

Een goed leefklimaat in de residentiële zorg voor kinderen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking is een voorwaarde voor effectieve behandeling

G.H.P. van der Helm en K. Raemdonck

1. Het residentiële behandelklimaat voor cliënten met een LVB

soms kunnen kinderen of (jong) volwassenen niet meer thuis blijven wonen vanwege de ernst van de problemen die hun beperking of hun gedrag met zich meebrengt. Het gaat dan vaker om risicovol, agressief of crimineel gedrag. Ook kan het zijn dat ouders of overige gezinsleden, zelfs met hulp, hun eigen problemen niet meer aankunnen en hun kind té weinig steun kunnen bieden. Wanneer dagbehandeling of ontoereikend zijn, kan residentiële zorg aangewezen zijn.

De doelstelling van opname in een residentiële behandeling instelling heeft als doel ontwikkeling, rehabilitatie en maatschappelijke re-integratie. Deze doelen zijn echter bij kinderen en jongvolwassenen met een LVB niet eenvoudig te realiseren en veel van hen zullen waarschijnlijk hun leven lang zorg en begeleiding nodig hebben in een steeds complexer wordende samenleving. Om de behandeling vorm te geven kunnen verschillende behandelmethoden ingezet worden, maar voor de effectiviteit daarvan is bij mensen met een LVB, ondanks een toenemend aantal publicaties en verschillende metastudies met positieve resultaten, nog beperkte evidentie. Daarnaast is het dagelijks leven in de residentiële instelling, waarbij mensen begeleid worden door geschoolde medewerkers een andere belangrijke vorm van behandeling: 'de kracht van gewone leven', ook wel 'sociotherapie' genoemd (Souverein, Van der Helm & Stams, 2012). Sociotherapie gaat ervan uit dat een gereguleerde en genormaliseerde omgang in een instelling een belangrijke stress reducerende werking heeft, waardoor ontwikkeling en (hersens)groei weer mogelijk worden (Stams & Van der Helm, 2015). Deze stressreductie op grond van een voorspelbaar leefklimaat ('Rust, Reinheid, Regelmaat en Contact'), zijn ingrediënten waar juist kinderen en volwassenen met een LVB van kunnen profiteren. Voorspelbaarheid kan vaak de meest urgente problemen stabiliseren zodat therapie, onderwijs, behandeling en eventuele vervolgotrajecten na residentiële behandeling in zicht kunnen komen. De nadruk 'op het gewone leven' grijpt in op de basale menselijke behoefte om 'erbij' te mogen horen en om contact te kunnen hebben met anderen, om enige voorspelbaarheid te kunnen ervaren in

het leven, en op de wens tot zelfbeschikking en het kunnen ervaren van perspectief (Schermer, 2015, p. 23). Deze basale menselijke behoeften kunnen in een residentiele setting worden vertaald in 'het leefklimaat', soms ook 'het behandelklimaat' genoemd (deze termen worden in dit hoofdstuk als synoniemen gebruikt). Het leefklimaat verwijst naar de aan- of afwezigheid van voornoemde uitgangspunten: contact, groei, structuur en veiligheid en zelfbeschikking met zo min mogelijk dwang (ook wel 'repressie' genoemd) (Van der Helm, 2012; De Valk, Van der Helm, Beld, Schaftenaar, Kuiper & Stams, 2015). In navolging van Trieschmann, Brentro en Witthaker (1962) en Kok (1991) is het van groot belang om altijd goed naar de kwaliteit van dit behandelklimaat te kijken. Kok noemt dit de 'eerstegraads strategie'. Volgens Kok is het vervolgens belangrijk te kijken hoe de eerstegraads strategie en de specifieke inkleuring voor een individu (de zogenaamde 'tweedegraads strategie' (denk aan een individueel beloningssysteem binnen de leefgroep) en de derdegraads strategie bijvoorbeeld een individuele therapie als ART buiten de leefgroep) op elkaar inwerken en elkaar kunnen versterken. In navolging van Kok denken wij dat de tweede- en derdegraads strategie pas werkzaam kunnen zijn als de eerstegraads strategie, dus het leef- of behandelklimaat, op orde is en er sprake is van enige stabilisatie en stressreductie bij een individu (Arden & Linfort, 2008).

2. Het leef- of behandelklimaat

Er is nog weinig empirisch onderzoek gedaan naar de karakteristieken van het leef- of behandelklimaat en hoe een goed leef- of behandelklimaat in te richten, vooral als het gaat om cliënten met een licht verstandelijk beperking. In Nederland wordt in residentiele settings vaak het competentiemodel gebruikt. Maar ook hier is nog weinig empirisch onderzoek naar. Een methode mag niet te veel cognitieve elementen bevatten omdat deze cliënten daar moeite mee hebben vanwege hun beperking. Een behandelsetting met veel cognitieve elementen kan juist voor deze cliënten, die vaak meer baat heeft bij praktisch oefenen, veel 'sociale nadeelsituaties' opleveren, die weer tot agressie en verdere problemen kunnen (Van der Helm, Matthys, Moonen, Van der Heide, Giessen, & Stams, 2011). De belangrijkste sociale nadeelsituaties voor cliënten met een LVB zijn volgens Van der Helm et al. (2011): problemen met *peers* (bijvoorbeeld uitgelachen worden), problemen met hulp vragen/geven, problemen met autoriteit accepteren en problemen met competitie. De gevoeligheid van cliënten met een LVB voor deze sociale nadeelsituaties

verzwaart het realiseren van een positief leef- of behandelklimaat, wat de effectiviteit van de behandeling kan beïnvloeden (Souverein e.a., 2012). Zo kan een voor gemiddeld begaafde mensen 'normale' sociale situatie (zoals bijvoorbeeld het accepteren van autoriteit en gezag in een hiërarchische setting) voor cliënten met een LVB heel moeilijk zijn.

Recent zijn een aantal overzichtsstudies gepubliceerd over de effectiviteit van (gedwongen) behandeling die laat zien dat opgenomen kinderen en jong volwassenen met gedragsproblemen, waarvan naar schattingen meer dan de helft een LVB heeft, kunnen profiteren van deze residentiële behandeling (Souverein e.a., 2012). Maar recent onderzoek toont tevens aan dat een open leefklimaat daarbij cruciaal is om cliënten te kunnen stabiliseren en behandelen (Schubert, Loughran, Muvey & Loyosa, 2011; Parhar, Wormith, Derksen, & Beauregard, 2011). De zeven belangrijkste kenmerken van een open leefklimaat zijn (a) contact maken met cliënten ('Responsiviteit', Van der Helm, 2011); er voor zorgen dat cliënten de noodzaak van hun residentiële behandeling begrijpen en kunnen leren van hun behandeling (2-'Groei'); en het zorgen voor een goede 'atmosfeer' (3-'Structuur, veiligheid en positieve onderlinge contacten'). Dit alles dient te worden georganiseerd met zo min mogelijk dwang en straf, zonder veel- en vaak voor de cliënt onbegrijpelijke regels, met maximale duidelijkheid, met structuur en oog voor zelfbeschikking (4-'Geen repressie'). Een open leefklimaat wordt verder gekenmerkt door een adequate conflicthanteringsstijl door begeleiders, gericht op het oplossen van problemen in plaats van strijd en dominantie (5- 'Adequate conflicthantering bij sociale probleemsituaties', Van der Helm & Stams, 2012), waarbij cliënten te allen tijde worden gerespecteerd (6-'Niet de cliënt afwijzen maar diens gedrag'). In een open leefklimaat voor kinderen en volwassenen met LVB is ook sprake van een duidelijke dagstructurering (7-'Dagstructuur') omdat deze cliënten moeite hebben om zelf structuur in hun dag aan te brengen (waarbij het aanleren om zelf structuur in de dag aan te brengen tevens een belangrijk behandeldoel kan zijn).

Deze zeven elementen kunnen worden ingezet om een effectief behandelklimaat in te richten. De kwaliteit van het leef- of behandelklimaat kan inmiddels met betrouwbare en valide meetinstrumenten gemeten worden die speciaal voor cliënten met een LVB ontwikkeld zijn. Er zijn inmiddels ook meetinstrumenten die in de dagbesteding en in de klas kunnen worden ingezet (<http://www.hsleiden.nl/residentiele-jeugdzorg>). Deze meetinstrumenten bieden instellingen inzicht in de sterke en zwakke kanten van het

behandelklimaat op de groep, alsmede het klimaat dat medewerkers ervaren (het zogenaamde 'werkklimaat').

In de praktijk blijkt het blijvend realiseren van een open leefklimaat moeilijker te zijn dan gedacht omdat de cliënten vaak ernstige gedragsproblemen blijven vertonen waardoor het lijkt alsof dit behandelklimaat niet werkt. Een negatieve spiraal treedt dan in werking. Agressie leidt hierbij tot contactafname tussen begeleiders en cliënten, die hier vanwege hun problematiek echter juist het meeste baat bij zouden kunnen hebben. Er ontstaat weer een gesloten klimaat omdat medewerkers negatieve beelden over een cliënt gaan internaliseren en hier naar gaan handelen (Van der Helm & Stams, 2012). In een gesloten leefklimaat is er veel (macht)strijd tussen de begeleiders en de cliënten en tussen cliënten onderling. Dat uit zich vaak in onderling antisociaal gedrag, wantrouwen, oneerlijkheid, liegen, bedriegen en bedreigen, stelen en veel dominant gedrag. Begeleiders proberen dit tegen te gaan en gebruiken daarbij ook repressieve technieken (gaan beheersmatig werken). Dit leidt tot nog meer negatieve interacties onderling en kan leiden tot dominant- en positioneringsgedrag door begeleiders om controle te verkrijgen of te behouden en ter bescherming van de eigen reputatie. Dit leidt niet zelden tot meer agressie bij cliënten (Van der Helm & Stams, 2012; De Valk e.a., 2015) en tot dysfunctionele manieren van conflicthantering zoals uitsluiten, forceren (dit zijn twee agressieve probleemoplossingsstrategieën), of toegeven en vermijden (dit zijn twee submissieve probleemoplossingsstrategieën). Recent is er neurobiologische evidentie gevonden voor het optreden van deze processen, waarbij stress op de leefgroep bij zowel begeleiders als bij cliënten leidt tot een verschuiving van de hypofyse-hypothalamus-bijnierschors as, waardoor beiden meer op zichzelf gericht worden met als gevolg contactafname en 'vecht-vlucht-bevries of vermijd' reacties tot gevolg. Onder stress, kunnen zowel begeleiders als cliënten verschillende reacties vertonen. Stress veroorzaakt veel onvoorspelbare reacties van begeleiders en cliënten op de groep (ook wel negatieve transactionele- of groepsdynamische processen genoemd; Sameroff, 2009). En juist deze onvoorspelbaarheid is voor cliënten met een LVB die immers veel structuur nodig hebben en minder goed kunnen relativeren, extra moeilijk te hanteren en leidt in de regel tot nog meer submissief of juist meer agressief gedrag (Van der Helm e.a., 2012). Er kan dan sprake zijn van een negatief behandel-effect.

Ook de begeleiders hebben hier van last van, wat zich kan uiten in hoger ziekteverzuim, demotivatie, werkweigering, problemen thuis en mogelijk overspannenheid (Lambert, Altheimer, Hogan, & Barton-Bellessa, 2011). Het volgende voorbeeld (zie kader) is uit de praktijk ontleent om een indruk te geven van bovenstaande transactionele of groepsdynamische processen in een instelling voor jongeren met een LVB.

Een karikatuur? U stapt een behandelgroep voor cliënten met een LVB en gedragsproblemen binnen. De woonkamer is ter nauwer nood ingericht, er zijn stukken uit de bank en uit de gordijnen; de tafel is nog niet afgeruimd. Sterretjes in de ruit, plantjes in de tuin kapot getrapt. De kamers van de cliënten zijn rokerig en benauwd, veelal heet, uit sommige (afgesloten) kamers komt zeer luide muziek. De wel aanwezige cliënten hangen op de bank, groeten niet of groeten met een scheldwoord. Een grote rode lijn voor de kantooruimte duidt aan tot waar de cliënten welkom zijn. In het kantoor mogen ze al helemaal nooit komen. De roosters van het personeel die daar hangen laten veel uitval door ziekte zien zodat er veel flexibele inzet nodig is (uitzendkrachten). Rondlopend hoort u meermaals het alarm afgaan, er is geschreeuw en u ziet rondrennend personeel en u voelt de onrust. Een jongere wordt op het plein gefixeerd en door meerdere personeelsleden naar een afzonderingsruimte gebracht. Leidinggevende en gedragswetenschapper werken in het hoofdgebouw; ze kunnen weinig aanwezig zijn en zien daarom vaak niet wat er op de werkvloer gebeurt. Medewerkers voelen zich in de steek gelaten en negeren ongewenst gedrag van een cliënt (die op het dak staat).

Het kan ook anders. U stapt een behandelgroep voor cliënten met een LVB en gedragsproblemen binnen. De ruimte is schoon en oogt gezellig. Een cliënt ziet u binnekomen en stelt zich voor; 'ik ben Mike', u heeft meteen contact met Mike wanneer u vertelt wat u komt doen. De anderen zijn er niet want bijna iedereen is naar school, dagbesteding of therapie. U drinkt een kopje thee met de cliënt en zijn begeleiders. De cliënt biedt u aan zijn kamer te laten zien. Die hangt vol met raceauto's. Mike is zichtbaar trots op zijn raceauto's. Een gesprek over raceauto's laat zien dat Mike daar veel meer van weet dan u. U voelt zich welkom, en Mike voelt zich gewaardeerd (transactionele processen).

3. Groepsdynamica in relatie tot begeleiders van mensen met LVB

Begeleiders staan voor de lastige taak om structuur te bieden om chaos en verveling tegen te gaan en leermogelijkheden te bieden aan de cliënten. Daarnaast wordt van hen verwacht dat ze flexibel en empathisch zijn en in contact treden met diezelfde cliënten die vaak niet gemotiveerd zijn of soms regelrecht antisociaal en agressief gedrag laten zien (Van der Helm, Boekee, Stams, & Van der Laan, 2012). In zorginstellingen met een positief klimaat kunnen cliënten omgaan met sociale probleemsituaties, zoals in het nadeel zijn, competitie aangaan

en/of verliezen, accepteren en geven van hulp en omgaan met autoriteit. (Van der Helm e.a., 2012). Voor begeleiders is het vinden van de balans tussen controle en flexibiliteit een moeilijke opgave. Begeleiders van mensen met LVB zijn, vooral wanneer er onvoldoende feedback is van leidinggevenden en gedragswetenschappers (Van der Helm, Boekee, Stams & van der Laan, 2012) soms geneigd als oplossing voor professionele hulpeloosheid de 'harde' aanpak te kiezen (Ibsen, 2014; Van der Helm & Stams, 2012; De Valk, van der Helm, & Stams, 2015), wat een effectieve behandeling in de weg kan staan.

Opvoeden, conflicten oplossen en corrigeren dienen door begeleiders op een adequate wijze te worden gedaan. Dit vraagt om een combinatie van probleem oplossen (contact) en soms forceren (structuur handhaven.) Dit vereist veel stabiliteit (en een lage emotionele expressie) van de begeleiders (Van der Helm & Stams, 2012). Om groepsdynamica en professioneel handelen beter te kunnen begrijpen en verklaren is het van belang om het verschil te zien tussen de ervaren aantasting van de eigen integriteit en de bedreiging door het probleemgedrag van cliënten en wat de werkelijke oorzaak en het doel is van dit gedrag door de cliënt (Van der Helm & Stams, 2012). In alle conflicten zullen begeleiders responsief moeten reageren op het gedrag van de cliënten; immers, responsiviteit is een belangrijk mediërende factor bij agressieregulatie en het creëren van een therapeutische alliantie (Roest, Van der Helm, Strijbosch, Brandenburg & Stams, 2015). Het is voor begeleiders daarom noodzakelijk terug te kunnen vallen op de ondersteuning van het team, de collega's en de leidinggevenden en ondersteunende afdelingen van de organisatie (Van der Helm, Boekee, Stams, & Van der Laan, 2011). Deze steun kan gezien worden als onderdeel van het werkklimaat. Onderzoek bevestigt dat een open werkklimaat samenhangt met een open leefklimaat en vice versa (Dekker, 2012). Organisatiecultuur, het management, de teams, de individuele begeleiders en de cliënten bepalen samen het leef- en werkklimaat. Het leefklimaat in gesloten groepen voor mensen met LVB is in het meest gunstige geval een meta-stabiel evenwicht, waarin destabilisatie en incidenten continu op de loer liggen. Wanneer alle medewerkers (begeleiders en management) zich echter verbinden aan de gestelde behandeldoelen, zich focussen op de ontwikkeling van hun cliënten, zowel elkaar als de cliënten steun bieden en een positieve sfeer creëren (veiligheid, structuur en interpersoonlijk contact), zullen cliënten profiteren van deze aspecten van het open leefklimaat.

4. Nieuwe afdelingen

Nieuwe afdelingen of nieuwe instellingen kunnen model staan voor de groepsdynamiek en transactionele processen tussen cliënten en medewerkers. Onderzoek naar transactionele processen leert dat, onder druk van bedreiging en agressie door of in omgang met cliënten met een LVB en dominant gedrag, ook begeleiders dominant- of positioneringsgedrag vertonen. Dit is vaak het gevolg van een onveilig en onzeker werkklimaat (Van der Helm & Stams, 2012). Dergelijke processen treden eerder op in nieuwe groepen of locaties waar begeleiders, cliënten en het management nog moet leren om samen te leven en samen te werken. Een dergelijk ontwikkelproces kost tijd en kan gepaard gaan met problemen en conflicten. Wanneer hier niet adequaat op wordt gereageerd, kan dit niet alleen de leefgroep maar zelfs de hele instelling destabiliseren, mede doordat door de onrust begeleiders continu elders bij moeten springen.

Een voorbeeld gemodelleerd naar de praktijk: de start van een nieuwe behandelgroep

De eerste dagen van een nieuw geopende groep zijn vaak rustig. Men geniet van de nieuwe inrichting en de extra groene tuin, de cliënten en de begeleiders moeten elkaar nog leren kennen evenals de begeleiders en het management. Maar al snel vertoont deze ogenschijnlijke rust de eerste scheurtjes in het leefklimaat. Vaak start men een nieuwe groep met een duidelijke visie, uitgewerkt door het management of een projectgroep. Niet alle begeleiders accepteren deze visie echter en ze kennen de visie ook niet allemaal even goed. Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden zijn niet helemaal duidelijk. Begeleiders voelen zich nog niet zeker ten opzichte van elkaar, de regels, en de dagroutines en weten niet altijd wat te doen in geval van nood of crisis. De eerste nachten en weekends roepen al snel vragen op: bijvoorbeeld over wie te bellen wanneer iets mis gaat. En er ontstaan al snel voor de hand liggende oplossingen die vaker uitlopen op fixatie en separatie. Kort hierna is te zien dat niet alle begeleiders hetzelfde (professionele) gedrag laten zien, zeker in de wat meer problematische situaties (Van der Helm e.a., 2012). Daarnaast krijgen de begeleiders ook te maken met inconsistente en onverwachte reacties van de cliënten. Bij groepsleider A mogen cliënten bijvoorbeeld roken wanneer ze willen, bij B alleen op de vooraf afgesproken momenten. Cliënten reageren op deze verschillen omdat ze afhankelijk zijn van de begeleiders en voelen het niet mogen roken als een nadeelsituatie. De scheuren in het leefklimaat worden groter en de kwaliteit daalt wanneer sommige begeleiders wegstappen of toestaan (dysfunctionele conflicthantering; Van der Helm & Stams, 2012), uit angst voor agressie of gewoon uit moeheid ten gevolge van de dagelijkse strijd. Op hetzelfde moment zijn er andere begeleiders die juist meer richtlijnen en afspraken gaan opstellen als reactie op het problematische gedrag van de jongeren ('roken mag alleen op de afgesproken momenten als het bord is leeg gegeten'). Gehospitaliseerde cliënten zien deze tegenstellingen en kunnen het systeem gaan bespelen en uitspelen (Haralambolos & Holbourne, 2007). Zo krijgen deze cliënten meer zaken voor elkaar en nemen ze al snel een bepaalde positie in de groep

(dominantiegedrag). Door deze voorrechten te ervaren kunnen ze hun positie versterken en krijgen ze meer macht. Andere cliënten die minder vaardig zijn laten soms wanhoopsdaden zien, zoals bijvoorbeeld het klimmen in een 10 meter hoge lichtmast. In een steeds meer gesloten wordend leefklimaat worden cliënten en begeleiders bang voor elkaar en bevechten ze nog meer hun posities: ieder voert zijn eigen overlevingsstrijd (Van der Helm e.a., 2011).

5. Conflicthantering

Om inzicht in de wijze van conflicthantering in de leefgroep te hebben, is het nodig te weten welke conflicttypes er kunnen zijn (De Dreu, 2004). Er zijn taakconflicten ('Wie wast vandaag af?') die relatief makkelijk op te lossen zijn en er zijn sociaal-emotionele conflicten ('Jij wast nooit af') die meer problemen kunnen opleveren. In nieuwe groepen kunnen taakconflicten al snel overgaan in sociaal-emotionele conflicten, door het corrigerende optreden van de begeleiders (hanteren van het machtsverschil. Sociaal-emotionele conflicten zijn moeilijker te begrijpen of op te lossen en vragen vaak een gecombineerde aanpak van forceren (beheersen) én oplossingsgericht werken. Alleen forceren zonder oplossingsgericht te werken is in het algemeen dysfunctioneel (De Dreu, 2004) en leidt vaak tot wrok, weerstand, indirecte agressie, escalaties en emotioneel denken ('Jij mag me niet en je hebt de pik op me'), met name door cliënten met een LVB die moeite hebben de complexe groepssituaties te overzien. Emotioneel denken (Goldberg, 2009), denkfouten en stress komen niet alleen voor bij de cliënten maar ook bij begeleiders. Typische denkfouten van cliënten en begeleiders kunnen zijn 'uitgaan van het ergste', 'egocentrisch denken', 'anderen de schuld geven', en 'minimaliseren'

Begeleiders zijn zich niet altijd bewust van deze groepsdynamische processen omdat ze er onderdeel van zijn. Als het leefklimaat verslechtert en het adequaat probleem oplossend gedrag vermindert, krijgen begeleiders de neiging om te gaan forceren (vechten), in de praktijk ook wel 'beheersmatig werken' genoemd of toe te geven of te gaan vermijden (vluchten). Dit veroorzaakt meer positioneringsgedrag tussen cliënten en sommige cliënten kunnen zich onkwetsbaar of ongenaakbaar wanen. Zij hebben dan veel rechten waarvan het weer moeilijk afstand van nemen is zonder gezichtsverlies. Dit kunnen kleine zaken zijn zoals onbeperkt cola drinken of tosti's eten maar ook grotere zaken zoals zelf de dagstructuur bepalen.: cliënten willen niet meer uit bed komen, weigeren medicatie, lopen weg, lappen regels aan hun laars en gedragen zich onbeschoft tegen elkaar en de begeleiders. Toegeven

en vermijden zijn dan dysfunctionele stijlen (De Dreu, 2008) in behandelgroep die leiden tot meer angst, positionerings- en dominant gedrag van alle betrokkenen met vaak een coercieve cyclus tot gevolg (Van der Helm & Stams, 2012).

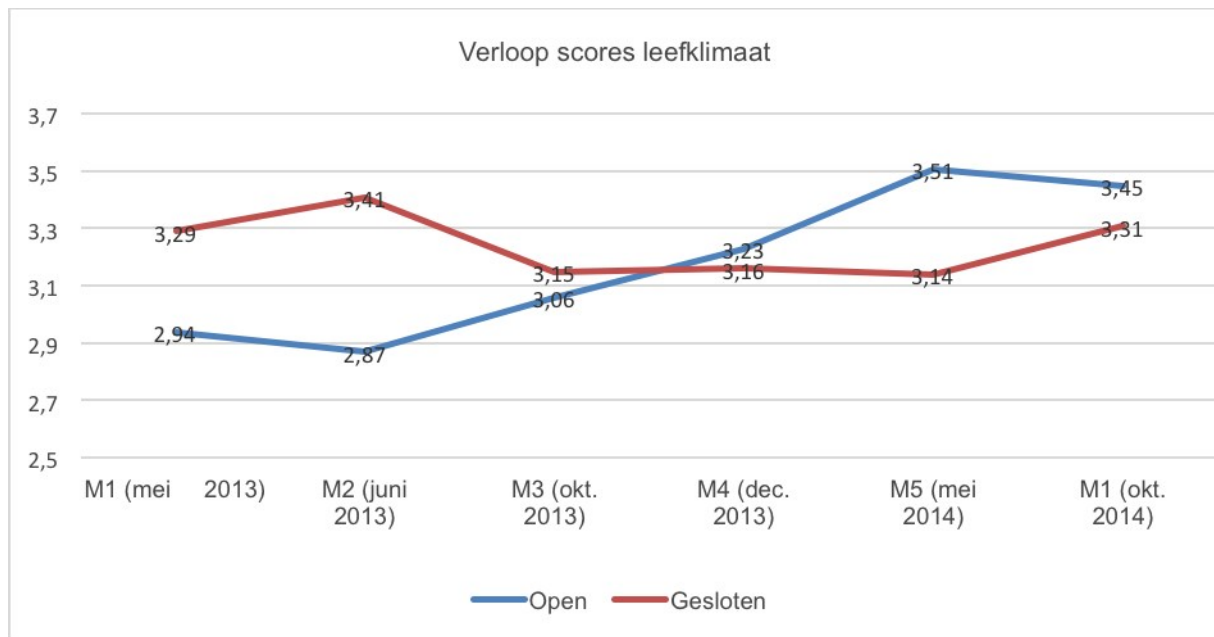
De leidende principes van een goed leef- of behandelklimaat zijn, contact, groei, structuur en veiligheid en zo min mogelijk repressie. Dit vraagt om oplossingen om te voorkomen dat een (nieuwe) leef- of behandelgroep in een negatieve spiraal terecht komt en cliënten en begeleiders zich onveilig gaan voelen. Hierbij is een combinatie van twee belangrijke principes belangrijk: risicotaxatie en limit setting.

Voor iedere cliënt moet een goede risicotaxatie worden gemaakt die medewerkers herkennen en waarnaar ze weten te handelen.

Bij 'limit setting' wordt ervan uitgegaan dat iedere cliënt zoveel vrijheid en autonomie krijgt als die aankan. Dat betekent vaak een omdraaiing van de huidige praktijk (bijvoorbeeld binnen het competentiemodel) waarin er vaak gestart wordt vanuit een situatie met veel beperkingen die door goed gedrag kunnen worden vermindert. Omdat cliënten met een LVB moeite hebben met de consequenties van hun daden te overzien werkt 'limit setting' directer. Er is geen uitgestelde beloning, waar cliënten zoveel moeite mee hebben, maar een directe consequentie van hun daden en altijd een mogelijkheid om de situatie weer te normaliseren (Groeneweg, Van der Helm, Asscher & Stams, 2012). Regelmatige monitoring van het leefklimaat is daarbij nodig om gerichte interventies mogelijk te maken als het leefklimaat dreigt te verslechteren.

6. Een praktijkvoorbeeld

In onderstaande grafiek zijn de resultaten en het verloop van een leefklimaatonderzoek te lezen gedurende 18 maanden bij een instelling voor de behandeling van jongeren met LVB, aan de hand van de genoemde principes van leefklimaatmonitoring. De rode lijn geeft de gesloten (repressieve) elementen in het gehanteerde leefklimaat weer en de blauwe lijn de open elementen in het gehanteerde leefklimaat.



De eerste meting liet zien dat de negatieve elementen in het gehanteerde leefklimaat (rood) overheersten en dat dit in de volgende meting toenam. De blauwe lijn laat een voortdurende licht stijgende trend zien. Bijzonder was in deze periode wel dat uit het leefklimaatonderzoek kwam dat het overgrote deel van de begeleiders vertrouwd werd door de cliënten (de contactdimensie was goed), maar dat er te weinig structuur was, mogelijk als gevolg van het feit dat het een nieuwe groep betrof, waardoor incidenten ontstonden. Deze incidenten leidden tot veel angst en verloop van personeel en tot inzet van uitzendkrachten. Maar ondersteunend en controlerend leiding geven, vasthouden aan de gekozen visie op behandeling en begeleiders daarin ondersteunen had relatief snel effect. Tussen december en oktober 2013 leidde dit tot een omslag van gesloten naar meer open en in mei 2014 tot een leefklimaat dat vergelijkbaar was met dat van een open instelling. Vervolgens was er sprake van een kleine teruggang in oktober 2014 (een voorbeeld van de meta-stabiliteit van het leefklimaat: er is waarschijnlijk voortdurende monitoring nodig om terugval te voorkomen). Maar door de analyse van de onderzoeksresultaten was het in ieder geval duidelijk waar de teruggang aan lag namelijk het onderling wantrouwen tussen de opgenomen jongeren. De volgende metingen moeten laten zien of ingezette maatregelen en de interventies in de teams weer tot verbetering hebben geleid. Het werk is nooit af. Toch blijkt dat herhaald meten van groeps- en teamklimaat, cliënten en medewerkers feedback geeft en dat door de gevonden resultaten te bespreken men haalbare doelen kan stellen. Het gaat soms om zaken die allen betreffen (bijvoorbeeld de snelheid van

klachtenafhandeling) maar vaak ook om individuele zaken (een verjaardag mogen organiseren), maar het gaat altijd om menselijke zaken: de kracht van het leefklimaat zit in het zo veel als mogelijk normaliseren van het bestaan.

Literatuur

Apello, M. & Korrelboom, K. (2006). *Leven met identiteitsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

De Valk, S. , Van der Helm, G.H.P, Beld, M. Schaftenaar, P., Kuiper, C., & Stams, G. (2015). That will teach them to behave! Punishment in secure care. *Journal of Children's Services*, 10, 3-16.

Fontaine, R. G., & Dodge, K. A. (2009). The transactional development of individual social-information processing and aggressive behavior. In A. J. Sameroff (red.), *Transactional processes in development* (pp. 97-117). Washington, DC: American Psychological Association.

Groeneweg, M., Van der Helm, P., Stams, G. J. J. M., & Asscher, J. J. (2012). When I don't get what I want, I take it because it's mine. I-D compensation and incarcerated adolescents in a delayed-return society: An application of Martin's theory. *Psychiatry, Psychology & Law*, 20 (5), 735-748. DOI:10.1080/13218719.2012.730902.

Lipsey, M.W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims and Offenders*, 4, 124-147.

Marshall, W. L., & Burton, D. L. (2010). The importance of group processes in offender treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 141-149.

Parhar, K. K., Wormith, J. S., Derkzen, D. M., & Beauregard, A. M. (2008). Offender coercion in treatment: A meta-analysis of effectiveness. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 1109- 1135.

Roest, J.J., van der Helm, G.H.P, Strijbosch, E.L.L.van Brandenburg, M.E.T., & Stams, G.J.J.M. (2014). Measuring therapeutic alliance with children in residential treatment and therapeutic day care, a validation study of the Children's Alliance Questionnaire. *Research on Social Work Practice*, 26 (2), 212-218 DOI: 10.1177/1049731514540478

Raine, A. (2013). *The anatomy of violence. The biological roots of violence*. Toronto: Random House.

Schubert C. A., Mulvey E. P., Loughran T. A., & Loysa, S. H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal justice and Behavior*, 39, 71-93.

Souverein, F., Van der Helm, G. H. P., & Stams, G. J. J. M, (2013). 'Nothing works' in secure residential and correctional youth care? *Child and Youth Services Review*, 35, 1941-1945.

Van der Helm, G. H. P., Schaftenaar, P., & Van Tol, N. (2013). De sociotherapeut als evenwichtskunstenaar [The sociotherapist as an equilibrist]. *Sozio*, 2, 18-20.

Van der Helm, G.H.P.; Nieuwenhuizen, van, M., Wegter, H. (2010). Behandeling van jongeren met een licht verstandelijke handicap in een JJI (Adolescents suffering from a mild intellectual disability in youth prison). *Sozio*, 95, 6-11.

Van der Helm, G.H.P, Matthys, W., Moonen, X., Stams, G.J.J.M, Giesen, N., Van den Heide, E.S. (2011). Measuring inappropriate responses of adolescents to problematic social situations in secure institutional and correctional youth care: A validation study of the TOPS-A. *Journal of Interpersonal Violence*, 28 (8) 1579-1595. DOI: 10.1177/0886260512468322.

Van der Helm, G. H. P., Boekee, I. Stams, G. J. J. M., & Van der Laan, P. H. (2011). Fear is the key. Keeping the delicate balance between flexibility and control in a Dutch youth prison. *Journal of Children's Services*, 4, 248-263.

Van der Helm, G. H. P., & Stams, G. J. J. M. (2012). Conflict and coping by clients and group workers in secure residential facilities. In: K. Oei, & M. Groenhuizen, *Progression in forensic psychiatry: about Boundaries* (pp. 553-565). Amsterdam: Kluwer.

Van der Helm, G. H. P., Nijhof, K., Harder, A. T, Van Dam, C., Stams, G. J. J. M., & Knorth, E. (2012). De hardnekkige mythe dat niks werkt in de gesloten jeugdzorg [The enduring myth of nothing works in secure juvenile care]. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 11, 470-480.