

OBC in Perspectief.

Kwaliteitscriteria van de Orthopedagogische Behandelcentra

Dit is een uitgave van:

Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC)
Churchillaan 11
3527 BG Utrecht
www.vobc.nu

Herziene versie, september 2023

1. Inleiding

Dit kwaliteitskader is tot stand gekomen in een intensieve samenwerking tussen de VOBC en de aangesloten OBC's, met betrokkenheid van bestuurders, managers, kwaliteitsfunctionarissen, hoofden behandeling, gedragswetenschappers en professionals.

In dit document wordt achtereenvolgens ingegaan op de huidige ontwikkelingen binnen de jeugdhulp, op de kenmerken van de doelgroep van de OBC's en het daarvoor beschikbare behandelaanbod, op de systematiek van kwaliteitsbeoordeling door onderlinge visitatie en tot slot op de kwaliteitscriteria zelf.

Deze versie van het kwaliteitskader betreft een bijstelling ten opzichte van de eerste versie die in oktober 2018 is verschenen en de tweede versie uit juni 2020. De eerste bijstelling heeft plaatsgevonden na de eerste visitatiecyclus (zie paragraaf 4). Naar aanleiding van deze visitaties is een aantal formuleringen nog beter afgestemd op de doelgroep en op de zorg- en dienstverlening van de OBC's. Dit zijn geen inhoudelijke wijzigingen. De tweede revisie heeft plaatsgevonden op basis van de evaluatie van visitatieronde 2020-2021. In 2022 zijn de formuleringen opnieuw aangescherpt.

2. Ontwikkelingen binnen de jeugdhulp

De maatschappelijke participatie van mensen met een licht verstandelijke beperking staat sinds enige tijd hoog op de agenda. Het besef dat de maatschappij steeds complexer wordt, waardoor er een groter wordende groep niet meer mee kan doen, groeit. In veel gevallen zullen dit mensen zijn met een licht verstandelijke beperking. Bij een licht verstandelijke beperking is naast een beperking in cognitieve vermogens ook sprake van beperkingen in wat we noemen adaptieve vaardigheden. Met name die vaardigheden zorgen ervoor dat mensen mee kunnen doen¹.

Met dit groeiende besef groeit ook de behoefte aan kennis over licht verstandelijke beperking, zeker bij organisaties en professionals die voor de transitie van de jeugdhulp niet zoveel met deze mensen te maken hadden. Met de transitie is de nadruk onder meer komen te liggen op het zo vroeg mogelijk signaleren van mogelijke problematiek om tijdig de juiste zorg en ondersteuning in te kunnen zetten, maar ook om de inzet van zware zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Alle inspanningen zijn gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid met het oog op participatie in de samenleving.

De Orthopedagogische Behandelcentra, verenigd in de VOBC, willen een actieve rol spelen in deze ontwikkeling. Nieuwe vormen van behandeling worden ontwikkeld, waarbij de nadruk meer en meer op ambulante vormen wordt gelegd. Samenwerking met andere organisaties wordt geïntensiveerd, omdat mensen met een licht verstandelijke beperking in veel gevallen ondersteuning nodig hebben op meerdere levensterreinen. Er wordt geïnvesteerd in samenwerking met en kennisoverdracht naar wijkteams, omdat wijkteams in staat moeten zijn om in een zo vroeg mogelijk stadium een licht verstandelijke beperking te herkennen, om zo adequaat mogelijk te kunnen handelen en tijdig de juiste zorg in te kunnen zetten.

Bij die kennisoverdracht staat het verhoogde risico dat mensen met een licht verstandelijke beperking lopen op het ontwikkelen van allerlei vormen van bijkomende problematiek centraal. De Orthopedagogische Behandelcentra zijn gespecialiseerd in de behandeling van jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen.

Om hun rol in de keten goed te kunnen spelen, is het van belang dat de OBC's aan hun samenwerkingspartners laten zien waar zij voor staan, wat hun expertise is en aan welke kwaliteitseisen hun behandelaanbod voldoet. De OBC's geven hiermee uiting aan hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de verdere ontwikkeling van de specialistische zorg en behandeling aan deze jeugdigen en jongvolwassenen.

¹ In hoofdstuk 3 zal dit verder worden toegelicht.

3. Zorg en behandeling voor jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen

De kwaliteitscriteria die in dit document worden beschreven, gelden in algemene zin ook voor andere vormen van jeugdhulp. De behandeling aan deze specifieke doelgroep vergt een specifieke inkleuring van deze criteria. Deze inkleuring is terug te vinden in de beschrijving van de criteria. Als opmaat hiertoe willen we eerst een meer algemene beschrijving geven van de doelgroep, de zorg en behandeling die geboden wordt en hoe dit in de afgelopen jaren door de VOBC en het Landelijk Kenniscentrum LVB is een aantal publicaties is beschreven.

Doelgroep beschrijving: jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking

Volgens de DSM-5 is er sprake van een licht verstandelijke beperking als iemand significante beperkingen heeft in zowel zijn intelligentie, uitgedrukt in een totale IQ-score tussen de 50 en 70/75, als in adaptief functioneren, ook wel (sociaal) aanpassingsvermogen genoemd.

Adaptief functioneren kan worden onderverdeeld in conceptuele vaardigheden (zoals taal, tijd-, getal- en geldbegrip), sociale vaardigheden (zoals communicatieve vaardigheden en het oplossen van sociale problemen) en praktische vaardigheden (zoals persoonlijke verzorging en gebruik van vervoer).

In de Nederlandse praktijk van zorgverlening aan jeugdigen met een verstandelijke beperking geldt dat jeugdigen met een totale IQ-score tussen de 70 en 85 (die dus eigenlijk zwakbegaafd zijn en niet verstandelijk beperkt) ook, of eigenlijk toch, van dit zorgaanbod gebruik kunnen maken mits er sprake is van bijkomende problematiek. Het zijn namelijk vooral de beperkingen in het (sociaal) aanpassingsvermogen die voor problematisch functioneren zorgen.

Een beperkt (sociaal) aanpassingsvermogen wil zeggen dat de jeugdige tekortkomt op gebieden als communicatie, zelfverzorging, sociale en relationele vaardigheden, ontspanning, gezondheid en veiligheid. Hij voldoet niet aan dat wat op basis van zijn kalenderleeftijd of cultuur waar hij deel van uitmaakt, verwacht mag worden op deze gebieden. De jeugdige heeft het moeilijk om zich in diverse (sociale) situaties te redden. Hij begrijpt anderen niet altijd even goed en schat hun reacties daardoor niet goed in. Dat kan hem in problemen brengen, wat kan leiden tot frustraties, die zich vervolgens kunnen uiten in ernstige gedragsproblemen.

Jeugdigen met een LVB lopen dus een verhoogd risico op ernstige gedragsproblemen maar ook op emotionele en psychische problematiek.

Er is een toenemende groep jeugdigen met een IQ-score hoger dan 85, waarbij ook sprake is van beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen en bijkomende problematiek. Voor deze jeugdigen is in veel gevallen, vanwege deze beperkingen en problematiek, dezelfde benadering passend als bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking wordt toegepast. Deze groep is in toenemende mate ook in behandeling bij de OBC's. Men dient goed te beargumenteren waarom deze groep meegenomen wordt in het zelfevaluatieverslag.

Behandeling

De specifieke behandeling van deze doelgroep, de diagnostiek die daarvoor nodig is en het belang van een goed pedagogisch klimaat waarin die behandeling plaatsvindt, is in de afgelopen jaren uitvoerig beschreven in een aantal documenten van de VOBC en het Landelijk Kenniscentrum LVB. Genoemd kunnen worden:

- Richtlijn Effectieve Interventies LVB
- Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB
- Handreiking Pedagogisch Klimaat

Kort gezegd heeft de behandeling in de OBC's als doel om jeugdigen en jongvolwassenen te leren omgaan met hun beperkingen en om de bijkomende problematiek te verminderen, waarbij altijd de jeugdige in zijn of haar context c.q. gezinssituatie wordt gezien. Om dit te bereiken moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan, bijvoorbeeld op het gebied van veiligheid en pedagogisch klimaat. Ook die randvoorwaarden zijn specifiek afgestemd op deze doelgroep. Zo worden er voor jeugdigen met een LVB specifieke eisen gesteld aan de vormgeving en de inkleuring van het pedagogisch klimaat.

Binnen de behandeling wordt systematisch en doelbewust gewerkt aan het realiseren van bepaalde veranderingen in cognities, emoties en/of gedrag. Behalve therapeuten spelen ook begeleiders in de leefgroepen hierin een rol. Zij voeren bijvoorbeeld bepaalde opdrachten met een jeugdige uit of zij reageren of anticiperen op een specifieke en met elkaar afgesproken manier op het probleemgedrag. Dit handelen van de begeleiders is dan duidelijk onderdeel van een behandeling en draagt bij aan het bereiken van specifieke behandeldoelen.

4. Kwaliteitsbeoordeling door onderlinge visitatie

De OBC's hebben met elkaar afgesproken om samen op te trekken in hun kwaliteitsbeleid. De OBC's willen van elkaar leren en door samenwerking komen tot kwaliteitsverbetering. Tegelijkertijd willen de OBC's elkaar scherp houden, door het uitvoeren van een tweejaarlijkse visitatiecyclus, waarbij de OBC's elkaar bezoeken en elkaars kwaliteit beoordelen.

Deze beoordeling vindt plaats op basis van de in dit document (hoofdstuk 5) beschreven kwaliteitscriteria.

De visitaties zijn ontwikkelingsgericht. De nadruk ligt, naast de beoordeling op basis van de criteria, ook op het opsporen van mogelijke ontwikkelpunten waarop de kwaliteit van de behandeling te verbeteren is. De OBC's kunnen ook gezamenlijk optrekken bij ontwikkelpunten die bij meerdere OBC's spelen.

Bij de beoordeling aan de hand van de kwaliteitscriteria ligt het accent op het in kaart brengen van *wat* de instelling doet, en de wijze *waarop*, en niet op wat daarvan het resultaat is in kwantitatieve zin.

Voor de visitaties worden commissies samengesteld die bestaan uit vertegenwoordigers van andere OBC's dan het te bezoeken OBC.

In die visitatiecommissies hebben zitting: directeuren/managers, gedragswetenschappers en uitvoerend professionals. Vanwege de onderlinge visitatie hebben in deze commissies dus telkens personen van andere OBC's zitting.

Om de kwaliteit van de visitaties en de eenduidigheid in de werkwijze van beoordeling te borgen, hebben alle visitatiecommissies dezelfde onafhankelijke voorzitter en wordt gewerkt met een vastgesteld draaiboek.

Omdat het cliëntperspectief bij de kwaliteitsbeoordeling erg belangrijk is, heeft in de visitatiecommissies ook een vertegenwoordiger van de LFB, de belangenvereniging van en voor mensen met een verstandelijke beperking, zitting.

De commissies worden ondersteund door twee beleidsadviseurs van de VOBC.

Naar aanleiding van de visitatie brengt de commissie aan het bestuur van de VOBC advies uit. Op basis van dit advies beslist het bestuur of het bezochte OBC voldoet aan de kwaliteitseisen en in aanmerking komt voor het keurmerk 'OBC in perspectief'.

5. Kwaliteitscriteria

De Orthopedagogische Behandelcentra hebben ervoor gekozen om een eigen kwaliteitskader te ontwikkelen om het specifieke karakter van de behandeling van jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en ernstige gedragsproblemen en de eisen die daaraan worden gesteld goed over het voetlicht te brengen.

De ontwikkeling hiervan is gestart in 2009 met de publicatie van het Startdocument Kwaliteitskader Orthopedagogische Behandelcentra.

De OBC's hebben ook te maken met een aantal andere kwaliteitskaders, waaronder het Kwaliteitskader Jeugd en het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 (als het OBC-onderdeel uitmaakt van een organisatie die ook zorg biedt op basis van de Wet langdurige zorg).

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd hanteert het Toetsingskader Verantwoorde Hulp voor Jeugd. Dit toetsingskader is gebaseerd op de wet- en regelgeving, de kwaliteitskaders uit het werkveld en de richtlijnen van professionals en bevat concrete criteria voor nieuwe toetreders in de jeugdhulp, jeugdhulp zonder en jeugdhulp met verblijf en gesloten jeugdhulp.

Daarnaast moeten de OBC's gegevens aanleveren in verband met de outcome-criteria voor de jeugdhulp.

Het is voor de OBC's belangrijk om te laten zien dat ze aan al deze kwaliteitscriteria voldoen, terwijl de hiermee gepaard gaande belasting voor de OBC's tot het minimum wordt beperkt. In de instelling zal pragmatisch worden gehandeld in het zichtbaar maken van de kwaliteit om dubbelingen zoveel mogelijk te voorkomen.

De kwaliteitscriteria voor de OBC's hebben betrekking op de volgende onderwerpen:

- A. Doelrealisatie
- B. Cliëntveiligheid
- C. Ouder- en cliënttevredenheid
- D. Pedagogisch klimaat
- E. Maatwerk in diagnostiek
- F. Effectieve behandelinterventies
- G. Onvrijwillige zorg
- H. Systeemgerichte benadering
- I. Preventie/vroegsignalering
- J. Ketenzorg en continuïteit van behandeling
- K. Kwaliteit van medewerkers
- L. Kennisontwikkeling, deling en toepassing

Wat betreft de kwaliteitscriteria en kwaliteitsindicatoren (focus op A, B, G en L) verzoekt de commissie:

- Alleen te rapporteren over de beoogde doelgroep (zie kader hierna).
- Géén jaarverslagen en/of rapporten bij te voegen als bijlagen. Alle relevante informatie en cijfers uit andere rapporten dienen verwerkt te worden in het zelfevaluatieverslag.
- Daar waar aangegeven cijfers op te splitsen naar subgroepen (bijv. leeftijdsgroep, zorgvorm).
- Te onderbouwen wanneer en waarom men afwijkt van een voorgestelde indicator of onderverdeling en om zo veel mogelijk met een vergelijkbaar alternatief te komen.

6. Beschrijving doelgroep voor zelfevaluatieverslag & visitatie

- Er is sprake van een licht verstandelijke beperking (LVB): IQ tussen 50-85 + adaptieve problemen.
- Leeftijd: tot 18 jaar en tot 23 jaar indien er sprake is van een Wlz zorgprofiel LVG of verlengde jeugdzorg.
- Zorgvormen residentieel, semi-residentieel en ambulant
- Cijfers/kwaliteitsindicatoren: over het voorafgaande jaar (afhankelijk van datum visitatie OBC)

Indien cijfers makkelijk uit een systeem of uit verslagen/rapporten gehaald kunnen worden en er een ontwikkeling over de tijd zichtbaar mee gemaakt kan worden, graag ook cijfers per kwartaal en/of voorgaande jaren meenemen.

A. Doelrealisatie

Perspectief: doen wat nodig is

De Orthopedagogische Behandelcentra (OBC's) zetten zich in voor het creëren van perspectief voor jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en ernstige gedragsproblematiek en hun gezinnen. Perspectief op een zelfstandig leven en op meedoen in de samenleving, daar waar nodig met ondersteuning en behandeling. De OBC's doen wat jeugdigen uit deze doelgroep daarvoor nodig hebben: het bieden van gespecialiseerde behandeling, toegespitst op personen met een LVB en de bijkomende problematiek. Die behandeling heeft als doel dat jeugdigen zich naar hun mogelijkheden ontwikkelen, hen te leren omgaan met hun beperking en om de bijkomende problematiek te verminderen. De context c.q. gezinssituatie wordt daarbij altijd in de behandeling meegenomen en betrokken.

A.1 Doelrealisatie verminderen gedragsproblematiek

Verminderen van de gedragsproblematiek of stabiliseren van het functioneren

Het hoofddoel van de behandeling is het verminderen van de gedragsproblematiek of stabiliseren van het functioneren, maar ook de vermindering van klachten en het herstel van het "gewone" leven. Bij het vaststellen van einddoelen wordt rekening gehouden met beperkingen van jeugdigen met een LVB, maar ook met de invloed van deze beperkingen op de gedragsproblematiek. Het gaat om een wisselwerking tussen kenmerken van de jeugdige, de gezinssituatie, de opvoeding en de omgeving (school, sociale contacten, vrijetijdsbesteding e.d.). Interventies sluiten hierop aan om onder- en overvragen te vermijden. Hierdoor neemt het risico op tegenslagen en faalervaringen af. Dit zijn belangrijke oorzaken van gedragsproblemen.

Deze LVB-specifieke en orthopedagogische benadering is kenmerkend voor de behandelen van de OBC's. Deze werkwijze draagt bij aan het vertrouwen in het eigen kunnen, zonder dat sprake is van (zelf)onder- of overschatting. Het opent de weg naar versterking van de eigen kracht en deelname aan de samenleving. Dit sluit aan op de uitgangspunten van de transformatie van de jeugdhulp.

Bij de behandeling wordt een onderscheid gemaakt tussen chronische (statische) kenmerken enerzijds en symptomen in verschillende ontwikkelingstaken (dynamische kenmerken, gedrag) anderzijds. Dit heeft een rechtstreeks effect op de doelrealisatie. Doelen zijn erop gericht om de jeugdigen/jongvolwassenen in staat te stellen adequaat met hun mogelijkheden en beperkingen om te gaan en veelal niet gericht op het verdwijnen van de (chronische) problematiek (de LVB). De behandeling en de daarmee te bereiken doelen zijn dus gericht op:

Het leren omgaan door de jeugdige met de meer chronische kenmerken;

- En het vergroten van de vaardigheden van de jeugdigen om gedragsproblematiek en andere (psychische) klachten te verhelpen of te verminderen.

Samen met de jeugdige en zijn ouders of wettelijke vertegenwoordigers wordt bij de intake het hoofddoel van de behandeling nader ingevuld en opgenomen in het behandelplan. Het individuele behandelplan is afgestemd op de zorgzwaarte c.q. de ernst van de problematiek.

In het behandelplan staat duidelijk beschreven hoe aan het bereiken van de doelen wordt gewerkt en welke middelen hiervoor worden ingezet (bijvoorbeeld bepaalde vormen van therapie). Het behandelplan wordt conform wet- en regelgeving periodiek geëvalueerd. De evaluatie richt zich o.a. op de mate waarin de cliënt en/of de wettelijk vertegenwoordiger vermindering van de problematiek ervaart. Veranderingen in de situatie van de cliënt kunnen leiden tot bijstelling van de einddoelstellingen. Bij de beëindiging van de behandeling wordt in kaart gebracht of de gestelde doelen zijn gerealiseerd.

In het kader van de resultaatgestuurde zorg worden in toenemende mate in het keukentafelgesprek en bij verwijzing de beoogde resultaten geformuleerd. Sommige gemeenten voeren het beleid dat wordt afgerekend op basis van de behaalde resultaten. Het hoofddoel van de behandeling en een eventuele bijstelling daarvan zal dus altijd in overleg met de voordeur/de verwijzer moeten worden ingevuld.

De totstandkoming van het behandelplan en de evaluatie daarvan wijken niet af van de werkwijze in andere vormen van jeugdhulp. Aan de communicatie hierover met de jeugdige, en in sommige gevallen ook met het netwerk, worden echter extra eisen gesteld vanwege de LVB.

Maatwerk voor een diverse doelgroep

Doen wat jeugdigen en gezinnen nodig hebben, betekent dat er maatwerk wordt geleverd. Er zijn grote verschillen in aard en ernst van de problematiek. Elke jeugdige verdient een eigen aanpak, zoveel mogelijk in en met het eigen gezin.

Soms is de problematiek dermate ernstig en complex of is de gezinssituatie op dat moment ongeschikt of onveilig, dat behandeling in een verblijfssetting onvermijdelijk is. De OBC's streven ernaar om het verblijf zo kort mogelijk te laten zijn.

Het doel is een zo snel mogelijke terugkeer naar het gezin, waarbij samen met het gezin gekeken wordt naar een veilige opvoedsituatie met mogelijkheden voor ontwikkeling van de jeugdige. Een opname is bij voorkeur zo dicht mogelijk bij de gezinssituatie van de jeugdige. Wanneer een terugplaatsing in het gezin niet mogelijk is, wordt gekeken naar perspectief voor verblijf waar de jongere in een zo normaal mogelijke omgeving kan opgroeien. Waar dat is, hangt af van de behoefte van de jongere; bijvoorbeeld een pleeggezin of gezinshuis, maar mogelijk ook een andere vorm van wonen.

De OBC's kennen een diversiteit aan behandelvormen, parallel aan de diversiteit en complexiteit van de problematiek van de jeugdigen en hun gezinnen. Maatwerk betekent een verdere doorontwikkeling van deze diversiteit, opdat elke jeugdige de jeugdhulp ontvangt die hij nodig heeft. Dit betekent dat er voor jeugdigen waarvoor een opname de enige mogelijkheid is zeer gespecialiseerde behandelplaatsen zijn, en ook nodig zullen blijven. De OBC's investeren in het ontwikkelen van expertise om de brede doelgroep van de OBC's maar ook van groepen die meer nodig hebben, van de juiste zorg te voorzien.

Nieuwe behandelvormen in ontwikkeling

In de afgelopen jaren hebben de OBC's fors ingezet op het ontwikkelen en inzetten van behandelvormen die opnames zoveel mogelijk moeten voorkomen: behandelvormen 'thuis en tussen thuis en residentie', en (zeer) intensieve ambulante behandelvormen als alternatief voor opname en voor het verkorten van de behandelduur. Die ontwikkeling wordt in de komende jaren doorgezet. Ook daarbij wordt de samenwerking met de jeugdige en zijn gezin versterkt: we doen het samen met de jeugdige en zijn of haar systeem. We doen datgene wat het mogelijk maakt dat cliënten zelf de regie voeren. De OBC's blijven ook de intramurale behandelvormen verder ontwikkelen, om ze beter, anders (kleinschalig) en korter vorm te geven. De OBC's zetten in op de verdere ontwikkeling en het verdere gebruik van digitale zorgtechnologie. Ook dat levert een bijdrage aan het zoveel mogelijk voorkómen van opnames. Hierbij past het ondersteunen van de jeugdigen bij de deelname aan een digitale samenleving.

Beschrijving doelgroep en kwaliteitsindicatoren doelrealisatie behandeling

De hieronder genoemde indicatoren helpen om beter zicht te krijgen op 1. de populatie jeugdigen binnen de OBC's; 2. de wijze waarop doelrealisatie 'verminderen gedragsproblematiek/-behandeleffect' wordt gemeten en in hoeverre dit doel wordt bereikt en 3. ontwikkelingen over de tijd (wanneer er over meerdere meetmomenten gegevens bekend zijn), zoals ambulantisering, verzwaren doelgroep. Bij sommige indicatoren wordt gevraagd om deze voor verschillende subgroepen te rapporteren.

Onderverdeling leeftijdsgroepen:

- 0 tot 4 jaar
- 4 tot 12 jaar
- 12 tot 16 jaar
- 16 tot 18 jaar
- 18 tot 23 jaar

Onderverdeling zorgvormen:

- Residentieel (LTA apart)
- Semi-residentieel
- Ambulant

	Indicatoren populatie en doelrealisatie behandeling	Opsplitsen naar (zie beschrijving hierboven):
1	Kunnen we laten zien wat de zorg via een OBC bereikt? Hoe en hoe vaak wordt doelrealisatie/ behandel-effect vastgesteld? Geef score doelrealisatie (gemiddelde en spreiding) & de respons.	Zorgvorm Leeftijdsgroep
2	Hoe en hoe vaak wordt clienttevredenheid met de behandeling gemeten? Geef de score clienttevredenheid (gemiddelde en spreiding) & de respons	Zorgvorm Leeftijdsgroep
3	Wat is het aantal en de verdeling (%) per zorgvorm/leeftijdsgroep van jeugdigen met een LVB dat in behandeling is?	Zorgvorm Leeftijdsgroep
4	De OBC's streven ernaar om het verblijf zo kort mogelijk te laten zijn. Wat is de gemiddelde verblijfsduur residentieel per leeftijdsgroep? En wat is de verdeling (%) over de categorieën verblijfsduur	Leeftijdsgroep Categorieën verblijfsduur: < 12 maanden 12-24 maanden >24 maanden)
5	Wat is het aantal en de verdeling (%) van jeugdigen met een LVB in residentiele zorg met een:	Volledige voogdij OTS + machtiging uithuisplaatsing Gezaghebbende ouders
6	Wat is het aantal en het % jeugdigen in residentiele zorg waarbij een ouder nog in beeld en betrokken is bij de behandeling van zijn of haar kind?	Leeftijdsgroep
7	Wat is het aantal en het % jeugdigen in residentiele zorg met een LVB met een machtiging gesloten jeugdzorg:	Leeftijdsgroep
8	Hoeveel jeugdigen met een LVB staan op de wachtlijst (=de behandeling is nog niet gestart) ten tijde van het schrijven van het zelfevaluatieverslag	Zorgvorm

A.2 Doelrealisatie participatie

Toename van maatschappelijke participatie

Naast het verminderen of stabiliseren van persoons- en situatiegebonden problematiek, beschouwen de OBC's het als hun missie om ontwikkelingsmogelijkheden van jeugdigen en jongvolwassenen optimaal te benutten en om de opvoeding of de leer-/leefomgeving te ondersteunen. De begeleiding en/of behandeling is zoveel mogelijk gericht op het verwerven van een (voor de cliënt) acceptabele positie in de samenleving. Hierbij wordt rekening gehouden met:

- De grenzen van de ontwikkelingsmogelijkheden van een jeugdige en die van zijn omgeving. Het gezin of de vertrouwde omgeving wordt betrokken om na de interventie - naar vermogen - op eigen kracht verder te kunnen.
- Blijvende ondersteuningsbehoeften, in het bijzonder tijdens belangrijke overgangsfases in het leven, zoals van onderwijs naar arbeid/dagbesteding en van een gezinssituatie naar zelfstandig of begeleid wonen.

Bij toename van maatschappelijke participatie gaat het om relevante veranderingen in o.a. de opleidings-, arbeids- of woonsituatie, vrijetijdsbesteding en het sociaal netwerk.

Deelname aan onderwijs, arbeid(toeleiding) en vrijetijdsbesteding wordt in sterke mate bepaald door bijvoorbeeld goed functionerend (passend) onderwijs, direct aansluitende trajecten van arbeidstoeleiding en, aansluitend op de behandeling, passende ambulante begeleiding (voor kind en gezin).

Om deze participatiedoelen te behalen is hier ruimschoots en tijdig aandacht voor binnen diagnostiek, begeleiding en samenwerking met ketenpartners en worden deze doelen, zoals beschreven in een toekomstplan, regelmatig geëvalueerd. Indien er sprake is van een overgang naar volwassenenzorg of andere vormen van zorg, wordt er ook tijdig aandacht besteed aan een zorgvuldige en warme overdracht van de (verschillende vormen van) zorg. Bij kinderen kan onder maatschappelijke participatie worden verstaan dat kinderen weer veilig in een gezin kunnen (blijven) wonen door middel van het herstel van de gezinsbalans. Dit geldt zowel in de ambulante als in de residentiële setting. Een duidelijke visie op het zo thuis mogelijk opgroeien of het streven naar het zo snel mogelijk terugkeren naar een leven in een gezinssituatie staat voorop. Samen met de jeugdige en de naasten wordt bij de start van de behandeling een plan opgemaakt waarin de terugkeer naar het gezin of een gezinssituatie of het (zo lang mogelijk) kunnen blijven wonen in de huidige gezinssituatie centraal staat. Dit plan wordt regelmatig geëvalueerd en indien nodig aangepast.

Samenwerking met een orthopedagogische blik

Jeugdigen met een LVB, d.w.z. met beperkingen in cognitieve functies en in adaptieve vaardigheden, zijn kwetsbaar voor het ontwikkelen van allerlei bijkomende problematiek en lopen risico op allerlei gebied: sociale en economische armoede, werkloosheid, slachtofferschap, criminaliteit, verslaving etc. Jeugdigen zijn gebaat bij een integrale aanpak van hun situatie waarbij samenwerking tussen diverse disciplines binnen en buiten het OBC cruciaal is. Ook hier is een contextuele aanpak noodzakelijk. De OBC's willen in de samenwerking met andere organisaties (op het gebied van zorg, onderwijs, arbeidstoeleiding, verslaving, politie en justitie etc.) werken vanuit één en dezelfde contextuele visie. De OBC's willen aan diezelfde organisaties kennis leveren om tot een beter begrip en een betere behandeling te komen van de doelgroep. En dat begint met het leveren van kennis aan het voorveld, zodat een LVB in een zo vroeg mogelijk stadium wordt herkend. Hierdoor kan tijdig de juiste vorm van ondersteuning worden ingezet, waardoor een beroep op zwaardere zorg in een later stadium zoveel mogelijk wordt voorkomen. Maar waardoor ook het risico op sociale en economische armoede, werkloosheid, slachtofferschap, criminaliteit, verslaving etc. wordt verkleind.

Een integrale aanpak is essentieel om de kansen op maatschappelijke participatie van deze jeugdigen te bevorderen.

Oog voor chroniciteit

Veel jeugdigen uit de doelgroep van de OBC's en hun gezinnen zijn ook na de fase van behandeling aangewezen op passende vormen van ondersteuning en begeleiding. Alle goede resultaten van de behandeling ten spijt: de LVB zal niet overgaan, deze is chronisch. En er zijn grenzen aan de mogelijkheden van veel jeugdigen. In het verlengde van de kerntaak van de OBC's - het bieden van behandeling aan jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek - willen de OBC's hun expertise inzetten bij de doorlopende ondersteuning die deze jeugdigen en hun gezinnen blijvend nodig zullen hebben, ook in de samenwerking met andere organisaties.

Daarbij komt dat de overgang naar volwassenheid voor deze jeugdigen extra uitdagingen met zich meebrengt, in vergelijking met jeugdigen zonder LVB. Veelal is ondersteuning nodig op alle levensterreinen: continuïteit van zorg, onderwijs, werk of dagbesteding, wonen, inkomen, vrijetijdsbesteding. Die ondersteuning moet vanuit een specifieke LVB-expertise voorhanden zijn. Daaraan willen de OBC's hun bijdrage leveren.

Kwaliteitsindicatoren doelrealisatie participatie

De hieronder beschreven indicatoren geven een indruk van welke en de mate waarin participatiedoelen worden bereikt bij jeugdigen met een LVB die residentieel verblijven of kort geleden het OBC na verblijf verlieten. Uit de feedback van de werkgroep kwaliteitsindicatoren bleek dat dit soort gegevens wel in het ECD te vinden zijn, maar dat het achterhalen van deze gegevens een forse tijdsinvestering kost. Het wordt echter wel als een zeer belangrijk focuspunt van de zorg en van deze visitatieronde gezien. Er is daarom gekozen om: de leeftijdsgroep waarop de indicatoren van toepassing is te beperken, om bij indicator 1 en 2 te beperken tot residentieel verblijvende jongeren en om bij 3. de wijze van opsplitsen enigszins vrij te laten.

	Indicatoren doelrealisatie participatie	Opsplitsen naar
1	Het is belangrijk dat jeugdigen met een LVB zo veel mogelijk deelnemen aan het gewone schoolleven. Wat is de verdeling (%) schoolgaande jongeren (> 12 jaar) met een LVB die residentieel verblijven die:	a. naar school gaan op het eigen terrein; b. naar school gaan buiten het terrein; c. online lessen volgen d. niet naar school gaan.
2	Het is belangrijk dat jongeren (> 16 jaar) met een LVB die residentieel verblijven en niet meer naar school gaan, op een andere manier deelnemen aan het maatschappelijke leven. Geef aan wat hun voornaamste vorm van participatie is (verdeling %):	a. beschut werk. b. werk met loonkostensubsidie c. regulier (parttime)werk; d. vrijwilligerswerk; e. dagbesteding; f. overig, namelijk:
3	Het is belangrijk dat jongeren als vervolg op hun verblijf binnen een OBC uitstromen naar een geschikte woon- of verblijfsituatie. Wat is voor de 18+ leeftijdsgroep de verdeling (%) naar (of een andere vergelijkbare opsplitsing):	a. trainingshuis; b. thuis bij ouders; c. zelfstandig met professionele ondersteuning; d. zelfstandig zonder professionele ondersteuning; e. VG-zorg (residentieel); f. GGz (kliniek); g. overige vervolgvoorzieningen (beschrijf); h. onbekend.

B. Cliëntveiligheid

Bij het onderwerp veiligheid moeten we in het kader van de behandeling van jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB denken aan zowel de fysieke als de sociaal-emotionele veiligheid. Veiligheid en je veilig voelen is een fundamentele voorwaarde voor het welzijn van de jongeren en voor het slagen van de behandeling.

Bij de behandeling van en zorg voor jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB hebben OBC's vooral te maken met de veiligheidsaspecten rond agressie, seksueel grensoverschrijdend gedrag, (huiselijk) geweld en kindermishandeling, het gebruik van medicatie, middelengebruik en suicide.

Daarbij geeft de instelling zich rekenschap van de extra risico's die jeugdigen met een LVB lopen om in aanraking te komen met criminaliteit, drugs en situaties van misbruik.

Bij intramurale behandeling is cliëntveiligheid onderdeel van het pedagogisch klimaat. De OBC's dragen zorg voor duidelijke regels en grenzen, (behandel)afspraken, een dagroutine en een (fysiek) beschermende omgeving vanwege mogelijke conflicten bij verblijf in behandelgroepen.

Bij kinderen die thuis wonen en die ambulante begeleiding en behandeling krijgen, is aandacht nodig voor een veilig en ontwikkelingsgericht opvoedingsklimaat in het gezin. De Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming van NVO, NVMW en NIP geven een aantal handreikingen om de veiligheid en de rol van ouders daarbij te beoordelen.

De OBC's dragen zorg voor:

- Een integraal veiligheidsbeleid, waarin minimaal de volgende thema's zijn opgenomen:
 - (Seksueel) grensoverschrijdend gedrag, inclusief agressie en pesten, dat is afgestemd op in ieder geval het Basispakket preventie seksueel grensoverschrijdend gedrag en bevorderen gezonde seksuele ontwikkeling (in 2014 ontwikkeld door de VOBC). In dit basispakket is, zoals de titel ook aangeeft, niet alleen aandacht voor het voorkómen van seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar wordt seksualiteit zeker ook op een positieve manier geduid.
 - De toepassing van de meldcode seksueel misbruik, huiselijk geweld en kindermishandeling.
 - De toepassing van de handreikingen voor hulp aan slachtoffers van mensenhandel/loverboys (in 2017 ontwikkeld door het Landelijk Kenniscentrum LVB, in samenwerking met VOBC, Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Jeugdzorg Nederland, GGZ Nederland en het Nederlands Jeugdinstituut).
- Risico-inventarisaties bij intakes en tussentijdse evaluaties. Deze risico-inventarisatie brengt de risico's rond een specifieke cliënt en zijn gezin in kaart. Deze risico's worden vervolgens vertaald naar de begeleiding en behandeling en opgenomen in het behandelplan. Bij tussentijdse evaluaties wordt bepaald of deze inventarisatie moet worden bijgesteld. In de risico-inventarisatie zijn ook bovengenoemde thema's aan de orde als daar aanleiding toe is. (Seksueel) grensoverschrijdend gedrag is een vast onderdeel van alle behandelplannen. Hier kan alleen gemotiveerd van worden afgeweken.
- Risicotaxatie conform de meldcode seksueel misbruik, huiselijk geweld en kindermishandeling en naar aanleiding van forensische problematiek.
- Begeleiding en behandeling conform geldende veiligheidsnormen, wettelijke kaders (o.a. meldcode) en een gedragscode en een protocol tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- Een jaarlijkse risicoanalyse op organisatieniveau.
- Een onafhankelijk aanspreekpunt (zoals een vertrouwenspersoon) bij vragen/problemen naar aanleiding van de bovengenoemde thema's voor cliënten en medewerkers.
- Een duidelijk medicatiebeleid.

Veiligheidsbeleving bij verblijf heeft betrekking op subjectief ervaren sociale veiligheid, ofwel het (veilige) gevoel dat een individu ervaart in een situatie, ofwel de mate waarin iemand zich beschermd voelt in een bepaalde situatie. Het woord 'sociaal' geeft aan dat het gaat om de aan- of afwezigheid van zorgen, angst of ervaren dreiging, voortkomend uit menselijk handelen. Binnen het kader van de subjectief ervaren sociale veiligheid zijn de volgende aspecten van belang:

1. Het personeel beschermt en ondersteunt de jeugdige in zijn ontwikkeling.
2. De groep is een veilige plek voor de jongere.
3. Het werk is een veilige plek voor medewerkers. Want alleen wanneer zij zich veilig voelen, zullen jeugdigen zich ook veilig voelen.

Voor de meting van de veiligheidsbeleving van de jeugdigen maken OBC's gebruik van een daarop toegesneden instrument, bijvoorbeeld de C-toets OBC of de Veiligheidsbarometer. De uitkomsten van deze meting worden besproken op organisatieniveau, binnen de teams en met de jongeren.

Bij het veiligheidsbeleid van de instelling moet de instelling voldoen aan het Toetsingskader Verantwoorde Hulp voor Jeugd van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Bij alle aspecten die met cliëntveiligheid te maken hebben geeft de instelling zich rekenschap van de uitkomsten van het onderzoek van de Commissie Geweld in de Jeugdzorg (Commissie De Winter). Uit dit onderzoek is gebleken dat veel jeugdigen in het verleden, maar ook nu nog, te maken hadden c.q. hebben met geweld: geweld van professionals ten opzichte van jeugdigen en geweld tussen jeugdigen onderling.

In de omgang met jeugdigen die geweld hebben meegemaakt, maar ook in het voorkómen van geweld, is een open sfeer waarin ruimte is voor het gesprek van groot belang. Onmacht en handelingsverlegenheid bij medewerkers kunnen worden weggenomen door dialoog en overleg: de OBC's organiseren daarom regelmatig overleg tussen professionals onderling, tussen professionals en jeugdigen, tussen jeugdigen onderling en tussen professionals en management/bestuur. De instellingen nemen dit onderwerp expliciet op in hun beleidscyclus. Ze geven daarbij aan hoe zij het onderwerp geweld in hun instelling op de agenda houden en voeren een duidelijk VOG-beleid.

Kwaliteitsindicatoren doelrealisatie Clientveiligheid

De onderstaande indicatoren geven inzicht in de mate waarin (on)veiligheid van cliënten met een LVB die *residentieel verblijven* zichtbaar is en gemeld (kan) worden. Indicator 6 gaat juist over ambulante en semi-residentieel verblijvende cliënten met een LVB. Cijfers kunnen bijvoorbeeld door de vertrouwenspersoon worden geleverd.

	Indicatoren
1	Hoe en hoe vaak wordt de veiligheidsbeleving van een client met een LVB bepaald? Wat is het gemiddelde cijfer voor veiligheidsbeleving & respons?
2	Hoe vaak komt de vertrouwenspersoon op de groep? En hoe vaak is deze in het voorgaande jaar door cliënten met een LVB geconsulteerd?
3	Hoe vaak is er een klachtenfunctionaris geconsulteerd door (ouders van) een client met een LVB? Wat waren de uitkomsten hiervan? Bijv. aantal hoorzittingen.
4	Wat is het aantal bij de inspectie gemelde incidenten bij cliënten met een LVB?
5	Wat is het aantal interne incidentmeldingen bij cliënten (tijdens verblijf) met een LVB over: medicatie, suïcide, seksueel grensoverschrijdend gedrag, agressie?
6	Hoe vaak is de meldcode seksueel en huiselijk geweld en kindermishandeling ingezet binnen de ambulante en semi-residentiele zorg van cliënten met een LVB?

C. Ouder- en cliënttevredenheid

De mening van cliënten en hun ouders over de geboden hulpverlening en alles wat daarmee samenhangt is van essentieel belang. Het levert concrete aangrijpingspunten op voor aanpassingen en verbeteracties en is daarbij een vast onderdeel van het proces van kwaliteitsverbetering.

De OBC's hanteren de C-toets OBC of een vergelijkbaar instrument voor de meting van de ouder- en cliënttevredenheid. Dit is een specifiek op de doelgroep toegesneden instrument. De keuze van instrument dient gemotiveerd te worden. Een vergelijkbaar instrument dient ook specifiek op de doelgroep toegesneden te zijn.

De tevredenheidsmeting is ingebed in het individuele hulpverleningsproces. De nieuwste versie van de C-toets OBC, versie 2.1, is daar speciaal op ingericht.

De instellingen hebben beleid voor de vertaling van de uitkomsten van de tevredenheidsmetingen in nieuw beleid.

D. Pedagogisch klimaat

Een goed pedagogisch klimaat is zowel in de residentiële zorg als in de thuissituatie (ambulante zorg) een voorwaarde om goed te kunnen behandelen. Pas in een setting waarin jeugdigen zich veilig en op hun gemak voelen, kan er sprake zijn van een goede werkrelatie tussen jeugdigen en begeleiders en behandelaars waardoor behandeling effect kan hebben.

In de Handreiking Pedagogisch Klimaat van het Landelijk Kenniscentrum LVB en de VOBC zijn de uitgangspunten van een goed pedagogisch klimaat en hoe daar concreet vorm en inhoud aan kan worden gegeven, beschreven.

Deze handreiking beperkt zich tot de residentiële zorg. Ook in de ambulante behandeling, waarbij jeugdigen thuis wonen, is het belangrijk dat er sprake is van een omgeving waarin ontwikkeling wordt gestimuleerd en die veilig is. De inzet van de OBC's is om ouders te ondersteunen in het creëren van een dergelijk klimaat, zodat kinderen zich optimaal kunnen ontwikkelen. 'Goed genoeg ouderschap' is daarbij het uitgangspunt, waarbij de hulpverleners zich realiseren dat dit in gezinnen met kinderen met een LVB andere eisen stelt aan ouders dan in andere gezinnen. Zo zullen veel ouders hulp nodig hebben bij het eenvoudigweg runnen van hun gezin.

De OBC's voeren een actief beleid om zowel in de residentiële als in de ambulante zorg een goed pedagogisch klimaat te realiseren.

Voor de ontwikkeling van dit beleid kan de instelling, naast de hiervoor vermelde Handreiking Pedagogisch Klimaat, ook gebruik maken van de toolkit "Kwaliteit van residentiële jeugdhulp" van het NJi en de Richtlijn Residentiële Jeugdhulp (onderdeel van de Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming).

E. Maatwerk in diagnostiek

De diagnostiek van jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen is aantoonbaar afgestemd op de specifieke persoonskenmerken (inclusief de LVB) en omgevingsfactoren. De instelling maakt gebruik van de Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB van het Landelijk Kenniscentrum LVB en van andere richtlijnen die zijn gerelateerd aan de specifieke problematiek, zoals autisme.

Op basis van een doelgroepgericht diagnostisch onderzoek naar sterke en zwakkere kanten en contextuele factoren die bij de jeugdige een rol spelen, kan beter worden aangesloten bij de specifieke persoonskenmerken en gezins-/omgevingsfactoren. Dit vergroot de kans op een positief behandelresultaat.

Het doen van diagnostisch onderzoek bij jeugdigen met een LVB vraagt expertise op het gebied van differentiaaldiagnostiek ten aanzien van LVB en problematiek zoals hechting, trauma en autismespectrumstoornissen.

Het diagnostisch proces heeft een multidisciplinair karakter en heeft als doel om mogelijkheden en beperkingen te verkennen van de jongere en het sociale netwerk. De eindverantwoordelijkheid voor

het vaststellen en verklaren van problemen en het indiceren van passende interventies ligt bij een BIG-geregistreerde gedragswetenschapper. Werkhypotheses worden in proces- en observatiediagnostiek getoetst en bijgesteld.

Voor elke cliënt wordt bepaald welke invalshoeken wenselijk en haalbaar zijn voor multidisciplinaire diagnostiek. Hierbij kan gedacht worden aan: psychodiagnostiek, (gezins-)systeemiagnostiek, didactisch onderzoek, medisch-psychiatrische diagnostiek. De instelling heeft hiervoor zelf deskundig personeel en adequate voorzieningen/werkwijzen of er is een ketensamenwerking geregeld.

Het OBC voert optimale diagnostiek uit bij jeugdigen met LVB-problematiek in de vorm van persoonlijke sterktezwakte-analyses, gebaseerd op de specifieke situatie, problematiek en gezins- en omgevingsfactoren. De diagnostiek is afgestemd op de problemen die het individu ondervindt vanwege beperkingen in het (sociaal) adaptief functioneren. Het gaat hierbij om praktische vaardigheden, sociaal communicatieve vaardigheden en conceptuele vaardigheden.

De instelling kan aantonen dat de diagnostiek is afgestemd op LVB-problematiek en persoonlijke, contextuele en cliëntgebonden kenmerken op basis van:

- de toepassing van passende, valide en betrouwbare diagnostische instrumenten;
- de verwerking en interpretatie van de verkregen resultaten.

Diagnostiek bij jeugdigen met een LVB- is echter meer dan het toepassen van deze instrumenten. Diagnostiek is ingebed in de verschillende fasen van intake en behandeling, waarbij werkhypotheses continu worden getoetst en bijgesteld.

F. Effectieve behandelinterventies

De instelling maakt gebruik van interventies die:

- Toegesneden zijn op de doelgroep. De zorg is afgestemd op de individuele kenmerken, situatie/omgevingsfactoren en behoeften van cliënten.
- Effectief zijn volgens de laatste (wetenschappelijke) inzichten.

Instellingen nemen maatregelen om de effectiviteit van interventies aan te tonen, bijvoorbeeld op basis van effectiviteitsmetingen en/of wetenschappelijk onderzoek (*practice based*). Als de effectiviteit van interventies (nog) niet (theoretisch) is onderbouwd dan ondernemen instellingen maatregelen hiertoe t.b.v. het behoud en verdieping van de specialistische behandelen.

De instelling zet ook interventies in die gericht zijn op specifieke problematiek, bijvoorbeeld EMDR en CGT. De doelgroep stelt specifieke eisen hoe deze algemene interventies worden toegepast.

De Richtlijn Effectieve Interventies LVB van het Landelijk Kenniscentrum LVB vormt een richtinggevend kader voor de wijze waarop de OBC's interventies inzetten.

Ook de vaktherapeuten hebben hun aanpak specifiek op de doelgroep afgestemd.

Instellingen verdiepen hun specialistische kennis door (verdere) ontwikkeling van effectieve behandelmethodes, waarbij uitkomsten van cliëntenervaringen en -participatie (cliënten- en/of jongerenraad), ervaringen van professionals, evaluaties, wetenschappelijk onderzoek en kennisinnovatie zoveel mogelijk worden geïntegreerd.

G. Onvrijwillige zorg

De Wet zorg en dwang die per 1 januari 2020 in werking is getreden, spreekt over onvrijwillige zorg, waar de OBC's tot voor kort spraken over vrijheidsbenemende en vrijheidsbeperkende maatregelen. Vrijheidsbenemende maatregelen zijn handelingen zoals als fixatie, opsluiting en afzondering.

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn beperkingen en ingrepen zoals:

- het stellen van grenzen aan het gebruik van mobiele telefoon;
- het innemen van rookwaar en aanstekers;
- het stellen van grenzen aan het nuttigen van etenswaren en genotsmiddelen (alcohol, drugs, rookwaar);
- het beperken van de toegang tot internet;
- het bewaken van geld van jeugdigen;
- het stellen van grenzen aan het uitgaan van jeugdigen;
- het hanteren van tijden waarin jeugdigen binnen moeten blijven;
- het beperken van het geluidsvolume van muziek op de kamers van jeugdigen, na een bepaalde tijd.

Beide zijn vormen van onvrijwillige zorg zoals bedoeld in de Wet zorg en dwang. Om aansluiting te houden bij het van toepassing zijnde wettelijke kader, spreken wij in het vervolg van dit document over onvrijwillige zorg. In artikel 2 van die wet worden de vormen van onvrijwillige zorg opgesomd, die vallen onder de reikwijdte van die wet.

Voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg

De zorg en behandeling van jeugdigen/jongvolwassenen met een LVB en ernstige gedragsproblemen is gebaseerd op vrijwilligheid, vertrouwen en motivatie. De inzet van onvrijwillige zorg wordt daarbij zoveel als mogelijk voorkomen. De algemene regel is; nee, tenzij. Dit is in overeenstemming met de Wet zorg en dwang die uitgaat van het toepassen van vrijwillige zorg tenzij er sprake is van een aanzienlijk risico op ernstig nadeel dat alleen door de toepassing van onvrijwillige zorg is te voorkomen of af te wenden. In de wet is beschreven wat onder ernstig nadeel moet worden verstaan. Naast dit beginsel van noodzaak (ernst nadeel), geldt daarnaast het beginsel van subsidiariteit (het minst ingrijpende alternatief) en proportionaliteit (de impact van de onvrijwillige zorg moet in verhouding staan tot het ernstig nadeel dat je moet afwenden), effectiviteit (het moet werken) en veiligheid (risico's verbonden aan de uitvoering van een beperking zijn beheerst).

Binnen de zorg en behandeling van jeugdigen/jongvolwassenen streven we zoveel mogelijk naar het voorkomen of afbouwen (in duur en/of frequentie of via minder ingrijpende alternatieven) van onvrijwillige zorg

Vanwege de gedragsproblematiek kunnen zich echter situaties voordoen waarbij vanwege de vereiste veiligheid van cliënten, de jongere zelf en medewerkers de inzet van onvrijwillige zorg onvermijdelijk is. Indien die inzet vooraf kan worden voorzien, dient dit te worden opgenomen in het zorgplan.

Indien een situatie zich voordoet die redelijkerwijs niet is voorzien en waarin sprake is van een aanzienlijk risico op ernstig nadeel, dan kan onvrijwillige zorg worden ingezet. In dat geval is er sprake van een noodsituatie.

Als zich zo'n situatie voordoet, dan moet een hulpverlener ingrijpen, ook eventueel met het toepassen van onvrijwillige zorg. Als hij dit niet doet, is er sprake van nalatigheid.

Wanneer de verwachting is dat er herhaaldelijk ingegrepen moet worden dan is er geen sprake meer van een noodsituatie. In dat geval zal het nemen van beslissingen tot het nemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan moeten worden opgenomen.

Hierbij zullen zorgvuldige afspraken gemaakt moeten worden over welke vormen van onvrijwillige zorg worden ingezet. Dit zal goed beschreven en beargumenteerd moeten worden. Ook zal blijvend gezocht moeten worden naar mogelijkheden om de zorg in vrijwilligheid voort te zetten, waarbij de focus blijft liggen op het bevorderen van ontwikkelingsmogelijkheden van de jeugdige/jongvolwassene.

Bij de inzet van onvrijwillige zorg is het vigerend wettelijk kader (op dit moment de Wet zorg en dwang) en het daarop gebaseerde toetsingskader van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd leidend.

De besluitvorming over en de toepassing van onvrijwillige zorg moet goed worden onderbouwd, geëvalueerd en gedocumenteerd in het zorgplan. Ook moet conform de Wet zorg en dwang worden voldaan aan de criteria van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.

Jeugdigen die de leeftijd van 18 jaar bereiken, kunnen zich aan de voortzetting van hun behandeling onttrekken, terwijl die voortzetting door de betrokken behandelaren, en vaak ook door ouders en andere betrokkenen, wel noodzakelijk wordt geacht. In die gevallen kan door de instelling een rechterlijke machtiging voor gedwongen opname worden aangevraagd. In het geval dat er een rechterlijke machtiging wordt toegekend, kan de behandeling worden voortgezet.

De Wet zorg en dwang kent daarnaast de mogelijkheid van een voorwaardelijke machtiging voor gedwongen opname. Bij deze voorwaardelijke machtiging worden met de betreffende jeugdige afspraken gemaakt waaraan de jeugdige zich moet houden. Indien de jeugdige zich hier niet aan houdt, vindt alsnog een gedwongen opname plaats.

De inzet is dat de noodzakelijke behandeling zoveel mogelijk in vrijwilligheid kan worden voortgezet.

Wat werkt?

In de praktijk werkt het vaak niet om met behulp van onvrijwillige zorg een oplossing te vinden in die situaties dat jeugdigen en jongvolwassenen vrijwillige hulp afwijzen. Vanuit de instelling en medewerkers blijven we in die gevallen zo veel mogelijk beschikbaar en houden we zo lang mogelijk vast aan de relatie met de cliënt. Naast directe hulp gaat het dan vooral om het behoud van vertrouwen en het stimuleren en motiveren bij de eigen ontwikkelingsmogelijkheden.

In deze fase willen we cliënten kansen bieden om door te groeien naar een zelfstandig leven.

Na onderwijs wordt de toeleiding naar werk verkend en vindt, zo mogelijk, een overgang plaats naar meer zelfstandig wonen met begeleiding.

Deze vorm van ondersteuning en begeleiding vraagt om extra motiverende inzet van medewerkers en om investeringen in de ontwikkelingskansen van deze jeugdigen en jongvolwassenen.

Behandelzorg, begrenzing in het kader van de opvoeding en onvrijwillige zorg

De behandelzorg voor jeugdigen met een LVB is gericht op hun gedragsproblematiek, die in veel gevallen gepaard gaat met opvoed- en opgroei problemen in de gezinssituatie. Het zijn kinderen en jongeren met persoonlijke problematiek, vaak uit gezinnen van kwetsbare ouders met beperkte opvoedvaardigheden.

De professionals in de behandelsetting hebben dan ook tijdelijk een belangrijke rol in de opvoeding en het opgroeien van deze jeugdigen: behandeling en opvoeden in de dagelijkse praktijk gaan hand in hand.

Opvoeden brengt een gebruikelijke spanning teweeg tussen stimuleren en begrenzen. Begrenzing in de opvoeding heeft een functie waar schade of gevaar dreigt en bescherming nodig is. In de gezinssituatie zullen ouders naar hun inzicht grenzen stellen aan het gedrag van hun kinderen. In de behandelpraktijk worden professionals echter vaak voor moeilijke keuzes geplaatst, omdat vanuit de Jeugdwet een aantal grenzen wordt gezien als een vrijheidsbeperkende maatregel en die zijn niet toegestaan. Ook in de Wet zorg en dwang zijn strikte voorschriften opgenomen voor de inzet van onvrijwillige zorg.

Het leven in de behandelsetting kan niet zonder begrenzing voor de jeugdige persoonlijk, voor de omgang met groepsgenoten en met de begeleiding. Het stellen van grenzen in een behandelsetting maakt onderdeel uit van de taak die deze instelling heeft naast behandeling, namelijk het opvoeden van jeugdigen. Vanwege hun kalender- en ontwikkelingsleeftijd hebben de jongeren een opvoedvraag.

De begrenzingen zijn nodig om te beschermen tegen persoonlijke schade of letsel, om gedrag te structureren en te reguleren (bijvoorbeeld op tijd naar bed), of voor ongewenste gevolgen in de onderlinge omgang van jeugdigen, of voor het gedrag ten opzichte van begeleiders.

De begrenzingen zullen ook gericht zijn op het creëren van duidelijkheid over gewenst gedrag in de gezamenlijke leefsituatie; respect voor anderen en het gebruik van gemeenschappelijke ruimte en middelen.

Voorbeelden zijn begrenzingen aan het gebruik van mobiele telefoon, internet en genotsmiddelen en het beperken van tijden van uitgaan en binnenblijven. Begrenzingen die in elke gezinssituatie plaatsvinden, maar waarbij professionals telkens voor een afweging geplaatst worden. De afweging bestaat uit enerzijds de wettelijke richtlijn voor de inzet van onvrijwillige zorg en anderzijds de professionele standaard van goed hulpverlenerschap. De afspraken worden in principe op vrijwillige basis en in onderling overleg gemaakt en zijn afgestemd op de persoonlijke behoeften en mogelijkheden van iedere jeugdige.

Beleidsmatig kader

De instelling draagt verantwoordelijkheid ten opzichte van de cliënt en de professional om deze professionele afwegingen in een beleidsmatig kader te plaatsen. Dit betekent dat er op bestuurlijk niveau en management niveau een duidelijke visie is en dat er een helder kader is voor de aansturing van de goede naleving van de Wzd. Tevens dient de uitvoering van de Wzd regelmatig geëvalueerd worden. Voor dit beleidsmatig kader gelden de volgende uitgangspunten:

Individuele afspraken

Bij de start van de behandeling wordt een individueel behandelplan opgesteld. In het behandelplan worden de behandeldoelen vastgelegd, maar daarbij worden ook afspraken gemaakt over contact met ouders en over dagelijkse activiteiten zoals onderwijs en vrije tijd.

Met de jeugdige worden zo nodig ook individuele afspraken gemaakt over gedragsregels en eventuele beperkingen. Het gaat in alle gevallen om individuele afspraken en om een individuele afweging op basis van de belangen en behandeldoelen van de jeugdige en in principe op vrijwillige basis.

Huisregels

In een behandelsetting zijn structuur en leefregels nodig voor een rustige en veilige leefsituatie. Duidelijke regels kunnen jongeren helpen om zich veilig en competent te voelen. Maar te veel of te strikte regels werken averechts en leiden bij jeugdigen tot onzekerheid en reacties van verzet en angst. De consequenties van het breken van regels, moeten een leereffect hebben.

Het is dus belangrijk om zo weinig mogelijk regels op te stellen en daarbij op de volgende punten te letten:

- De regel moet concreet aangeven waarvoor je respect moet hebben;
- De regel is zo positief mogelijk geformuleerd en beschrijft duidelijk waar het om gaat.
- Een algemene richtlijn voor huisregels is dat zij geen vrijheidsbeperkende maatregelen mogen bevatten en dat de jeugdigen bij het opstellen ervan worden betrokken. Door een grotere betrokkenheid zullen zij zich meer verantwoordelijk voelen.

Perspectief

In de afweging van onvrijwillige zorg of begrenzing gaat het om bescherming van het belang van de individuele jeugdige, gezien de gegeven tijd en situatie. Maar bij de afspraken moet ook gekeken worden naar de ontwikkelingsmogelijkheden en het perspectief waar naartoe gewerkt wordt. De afspraken zijn dus verbonden met de behandeldoelen en de beoogde gedragsverandering van de

jeugdige. Dit vraagt telkens om het gesprek tussen jeugdige en begeleider over het gedrag in concrete situaties en het perspectief op langere termijn.

Kwaliteitsindicatoren onvrijwillige zorg/Wzd

De indicatoren hieronder geven een beeld van de mate waarin onvrijwillige zorg voorkomt of als zodanig ervaren wordt. En de wijze waarin medewerkers geschoold worden in het werken met de Wzd.

	Indicatoren
1	Hoe vaak was er sprake van fixaties bij jeugdigen met een LVB?
2	Hoeveel afzonderings-/cool down ruimten met slot zijn er?
3	Hoe vaak ging bij jeugdigen met een LVB de deur op slot onder de Wzd?
4	Hoeveel klachten kwamen er terecht bij de klachtenfunctionaris (van ouders en jeugdigen met een LVB) die betrekking hadden op onvrijwillige zorg?
5	Hoeveel hoorzittingen zijn er geweest na een klacht (van ouders of jeugdigen met een LVB) bij de klachtenfunctionaris (door ouders en jeugdigen) die betrekking hadden op onvrijwillige zorg?
6	Hoeveel medewerkers die op de groep met jeugdigen met een LVB werken zijn geschoold in de Wzd? Waaruit bestaat die scholing?

H. Systeemgerichte benadering

De zorg en behandeling hebben betrekking op het gezins- en opvoedingssysteem en richten zich op het verminderen van de door dat systeem ervaren problematiek.

Uitgangspunt is dat het gezin en/of het sociale netwerk² worden betrokken bij de behandeling en begeleiding. OBC's kunnen aantonen dat de zorg inspeelt op de wisselwerking tussen de kenmerken van de jeugdige, de gezinssituatie, de opvoeding en de omgeving (school, sociale contacten, vrijetijdsbesteding e.d.).

Het is een behandel-/begeleidingsdoel om ervoor te zorgen dat jongeren een duurzaam netwerk opbouwen (met of zonder ouders).

OBC's bieden waar mogelijk ambulante zorg (stepped care, matched care). Als opname noodzakelijk is, wordt het gezin betrokken bij de zorg om terugkeer naar de vertrouwde omgeving voor te bereiden.

De instelling voert een bewust en actief beleid over de wijze waarop het gezin en het sociaal netwerk worden betrokken en/of gemobiliseerd.

De behandelaar legt in het behandelplan afspraken vast hoe het gezin en/of het sociaal netwerk zijn betrokken bij de begeleiding en behandeling en registreert en evalueert de voortgang.

I. Preventie/vroegsignalering

Een van de doelstellingen van de Jeugdwet is om door middel van preventie het gebruik van zwaardere zorg zoveel mogelijk te voorkómen.

Het is belangrijk om op te merken dat een licht verstandelijke beperking niet te voorkómen is. Het preventiebeleid van de OBC's is dus niet daarop gericht.

Het preventiebeleid is wel gericht op vroegsignalering, waarbij het uitgangspunt is dat een vroegtijdige herkenning van een licht verstandelijke beperking kan leiden tot een tijdige inzet van de juiste zorg en ondersteuning om verergering van de problematiek te voorkomen.

OBC's geven dat met name vorm in hun consultatiefunctie. De doelstelling van de consultatiefunctie is dus tweeledig, namelijk:

- vroegsignalering en -hulp door samenwerking met de eerstelijnszorg of generalistische zorg en hiermee terugdringing van specialistische zorg;
- een tijdige inzet van specialistische behandelen om erger te voorkomen, waarbij gedacht kan worden aan (ernstige) veiligheidsrisico's voor het kind in het gezin, risico's van criminaliteit, verslaving, schooluitval e.d.

De OBC's stellen hun expertise beschikbaar in het kader van preventie (vroegsignalering en -hulp) in overleg met generalistische professionals, wijkteams, scholen, re-integratie-bureaus, etc. De OBC's geven advies en bieden deskundigheidsbevordering en ondersteuning aan.

J. Ketenzorg en continuïteit van behandeling

De zorg en behandeling van de OBC's sluiten aan op de doelstellingen van de Jeugdwet, waarbij kinderen zo lang mogelijk thuis wonen en zoveel mogelijk in het gezin opgroeien. Door het tijdig inzetten van de juiste hulp wordt de inzet van zwaardere vormen van zorg zoveel mogelijk voorkomen. Met dat doel werken de OBC's samen met wijkteams en met andere gespecialiseerde instellingen.

² Het begrip sociaal netwerk moet hier breed worden opgevat. Het gaat behalve om familie ook om vrienden, burens, andere hulpverleners, de school, de werkgever, etc.

Vanwege de meervoudige problematiek en vanwege het uitgangspunt van één gezin - één plan is een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk.

Afstemming met andere sectoren, zoals (speciaal) onderwijs, wonen, arbeidsparticipatie, welzijn, etc. is vereist voor een contextuele en integrale benadering die kenmerkend is voor de werkwijze van OBC's. Deze afstemming is erop gericht om gezamenlijk competenties te versterken en een toekomstperspectief te ontwikkelen.

Hiertoe worden samen met de jeugdigen toekomstplannen opgesteld, waarin opgenomen is wat er moet gebeuren om de overgang naar volwassenheid, naar zo zelfstandig mogelijk wonen, van school naar werk, zo goed mogelijk te laten verlopen.

Het oordeel van cliënten van de kwaliteit van ketenzorg wordt aantoonbaar meegewogen bij de samenwerkingsafspraken en de evaluatie hiervan.

K. Kwaliteit van medewerkers

Jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblemen vormen een complexe doelgroep met een eigen hulpvraag. Voor een kwalitatief hoogwaardige en specialistische behandelen moeten begeleiders en behandelaars van deze cliënten beschikken over specifieke expertise en competenties.

De instellingen voeren een gericht beleid op het op peil houden en bevorderen van de professionaliteit van de medewerkers, specifiek gericht op de doelgroep:

- door het hanteren van het specifiek op de doelgroep LVB toegesneden door de VGN opgestelde competentieprofiel (SG)LVG,
- met een gericht opleidingsbeleid,
- met een beleid op het gebied van Onderzoek & Ontwikkeling,
- door deelname aan activiteiten van het Landelijk Kenniscentrum LVB en de VOBC,
- door het mogelijk maken van deelname aan congressen, zoals het congres "Met het oog op behandeling" van de VOBC, het Landelijk Kenniscentrum LVB en De Borg.

Norm van de verantwoorde werktoedeling

In de Jeugdwet geldt voor de professionaliteit van medewerkers de 'norm van de verantwoorde werktoedeling'. Deze is opgenomen in het Besluit Jeugdwet en is uitgewerkt in het Kwaliteitskader Jeugd³. De norm vraagt van aanbieders van jeugdhulp en jeugdbescherming dat zij professionals inzetten die over de juiste expertise beschikken en vakbekwaam zijn.

De norm van de verantwoorde werktoedeling bestaat uit drie onderdelen. Aanbieders van jeugdhulp en jeugdbescherming:

- zorgen dat de taken worden uitgevoerd door of met een vakbekwame, geregistreerde professional (BIG-register of SKJ);
- kunnen een niet-geregistreerde professional inzetten wanneer dit de kwaliteit van de hulp niet nadelig beïnvloedt, of juist noodzakelijk is voor de kwaliteit van de hulp (tenzij bepaling);
- zorgen ervoor dat professionals kunnen werken volgens hun professionele standaarden.

L. Kennisontwikkeling, deling en toepassing

De OBC's werken zoveel mogelijk op basis van actuele kennis over: diagnostiek, behandeling, nieuwe methodieken en nieuwe inzichten, zoals bijvoorbeeld op het gebied van trauma, problematische gehechtheid of andere veel voorkomende problematiek. Aangezien er nog relatief weinig onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van bestaande behandelinterventies bij kinderen en jongeren met een LVB, investeren de OBC's zelf in onderzoek of participeren zij in onderzoek van andere partijen. Ook delen zij ervaringen zodat de *practice-based* kennis over het werken met jeugdigen met LVB en ernstige gedragsproblemen wordt vergroot.

³<https://informatiebank.skjeugd.nl/wp-content/uploads/2022/08/kwaliteitskader-Jeugd.pdf>

Naast kennisontwikkeling en deling dragen de OBC's er zorg voor dat beschikbare kennis en richtlijnen terecht komen bij de professionals die werkzaam zijn in de dagelijkse praktijk van de organisatie: dat deze m.a.w. wordt gebruikt en toegepast door bijvoorbeeld de pedagogisch medewerkers, (GZ-)psychologen, orthopedagogen(-generalist), regiebehandelaren en zorgcoördinatoren. De OBC's hebben als doel om LVB-kennis goed te borgen.

De manier waarop OBCs bijdragen aan kennisontwikkeling, deling en toepassing willen de OBCs meer inzichtelijk maken en met elkaar verder ontwikkelen.

Voor dit onderdeel hebben we de volgende vragen:

	Vragen
1	Wat is het beleid op het gebied van onderzoek en ontwikkeling? In hoeverre draagt de organisatie bij aan het initiëren en/of participeren in wetenschappelijk onderzoek?
2	Hoe wordt kennis uit onderzoek en nieuwe richtlijnen geïmplementeerd. Wie is/zijn daar verantwoordelijk voor?
3	Welke kennis uit onderzoek e.d. is de afgelopen 2 jaar geïmplementeerd en hoe?
4	Hoeveel medewerkers zijn actief betrokken bij kennisuitwisseling tussen de OBC's, zoals bijvoorbeeld de deelname aan werkgroepen?
5	Wordt de kennis van het Landelijk Kenniscentrum LVB benut; zijn daar voorbeelden van te geven? Idem t.a.v. de kennis van de Academische Werkplaats Kajak en andere werkplaatsen?
6	Wat is het beleid rond deelname aan congressen/studiedagen voor verschillende professionals?
7	Welke handreikingen en richtlijnen worden momenteel actief gebruikt?
8	Wat is de mate van betrokkenheid bij de ontwikkeling van handreikingen, richtlijnen e.d.?