genoemde onderwerpen rondom positieve oplevering: cliënten beter gaan begrijpen, ontspanning bij cliënt en begeleider, het belang van grenzen stellen en open communicatie. Een onderwerp wat unaniem benoemd wordt over wat deze pijler lastig maakt, is de duur van het opbouwen van een relatie bij deze doelgroep. Het is een periode waar de cliënt meer moeilijk verstaanbaar

gedrag kan laten zien en waar je als team steeds opnieuw doorheen moet. Andere benoemde onderwerpen die de uitvoering lastig maken zijn: nieuw personeel/ flexers die signalen niet opvangen vanuit de cliënt, meer werkdruk als je werkt met een flexer waardoor je minder goed je werk kan doen en het gedrag van cliënten die het werk belastend maken. Het meest genoemde verbeterpunt vanuit begeleiders is het creëren van een stabiel team met geen of vaste flexers op een woning.

Pijler 2: Betekenisvolle invulling van het dagelijks leven

Bij pijler twee geven zes begeleiders aan dat deze pijler goed is uit te voeren op de woning. Drie begeleiders zeggen dat hij goed uit te voeren is maar dat het nog beter kan en dat ze het soms nog lastig vinden. Één begeleider geeft aan dat deze pijler niet goed wordt uitgevoerd in de praktijk want de cliënten ervaren nog te veel loze momenten en er zijn weinig activiteiten gericht op interesses en hobby's. De meest positief genoemde onderwerpen zijn: vast dagprogramma hanteren, het programma gaat altijd door, samen 100%, nadruk ligt op de goede momenten en cliënten hebben dankjewel momenten. Daarnaast heeft het voor het merendeel van de begeleiders het volgende opgeleverd: vertrouwen en voorspelbaarheid voor cliënten, groei bij cliënten, structuur en houvast voor begeleiders en binnen het team is er meer open communicatie. Benoemde onderwerpen waar begeleiders tegen aan lopen zijn: escalaties bij cliënten waardoor activiteiten lastig doorgezet worden, zorginstinct zorgt voor automatisch overnemen van taken en ervaren tijdsdruk.

Pijler 3: Anders kijken naar probleemgedrag

Twee begeleiders geven aan dat pijler drie goed gaat op de woning. Ze geven aan dat het negatieve gedrag niet op de voorgrond staat en dat als er iets voorkomt, de focus ligt op het goed en positief afronden van de activiteit. Zeven begeleiders zeggen dat ze hard bezig zijn om steeds meer op een andere manier te kijken naar probleemgedrag, maar dat het soms weleens lastig is. Één begeleider geeft aan dat deze moeilijk uitvoerbaar is op de woning doordat sommige begeleider binnen de woning blijven kijken naar en focussen op het probleemgedrag. Onderwerpen die benoemd worden t.a.v. wat het begeleiders heeft opgeleverd zijn: geen focus op negatief gedrag, actief kijken naar mogelijke verklaringen voor gedrag, andere manier van communiceren, geen situaties vermijden en open communicatie tussen begeleiders zodat signalen sneller worden opgepakt. Een benoemd onderwerp wat door meerdere begeleiders als lastig wordt ervaren is de duur van het proces om erachter te komen wat de verklaring is voor bepaald gedrag.

Algemene opmerkingen rondom werken met Triple-C

Zeven begeleiders geven aan dat het probleemgedrag, moeilijk verstaanbaar gedrag, bij de cliënten niet is afgenomen in frequentie, maar doordat het gedrag minder op de voorgrond staat het minder lijkt voor te komen. Twee begeleiders geven aan dat het gedrag er nog steeds is maar dat de escalatie van gedrag is afgenomen en daarmee een minder ergere vorm aanneemt. Één begeleider geeft aan dat het gedrag daadwerkelijk in frequentie is afgenomen. Unaniem geven de begeleiders aan dat ze het fijner vinden om met Triple-C te werken, dan met het traditioneel behandelmodel. Het merendeel geeft aan dat er geen of minder M&M op de woning wordt uitgevoerd. Verder worden het belang van Triple-C binnen een teamdag en de rol van een Coach benoemd als positieve ervaringen bij de uitvoering van Triple-C. Benoemde onderwerpen die naar voren komen bij het verbeteren van de uitvoering van Triple-C zijn: Nieuwe mensen beter trainen, flexers trainen zodat ze het belang van Triple-C weten en meer Triple-C dagen om de stof bij te houden en dingen te bespreken.

Hoofdstuk 5 Conclusie, Discussie & Aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt de hoofdvraag beantwoord en de hypothesen getoetst. Bij het beantwoorden van de hoofdvraag worden resultaten ter discussie gesteld. Tot slot staan er aanbevelingen beschreven voor de opdrachtgever en t.a.v. eventueel vervolgonderzoek.

5.1 Conclusie en Discussie

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *Wat is het effect van het invoeren van het orthopedagogisch behandelmodel Triple-C met betrekking tot de sociale redzaamheid en het storend gedrag van cliënten binnen 's Heeren Loo Apeldoorn en hoe ervaren begeleiders het model Triple-C?*

De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te geven in de ontwikkeling van sociale redzaamheid en afname van storend gedrag bij cliënten na de invoer van Triple-C. Daarnaast geven de interviews met begeleiders informatie over ervaringen uit de praktijk en de voor- en nadelen die een rol spelen bij het werken volgens Triple-C.

De SRZ-vragenlijst is gebruikt om te kijken of de sociale redzaamheid van cliënten is vergroot. De gemeten vaardigheden binnen de SRZ-vragenlijsten sluiten aan bij de tweede pijler van Triple-C die beoogt de competenties bij cliënten op te bouwen en vaardigheden te ontwikkelen. De mate van verstandelijke beperking bepaald hoe hoog een cliënt kan scoren. Doordat in dit onderzoek de genormeerde scores niet gekoppeld zijn aan het intelligentieniveau is het lastig om voor de hele groep te zeggen hoe sociaal redzaam ze waren voorafgaand aan Triple-C en daarna. De mate van sociale redzaamheid verschilt per individu. Uit de resultaten van de analyses van de SRZ blijkt dat er geen verschil zit in de mate van sociale redzaamheid bij cliënten, zoals beoordeeld door hun directe begeleiders, nadat zij volgens de methode van Triple-C zijn begeleid. Verklaringen voor het feit dat er geen verschil is gevonden kunnen te maken hebben met verschillende factoren binnen de SRZ-vragenlijst. Allereerst beschikt de SRZ over de schaal *Taalgebruik*. Deze schaal bestaat uit items die gaan over de taalvaardigheid van de cliënt. Het taalgebruik van een cliënt is afhankelijk van de mate van verstandelijke beperking en is een factor waarin de cliënt weinig kan verbeteren. Daarnaast is het taalgebruik niet een factor binnen de Triple-C die beoogd wordt te verbeteren. Ten tweede wordt het ontwikkelen van vaardigheden binnen Triple-C gestimuleerd door "Samen 100%". Deze manier van begeleiden gaat ervan uit dat de begeleider rekening houdt met wat de cliënt kan en aankan. Daarbij zorgt de begeleider er ook voor dat de activiteit succesvol verloopt. Uit de interviews met begeleiders komt naar voren dat de meeste begeleiders alert zijn op het kunnen en aankunnen van de cliënt en hierop inspelen. Dit uitgangspunt binnen Triple-C sluit niet aan bij de invulinstructie van de SRZ. In de instructie van de SRZ staat aangegeven dat de vragen beantwoordt moeten worden op basis van wat de cliënt 'thans echt doet' ongeacht de motivatie, de gelegenheid of de leermogelijkheden. Het is mogelijk dat er geen verschil is gevonden omdat de cliënt meer samen met de begeleider doet en meer kan, maar dat de cliënt dit niet 'thans echt doet'. Dit komt ook naar voren uit de interviews met begeleiders, waarin bijna alle begeleiders aangeven dat de cliënten op de woning meer taken uitvoeren en er groei ontstaat bij cliënten. Op basis van de resultaten van de SRZ kan de hypothese, waarbij gesteld wordt dat de sociale redzaamheid bij cliënten is toegenomen na de invoer van Triple-C, niet worden aangenomen.

De SGZ-vragenlijst is gebruikt om te kijken of het storend gedrag van cliënten minder is geworden. Cliënten laten na de invoer van Triple-C nog steeds storend gedrag zien, maar minder dan voor de invoer van Triple-C. Uit de resultaten van de analyse komt dit verschil naar voren op de schaal gemengd gedrag en laat hierdoor ook een verschil zien in de totale schaal van storend gedrag van de SGZ. De schaal gemengd gedrag meet storend gedrag van allerlei aard deels met een intra punitief karakter zoals bonken, eten ophalen, druk/opgewonden gedrag, zeuren, masturberen, slaapstoornissen en stereotiep gedrag. Pijler twee beoogt naast het ontwikkelen van vaardigheden ook het bieden van structuur. Deze structuur is een verklaring voor het afnemen van het gemengd storend gedrag. Uit het meerjarenplan van de regiegroep MVG ('s Heeren Loo, 2014) werd structuur benoemd als een van de factoren die het probleemgedrag kunnen verminderen. Uit de interviews met de begeleiders komt naar voren dat de cliënten een vast dagprogramma hebben wat in principe altijd doorgaat, met of zonder kleine aanpassingen. Deze structuur biedt niet alleen voorspelbaarheid voor cliënten, maar schept ook vertrouwen. Dat vertrouwen is de tweede factor die in het meerjarenplan wordt benoemd om het probleemgedrag te kunnen verminderen. Vertrouwen wordt gefaciliteerd vanuit de eerste pijler van Triple-C, de onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie. Begeleiders ervaren dat de cliënten terug kunnen vallen op begeleiders waardoor onrust en stress afneemt. Als de cliënt minder stress ervaart zal deze stress minder geuit worden in probleemgedrag. Aangezien de range tussen T1 en T2 maximaal kan verschillen met 16 jaar, is de leeftijd ook een factor waarmee rekening gehouden moet worden.

Uit onderzoek naar veranderingen in probleemgedrag, psychiatrische symptomen en kwaliteit van leven bij ouder wordende mensen met een verstandelijke beperking en autisme, is gebleken dat er meer gedragsproblemen voorkomen bij mensen jonger dan 50 jaar dan bij mensen ouder dan 50 jaar (Totsika, Felce, Kerr en Hastings, 2010). Het gegeven dat oudere cliënten minder gedragsproblemen laten zien kan daarmee ook een verklaring zijn voor het afgenomen storend gedrag. Op basis van de totale schaal van storend gedrag bij de SGZ wordt de hypothese, waarbij gesteld wordt dat de storend gedrag bij cliënten afneemt na de invoer van Triple-C, aangenomen.

De SRZ en de SGZ zijn gevalideerde vragenlijsten en zijn zodanig ontworpen dat de invulling door verschillende begeleiders geen verschil uitmaakt. De SRZ blijkt niet volledig aan te sluiten bij wat Triple-C verstaat onder het vergroten van capaciteiten en aanleren van vaardigheden, hierdoor moet er voorzichtigheid worden geboden bij het interpreteren van de resultaten. De range tussen T1 en T2 verschilt per cliënt en kan ook invloed hebben op de uitslagen van dit onderzoek. Daarbij zijn de cliënten niet allemaal op hetzelfde moment benaderd volgens het model Triple-C en de duur van benadering verschilt daardoor dus ook onderling.

Het semigestructureerde interview is gebruikt om inzicht te krijgen in de ervaring van begeleiders die werken met Triple-C. Er zijn een aantal onderwerpen die bij meerdere pijlers naar voren komen of door begeleiders in zijn algemeenheid benoemd worden. Het eerste positieve onderwerp is vertrouwen. Deze komt zowel bij pijler één als bij pijler twee naar voren. Door het geven van een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie ervaren de begeleiders dat cliënten hen meer zijn gaan vertrouwen en dat ze meer veiligheid bieden aan cliënten. Vanuit pijler twee krijgen de cliënten meer structuur waardoor de voorspelbaarheid maakt dat de cliënt meer kan vertrouwen op zijn begeleider en op wat er gaat gebeuren. Een tweede onderwerp wat bij meerdere pijlers naar voren komt is een open communicatie binnen het team. Vanuit pijler één en twee wordt het belang van een open communicatie door begeleiders benadrukt. In het proces om een goede onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie op te bouwen is het belangrijk om binnen het team grenzen aan te geven en open te communiceren over waar je tegenaan loopt. Dit is van belang omdat je dan als begeleider niet aan je taks komt en als een collega de begeleiding van een cliënt overneemt dit niet ten kosten gaat van de relatie met de cliënt. Vanuit pijler drie wordt de open communicatie tussen begeleiders benoemd omdat signalen vanuit cliënten daardoor beter worden ontvangen en patronen in moeilijk verstaanbaar gedrag sneller in kaart gebracht kunnen worden. Bij pijler drie wordt daarnaast ook de open communicatie naar de cliënt benoemd. Begeleiders ervaren dat ze spanning kunnen weghalen bij cliënten door eerlijk dingen te zeggen zoals ze zijn, in plaats van informatie achter te houden of er lading aan te geven. De manier van communiceren naar de cliënt is vanuit pijler drie volgens begeleiders veranderd. Begeleiders geven aan dat ze in de communicatie naar cliënten laten merken dat ze gehoord worden en dat de cliënt ze iets wil vertellen, in plaats van een verzoek tot het stoppen van het geuite (storende) gedrag.

Er zijn twee onderwerpen die naar voren komen die begeleiders lastig vinden en die ze graag verbeterd willen zien. Het eerste onderwerp wat meerdere keren naar voren komt gaat over het werken met nieuwe medewerkers en flexers. Vanuit pijler één ervaren begeleiders dat het team stabiel kan zijn dan dat het nu is. Er zijn veel wisselingen in vast personeel, maar daarnaast is het werken met verschillende flexers een factor die zorgt voor onrust bij cliënten. De helft van de begeleiders ervaart meer werkdruk als er een flexer op de groep staat. De cliënten richten zich voornamelijk op de vaste begeleider en deze begeleider kan er niet voor iedereen onvoorwaardelijk zijn. Daarnaast moet je als vaste begeleider de flexer aansturen in het werk, omdat de flexer niet precies weet hoe de dag loopt op de woning en welke cliënt wel of niet in het moment aandacht nodig heeft. Begeleiders geven aan dat het wenselijker zou zijn als een woning vaste flexers krijgt. Daarnaast wordt over het algemeen door een merendeel van de begeleiders ervaren dat nieuwe medewerkers niet snel genoeg een training ontvangen voor de Triple-C. Voor flexers geldt vooral dat ze het belang moeten inzien van Triple-C en dat ze ook een training moeten ontvangen. Begeleiders ervaren dat vooral de flexers in beheersing blijven. Beheersing staat haaks tegenover de manier van begeleiden volgens Triple-C en dit zorgt voor verandering binnen een woning. Tot slot is er nog één onderwerp, tijd, wat bij meerdere pijlers naar voren komt en wat de uitvoering van Triple-C volgens begeleiders soms lastig maakt. Alle begeleiders geven aan dat het veel tijd kost om een goede relatie op te bouwen met de cliënt. Als je deze band moet opbouwen met een nieuwe cliënt of de relatie is geschaad en moet je daarom opnieuw opbouwen, kom je als begeleiders in een periode waarbij het storend gedrag meer voorkomt. Deze periode kan daardoor meer druk opleveren en daar moet je als team doorheen. Bij pijler twee geeft de helft van de woningen aan dat tijdsdruk op de woning ervoor zorgt dat cliënten niet altijd betrokken worden bij taken. Als er op een dag veel huishoudelijke taken gedaan moeten worden, dan gaat het sneller als je dat als begeleider alleen doet dan samen met een cliënt. Een ander voorbeeld is de tijdsdruk die sommige woningen ervaren als ze in de ochtend met twee begeleiders zeven cliënten binnen twee uur klaar moeten hebben staan voordat ze naar werk of dagbesteding gaan. Bij pijler drie

ervaren begeleiders de duur van het proces om erachter te komen wat er achter het probleemgedrag schuilt als iets wat soms lastig is. Terwijl je daar als team mee bezig bent moet je wel je cliënt blijven begeleiden en ondersteunen op de best mogelijke manier.

Onderzoek op basis van de SRZ-vragenlijst wijst erop dat de invoer van Triple-C niet heeft geleid tot een grotere mate van sociale redzaamheid bij cliënten. De cliënten zijn volgens de ervaring van begeleiders wel gegroeid en doen meer in samenwerking met de begeleider. De begeleider speelt hierin nog wel een grote rol in het aanbieden en ondersteunen van taken en activiteiten. De invoering van Triple-C heeft wel gezorgd voor minder storend gedrag bij cliënten. Dit is op basis van het onderzoek met de SGZ-vragenlijst en komt ook naar voren uit de ervaring van begeleiders. Door het creëren van meer vertrouwen en structuur wordt de stress bij cliënten verminderd en neemt het storend gedrag af. Er zijn twee overkoepelende onderwerpen die begeleiders ervaren als een punt waarop er verbetering kan plaatsvinden en dat zijn instabiliteit rondom personeel en tijd(druk). De ervaring van begeleiders is verder ten aanzien van het model heel positief. Iedereen vindt het fijn om met Triple-C te werken en ervaart dat het dingen oplevert voor de cliënt en voor de begeleider zelf.

5.2 Aanbevelingen

Op basis van de conclusie en discussie punten binnen dit onderzoek zijn er aanbevelingen voor vervolgonderzoek opgesteld. Bij het onderzoek naar de sociale redzaamheid zijn er geen verschillen gevonden. De begeleiders ervaren dat cliënten wel meer doen en kunnen, dit spreekt het kwantitatief onderzoek tegen. Bij vervolgonderzoek zal er een onderzoeksinstrument gebruikt moeten worden dat meer aansluit bij wat Triple-C beoogt te verbeteren. Dit houdt in dat er gekeken moet worden naar wat een cliënt wel kan als deze gemotiveerd wordt en de handeling samen met de begeleider kan uitvoeren. Ten aanzien van het onderzoek naar het storend gedrag zijn er wel verschillen gevonden, maar bij vervolgonderzoek kan er meer rekening gehouden worden met de leeftijd van cliënten en is het wenselijk om de range tussen T1 en T2 te verkleinen. Daarnaast kan bij vervolgonderzoek de doelgroep gesplitst worden in kort- en langdurige behandeling, om in kaart te krijgen of de duur van benadering volgens Triple-C ook van belang is bij het zien van effect. Tot slot is er nog een laatste aanbeveling voor vervolgonderzoek ten aanzien van het kwalitatief onderzoek waarbij begeleiders zijn geïnterviewd. De woningen die door orthopedagogen geselecteerd zijn zouden het meest ervaren zijn in het hanteren van Triple-C. Echter bij één woning werd er door de begeleider aangegeven dat deze woning niet Triple-C uitdraagt en dat het team nog te veel in de beheersing zit en werkt vanuit het oude behandelmodel. De makers van Triple-C hebben een Triple-C Index ontwikkeld die in kaart brengt hoeverre de behandeling en ondersteuning van een cliënt in lijn is met het model Triple-C. Deze index kan gebruikt worden om bij vervolgonderzoek woningen te selecteren waarvan met zekerheid gezegd kan worden dat deze volstaan volgens het behandelmodel Triple-C.

De aanbevelingen voor 's Heeren Loo Apeldoorn, locatie Groot Schuylenburg zijn voornamelijk gebaseerd op de ervaringen van begeleiders t.a.v. wat er beter kan in de uitvoering en wat ze lastig vinden. Door alle begeleiders wordt aangegeven dat het veel tijd kost om een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie op te bouwen met cliënten. Er kan niets aan dit gegeven veranderd worden, maar de stabiliteit binnen een team kan volgens negen begeleiders wel beter om ervoor te zorgen dat er minder onrust is bij cliënten. De helft van de begeleiders geeft aan dat ze het wenselijk zouden vinden als er vanuit de organisatie vaste flexwerkers op de woning komen, zodat de flexer een bekend gezicht wordt voor cliënten. Meer dan de helft van de begeleiders zou graag willen dat zowel nieuwe mensen als flexwerkers beter en sneller training ontvangen voor Triple-C. De ervaring is nu bij begeleiders dat vooral flexwerkers nog vanuit beheersing werken en door deze flexwerkers het belang van Triple-C in te laten zien, kunnen ze beter aansluiten bij de manier van begeleiden binnen de woning. De helft van de begeleiders geeft daarnaast ook aan dat ze zelf meer Triple-C dagen willen voor het vaste team om de stof bij te houden en dingen bespreekbaar te maken waar ze tegen aan lopen op de woning.

Het advies aan orthopedagogen en coaches is om in contact blijven met de woningen en te inventariseren naar de behoefte rondom ondersteuning, ook wanneer het wel goed gaat met cliënten op de woning. Woningen die met minder personeel op een groep staan laten signalen zien waaruit blijkt dat ze soms handen of tijd te kort komen. Om deze woningen tegemoet te komen is het advies om in gesprek te gaan over de momenten wanneer zij ervaren dat ze van de Triple-C methode moeten afstappen. Door op deze manier de begeleiders op woningen handvatten aan te reiken kunnen ze verder geholpen worden in het optimaliseren van het model Triple-C. Flexwerkers die op Triple-C woningen gaan werken zouden sneller en beter meegenomen moeten worden in de training van Triple-C. Voor nieuwe medewerkers geldt dat ze sneller de training moeten ontvangen, de ervaring nu is dat de training niet kort

volgt nadat iemand is begonnen met werken op de woning. Idealiter zou de Triple-C training gegeven moeten worden voordat medewerkers beginnen met werken op de woning, om pragmatische reden is dit niet altijd mogelijk.

Een TP-professional met kennis over Triple-C kan hierin een rol spelen. De TP'er kan de Triple-C coaches die werkzaam zijn binnen 's Heeren Loo helpen met signaleren van hulpvragen vanuit de woning en kan basistrainingen geven over het werken vanuit de visie van Triple-C aan flexwerkers.

Literatuur

- American Psychiatric Association, (2000). *DSM-IV-TR* (2e druk). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Baarda, B., de Goede, M., & van Dijkum, C. (2011). *Basisboek: Statistiek met SPSS*. The Netherlands: Noordhoff Uitgevers.
- Barrett, R. (1998). *The Seven Levels Model*. Geraadpleegd via <https://www.valuescentre.com/mapping-values/barrett-model>
- Brouwer, A. (2013) Effectiviteit van de Triple-C methode (masterthesis). Geraadpleegd via <http://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/285311/Masterthesis%20Brouwer,%20A-3399907.pdf?sequence=1>
- Deb, S., Thomas, M., Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability: the rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 506-514.
- Delfos, M.F. (2006). Sekseverschillen in hechting. *Diapresentatie hechting Congres in Den Haag*, 2 nov 2006.
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with intellectual disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Hatton, C. (2001). The prevalence of challenging behaviours: a total population study. *Research in developmental disabilities*, 22(1), 77-93.
- Evangelische Omroep. (2011). *Reportage: Dit is de dag*. Geraadpleegd via <http://www.eo.nl/ditisedag/reportage/item/gehandicapte-brandon-al-drie-jaar-vastgeketend-aan-de-muur/>
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems; ethical and constitutional issues raised by applied behavioral analysis. *Behaviorism* 2, 1-84.
- Gunzburg, H.C. (1960). *Social rehabilitation of the subnormal*. London: Baillière, Tindall & Cox.
- Gunzburg, H.C. (1973). *P-A-C Manual*. Stratford: SEFA Publications.
- Kraijer, D.W., Kema, G.N. (1994). *Handleiding SGZ schalen voor zwakzinnigen*. Swets en Zeitlinger b.v., Lisse; D.W. Kraijer.
- Kraijer, D.W. & Kema, G.N. (1982). *Sociale Redzaamheidsschaal voor verstandelijk gehandicapten*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kraijer, D.W., Kema, G.N. & de Bilt, A.A. (2004). *Handleiding SRZ Sociale redzaamheidsschalen*. Pearson Assessment and Information B.V.
- Kraijer, D.W. & Plas, J.J. (2004). *Handboek psychodiagnostiek en verstandelijke beperking*. Lisse: Harcourt Assessment B.V.
- Maslow (1943). A theory of human motivation, *Psychological Review* 50, 4, p.370-396.
- Moss, S., Emerson, E., Bouras, N., Holland, A. (1997). Mental disorders and problematic behaviours in people with intellectual disability: future directions for research. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(6), 440-447
- Rijksoverheid. (2015). Brief aan de tweede kamer van minister van VWS: *Reactie op twee rapporten van het Zorginstituut Nederland over verslavingszorg en over de DSM-5*.
- Schipper, W.A. (2005). Een boom met wrange vruchten. *De ontwikkeling van een observatieprotocol voor het onderzoeken van situaties rond zelfverwondend gedrag (proefschrift)*. Geraadpleegd via <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/56283/56283.pdf>
- s' Heeren Loo. (2014). Publicatie: *Documentaire: "Net zo vrij als jij"*. Geraadpleegd via <http://www.sheerenloo.nl/-/documentaire-net-zo-vrij-als-jij-een-bevrijdingsverhaal>
- Sparrow, S.S., Balla, D. & Cichetti, D. (1984). *The Vineland Adaptive Behavior Scales: Interview edition, Survey Form*. Circle Pines, M.N.: American Guidance Service.
- Totsika, V., Felce, D., Kerr, M., & Hastings, R. P. (2010). Behavior problems, psychiatric symptoms, and quality of life for older adults with intellectual disability with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 171-1178.
- Van de Hondel, J. (1985). *Zelfverwondend gedrag als communicatiemiddel*. Doctoraalscriptie Orthopedagogiek, Utrecht.
- Van der Maat, S. (1992). *Communicatie tussen personen met een diep mentale handicap en hun opvoed(st)ers*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Van Wouwe, H., Simons, L., & Janssen, C.G.C. (2013). Implementatie van Triple-C: Veranderingen in vaardigheden en probleemgedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten*, 39(1), 31-43.
- Van Wouwe, H., van de Weerd, D. (2015). *Het gewone leven ervaren; Triple-C in theorie en praktijk*. Apeldoorn: Drukmotief Apeldoorn.

- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers, 4^{de} druk.
- Zaal, S., Boerhave, M., & Koster, M. (2008). Sociaal-emotionele ontwikkeling. Omschrijving fasen en bijbehorende begeleidingsstijl. Geraadpleegd via www.platformemg.nl/publicatie/handreiking-sociaal-emotionele-ontwikkeling/
- Zegers, M., Schuengel, C., van Ijzendoorn, M.H., & Janssen, J. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 325-334.

Bijlage 1: Classificatie DSM-IV Zwakzinnigheid

Zwakzinnigheid (*Mental retardation*)

- A. Verstandelijk duidelijk onder het gemiddelde functioneren: een IQ van ongeveer 70 of lager bij een individueel toegepaste IQ-test (bij zeer jonge kinderen op basis van een inschatting van een verstandelijk significant onder het gemiddelde functioneren).
- B. Gelijktijdig aanwezige tekorten in of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag (dat wil zeggen of betrokkene er in slaagt te voldoen aan de standaarden die bij zijn of haar leeftijd verwacht kunnen worden binnen zijn of haar culturele achtergrond) op ten minste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid.
- C. Begin voor het achttiende jaar.

Codeer op basis van de mate van ernst die het niveau van verstandelijke beperking weerspiegelt:

317 Lichte zwakzinnigheid:

(F70.9) (*Mild Mental Retardation*)

Niveau IQ 50-55 tot ongeveer 70

318.0 Matige zwakzinnigheid:

(F71.9) (*Moderate Mental Retardation*)

Niveau IQ 35-40 tot 50-55

318.1 Ernstige zwakzinnigheid

(F72.9) (*Severe Mental Retardation*)

Niveau IQ 20-25 tot 35-40

318.2 Diepe zwakzinnigheid

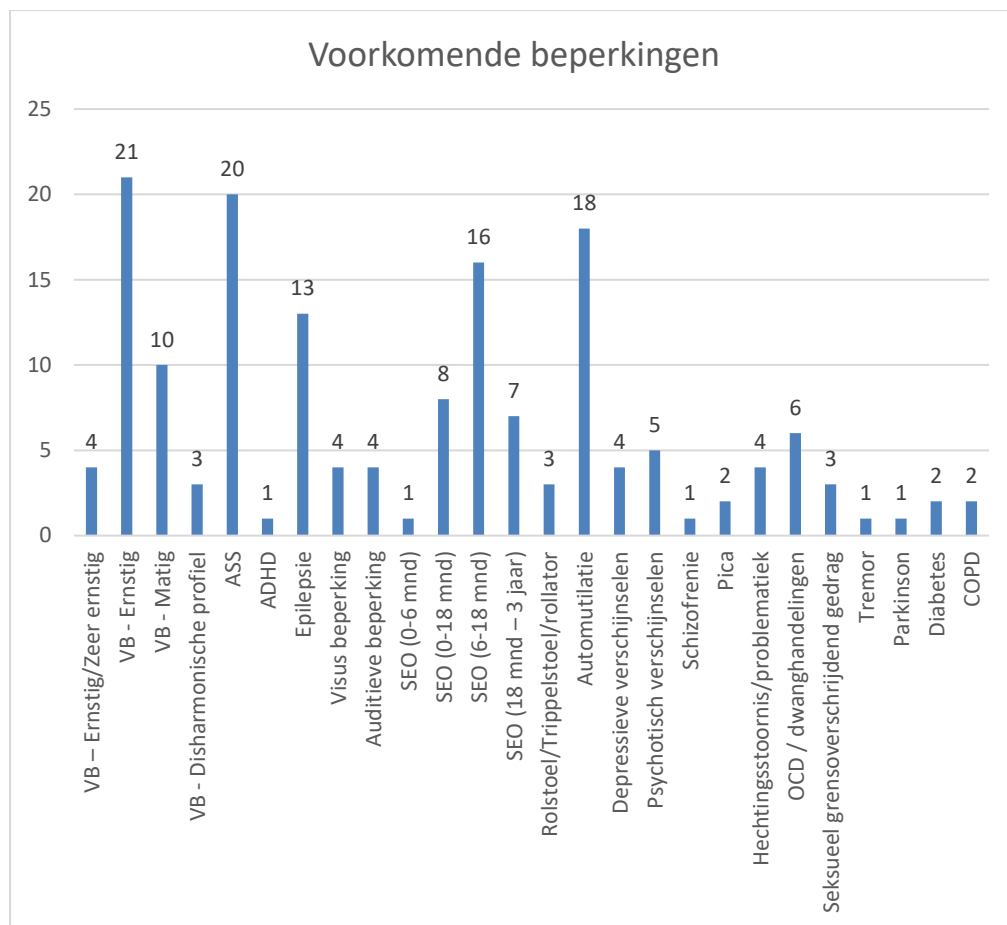
(F73.9) (*Profound Mental Retardation*)

Niveau IQ lager dan 20 of 25

319 Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd:

(F79.9) (*Unspecified Mental Retardation*) Indien er een sterk vermoeden van zwakzinnigheid bestaat, maar de intelligentie van betrokkene niet te testen is met standaard intelligentietests (bijvoorbeeld bij personen die te gehandicapt zijn of niet meewerken, of bij zeer jonge kinderen).

Bijlage 2: Grafiek frequentie voorkomende beperkingen



Grafiek 5: Voorkomende beperkingen

VB = Verstandelijke beperking; ASS = Autisme Spectrum Stoornis; ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder;
 SEO = Sociaal Emotionele Ontwikkeling; OCD = Obsessief compulsieve stoornis; COPD = Chronische Obstructieve longziekte.

Bijlage 3: Onderwerpen semigestructureerde interviews

Pijler 1: Onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie

Frequentie	Positieve ervaring/ wat heeft het opgeleverd
9/10	Door de onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie biedt je als begeleider meer veiligheid en vertrouwen. Cliënten kunnen terugvallen op begeleiders waardoor onrust en stress afneemt.
6/10	Het zorgt ervoor dat je je cliënt beter gaat begrijpen.
5/10	Door de betere relatie ontstaat er meer rust en ontspanning op de woning, waardoor zowel cliënt als begeleider meer kan genieten.
5/10	Het is belangrijk om je grenzen kenbaar te maken bij cliënten. Open communiceren met je cliënt brengt je verder.
4/10	Begeleiders zijn nog meer gaan beseffen hoe belangrijk het is dat je de cliënt goed moet leren kennen, anders kan je niet een onvoorwaardelijk ondersteuning bieden.
4/10	Cliënten mogen zijn wie ze zijn.
4/10	Mijn werk is creatiever geworden. In het contact met cliënten kan humor een goede manier zijn om spanning om te zetten.
4/10	De Triple-C theorie heeft onderbouwing gegeven om als begeleider fijner en op een natuurlijker manier te werken. Omdat de begeleider natuurlijker overkomt, krijg je een beter binding met je cliënt. Doe maar normaal, zo normaal mogelijk.
3/10	De cliënt heeft vooruitgang geboekt naar een normaal leven.
3/10	Oude patronen doorbreken is goed. Het is soms lastiger voor begeleiders dan voor cliënten. Cliënten volgen uiteindelijk wel de begeleiders. Hoe langer een woning de Triple-C goed beheers des te makkelijker gaan nieuwe cliënten meedraaien en wordt het steeds meer normaal.

Frequentie	Wat kan er beter/ wat maakt de uitvoering lastig
10/10	Bij deze doelgroep kost het veel tijd om een goede band op te bouwen. Je hebt gemiddeld een half jaar nodig om een basis relatie op te bouwen en gemiddeld na 2 jaar heb je een goede band opgebouwd met de cliënt. In de tijd dat je die band opbouwt heb je meer geduld nodig omdat cliënten nog veel onrust ervaren en meer storend gedrag. Het is een periode waar je continu doorheen moet gaan.
9/10	Het team kan nog stabiel zijn dan dat het nu is. Wisselingen in vast personeel, werken met verschillende flexers zijn met name een extra factor voor onrust bij cliënten.
6/10	Nieuw personeel en flexers hebben (nog) geen band met cliënten waardoor signalen vanuit cliënten soms gemist/ niet herkend worden.
6/10	Je hebt te maken met cliënten die gedrag vertonen dat je werk soms lastig en belastend maakt.
5/10	Je merkt bij cliënten duidelijk aan het gedrag dat er geen goede relatie is en dat ze de situatie eng of onzeker vinden.
5/10	Flexers op de woning zorgen ervoor dat vaste begeleiders meer werkdruk ervaren. Je kan er niet onvoorwaardelijk voor je cliënt zijn als je je aandacht moet verdelen en ook een flexer moet aansturen. Het zou wenselijk zijn als er bekende gezichten (vaste flexers) op de groep staan. Door bezetting schiet je soms in beheersing van het zichtbare gedrag en beantwoord je niet aan de vraag die erachter ligt.
2/10	Met 2 begeleiders op een woning staan met 7 cliënten zorgt er soms voor dat je er niet voor iedere cliënt onvoorwaardelijk kan zijn.
1/10	Woning is te klein qua ruimte. Cliënten zijn druk en raken gespannen, ze reageren op elkaar waardoor het te onrustig wordt op de woning.

Pijler 2: Betekenisvolle invulling van het dagelijks leven

Frequentie	Positieve ervaring/ wat heeft het opgeleverd
9/10	Er wordt een vast dagprogramma gehanteerd.
9/10	Het programma gaat altijd door. (5/10 geeft wel aan dat hoge uitzonderingen, zoals bij slecht weer, er wordt afgeweken van het programma.)
9/10	Door het bieden van een duidelijke structuur schep je vertrouwen en voorspelbaarheid bij je cliënten.
9/10	We werken volgens samen 100%. Je bent als begeleider alert op het kunnen en aankunnen van de cliënt en speelt hierop in.
9/10	De taken zijn veel meer verdeeld. Cliënten doen en kunnen meer, er ontstaat groei.
8/10	Cliënten hebben plezier in het feit dat je ze iets laat doen. De dag is voller, ze hebben meer invloed op hun eigen leven en krijgen hierdoor meer vrijheid.
8/10	De nadruk ligt op de goede momenten en wat een cliënt wel kan.
7/10	Cliënten krijgen complimentjes, een dankjewel moment en zijn zinvol bezig.
6/10	Begeleiders nemen minder over van cliënten. Het is leuk om te zien dat cliënten het leuk hebben en trots zijn als taken lukken.
6/10	Het vaste dagprogramma geeft begeleiders ook structuur en houvast. Je kan altijd ergens op terugvallen.
5/10	Het is belangrijk om binnen het team een open communicatie te hebben. Als een collega het moeilijk heeft of over eigen grenzen heen gaat, dan kan dat besproken worden en opgevangen worden door de rest van het team.
2/10	Door de structuur en duidelijkheid herpakken cliënten zich sneller. Activiteiten stagneren niet meer door bepaald gedrag omdat cliënten leren dat een activiteiten hoe dan ook wordt afgerond.

Frequentie	Wat kan er beter/ wat maakt de uitvoering lastig
5/10	Het is lastig om alsnog door te gaan met het dagprogramma of een activiteit als een situatie met een cliënt escaleert en moeilijk verstaanbaar gedrag laat zien. Afweging: doorgaan of meer overnemen en snel afronden omdat je de veiligheid van andere cliënten moet waarborgen.
5/10	Het is soms lastig om niet op automatische piloot taken over te nemen van cliënten. Vanuit zorg instinct willen we veel doen voor cliënten. Daarnaast wil je ook aan de cliënt laten zien dat je er bent voor ze en dat ze je kunnen vertrouwen.
5/10	Een activiteit of taak samendoen met je cliënt vraagt geduld en tijd. Geduld kan je opbrengen, maar tijd kom je tekort op een woning. Als er in het huishouden veel gedaan moet worden op een dag, gaat dat sneller als je dat zelf als begeleider doet. Een ander voorbeeld is dat je met 2 mensen op een woning staat en 's ochtends in anderhalf uur vijf of meerdere cliënten klaar moeten staan.
4/10	Het is lastig om cliënten die weinig aandacht vragen op een groep, actief te betrekken bij taken. De focus ligt soms binnen de woning op één of een paar cliënten die meer verbaal en non-verbaal vragen.
4/10	Als je met flexers werkt speel je sneller of safe en komt er meer op de schouders van een vaste begeleider.
4/10	Flexers en nieuwe medewerkers nemen nog vrij snel taken en activiteiten over.
4/10	Moeilijk om te bepalen of je niet de grens van iemand capaciteiten hebt behaald. Voorbeeld ouder wordende cliënten: Hoe behoud je dan de capaciteiten die er zijn en zorg je dat een cliënt niet gefrustreerd raakt omdat hij iets niet meer kan.

Pijler 3: Anders kijken naar probleemgedrag

Frequentie	Positieve ervaring/ wat heeft het opgeleverd
9/10	Begeleiders leggen geen focus meer op het negatieve gedrag wat speelt of heeft gespeelt.
8/10	Er wordt binnen de woning actief gekeken naar alle mogelijke veranderingen in het leven van de cliënt om gedrag te verklaren. Er wordt gekeken naar het team/familie/werk/dagprogramma/gebeurtenissen/feestdagen/andere cliënten.
7/10	Communicatie tegenover de cliënt is anders. In plaats van "hou eens op met schreeuwen" laten begeleiders aan de cliënt merken dat ze worden gehoord: "Ik hoor dat er iets is, wat is er aan de hand."
6/10	Spanning weg halen bij cliënten door te communiceren. Door uit te stralen dat het niet erg is dat een activiteit niet door gaat, zal de cliënt daar makkelijker mee om gaan. Eerlijk dingen zeggen, zoals ze zijn.
6/10	Begeleiders gaan geen situaties uit de weg omdat ze het probleemgedrag willen vermijden.
6/10	Als begeleider ben je nu meer alert op de dingen die er omheen spelen om te kijken of er meer kan spelen bij een cliënt.
5/10	Wat heb je nodig: Open communicatie binnen het team: Elk incident wordt genoteerd en/of besproken binnen het team zodat uitgezocht kan worden wat erachter ligt. Belang van signalen ontvangen van andere begeleiders en daarover in gesprek gaan.
4/10	Wat heb je nodig: Teamoverleg is belangrijk. Soms denk je al begeleider dat iets normaal is, maar blijkt het alleen op jouw werkdagen voor te komen. In gesprek met collega's kom je daarachter.
4/10	Het is belangrijk om je cliënt serieus te nemen als die verbaal of non-verbaal wat vraagt. Cliënten moeten zich gehoord voelen.
4/10	Beeldvorming van cliënten geeft je energie en uitdaging om weer verder te gaan. Niet op het negatieve gedrag zitten maar kijken naar wat de cliënt wil.
3/10	Belangrijk om het los te laten als niet tot een verklaring komt van het gedrag.

Frequentie	Wat kan er beter/ wat maakt de uitvoering lastig
6/10	Het is soms een heel lang proces om erachter te komen wat er precies achter het probleemgedrag schuilt. Soms krijg je ook geen antwoord op wat de oorzaak is. En in die periode dat het we onderzoeken wat het is, moet je nog steeds je cli
3/10	Blijft een uitdaging om op het moment dat iemand je slaat een houding aan te nemen waarin je het gedrag afkeurt, maar de persoon zelf niet.
3/10	Soms lastig om als begeleider er open in te gaan als de afgelopen dagen fysiek het gedrag hebt moeten incasseren.
2/10	In alle drukte op een woning heb je soms de neiging om te reageren op het gedrag wat in het moment zichtbaar is.
2/10	Doordat je als begeleider nu veel meer alert bent op alles wat er speelt kan je ook overprikkelt raken.
2/10	Lastig als mensen afhaken en niet meer kunnen of willen werken omdat ze te veel fysiek moeten incasseren. Je wil geen M&M toepassen, maar dat vraagt soms wel veel.
1/10	Er is geen tijd en mogelijkheid binnen het team om te praten over dingen die spelen bij cliënten. Tijdens een dienst kan niet, omdat cliënten dan dingen opvangen en dat zorgt voor onrust. Het teamoverleg is te kort om alle cliënten op de woning te bespreken.
1/10	Bij het schrijven van de rapportages/overdracht mag meer focus op positieve dingen, niet alleen wat er fout ging en wat je die dag als begeleider hebt geïncasseerd.

Algemeen betreffende uitingen over Triple-C

Frequentie	Positieve ervaring/ wat heeft het opgeleverd
10/10	Het is fijner om met Triple-C te werken.
8/10	Sinds de invoer van Triple-C zijn er geen of minder M&M op de woning.
6/10	Tijdens de teamdag/bijeenkomst wordt er ook aandacht besteed vanuit Triple-C.
6/10	Coach heeft een belangrijke rol bij het invoeren van Triple-C op de woning
4/10	Coach is niet alleen in het begin nodig, maar we ontvangen nog steeds een coach op de woning die van belang is.
4/10	De driehoek met de manager en orthopedagoog is belangrijk. Triple-C heeft ervoor gezorgd dat het samenwerken met deze disciplines makkelijker is.
4/10	Binnen de woning kijken begeleiders met elkaar mee om te leren en geven we elkaar feedback.
4/10	Je moet soms wel afwijken van de theorie. Plexiglas voor de tv is niet normaal, maar als de tv daardoor wekelijks kapot gaat en andere cliënten daar last van ondervinden, dan moet er toch weer plexiglas voor de tv. Vermijd: Nee dat mag niet, want dat is niet triple-c.
3/10	Manager is betrokken bij de woning en is belangrijk voor het faciliteren van zaken.
2/10	Wij hebben een goed lijntje met de orthopedagoog en kunnen op hem/haar terugvallen.
2/10	Wij hebben op onze woning vaste flexers en dat maakt de uitvoering van triple-c soms makkelijker.
2/10	We hoeven geen extra theorie dagen. Een coach die tijdens teamoverleg aansluit en dingen bespreekbaar maakt en zaken belicht, daar hebben wij voldoende aan.

Frequentie	Wat kan er beter/ wat maakt de uitvoering lastig
6/10	Nieuwe mensen zouden sneller en beter getraind moeten worden in de triple-c. Vooral flexers blijven in beheersing, ze moeten het belang van Triple-C inzien. Nieuwe medewerkers worden nu eerst op de woning ingewerkt en krijgen daarna pas de theorie. De trainingen worden in lichten gegeven en sluiten hierdoor niet aan bij het inwerken van mensen.
5/10	Behoeft aan meer Triple-C dagen om de stof bij te houden en dingen te bespreken waar we tegenaan lopen.
4/10	Ouder wordende cliënten: Vertaalslag maken van de theorie naar praktijk. Voorbeelden in de training zijn vooral gericht op jongere doelgroepen. Als iemand vanwege ouderdom achteruit gaat, zal je ook weer dingen moeten gaan overnemen.
3/10	Veel wisselingen van managers en/of orthopedagogen in de afgelopen jaren. Niet bevorderlijk voor het team.
2/10	Afstand binnen de driehoek naar manager en orthopedagoog is soms groot. Sommige begeleiders binnen de woning vinden het lastig om een beroep te doen op de manager of orthopedagoog. Hierdoor komen er niet snel genoeg signalen vanuit de woning.
2/10	Meer begeleiding voor de begeleiders die het lastig vinden om vanuit triple-c te werken.
2/10	Een groot team maakt het lastig om alle neuzen één kant op te krijgen in de uitvoering van een plan.
1/10	Pas als het helemaal fout gaat krijgen we de ondersteuning die we nodig hebben op de woning. Die goede ondersteuning willen we ook als het goed gaat op de woning.
1/10	Het is lastig om in een team te werken waar niet iedereen de visie van triple-c draagt. Er zijn te veel begeleiders op de woning die de hakken in het zand zetten als het gaat om doorvoeren van veranderingen.

Bijlage 4: Formulier aanlevering stellingen

Studentnummer: 302119
Naam student: Saskia Bijenhof
Onderwerp scriptie: Effectiviteit van Triple-C

Stelling 1

Iedere begeleider die niet kan werken volgens de principes van Triple-C heeft niks te zoeken binnen de verstandelijk gehandicapten zorg.

Stelling 2

Triple-C werkt alleen optimaal als je zonder flexers werkt.

Stelling 3

Triple-C komt alleen tot zijn recht binnen woningen waar een op een begeleiding wordt gegeven aan cliënten.

Stelling 4

Straffen en belonen van cliënten kan niet gecombineerd worden met het model Triple-C.

Stelling 5

Middelen en Maatregelen (M&M) zullen altijd noodzakelijk blijven.