

OBC in perspectief

*Kwaliteitscriteria van de Orthopedagogische
Behandelcentra*



Dit is een uitgave van:

Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC)
Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht
www.vobc.nu
oktober 2018

1. Inleiding

In dit kwaliteitskader hebben de Orthopedagogische Behandelcentra, verenigd in de VOBC, hun kwaliteitseisen vastgelegd.

In 2018 is begonnen met een tweejaarlijkse onderlinge visitatiecyclus waarmee de OBC's bij elkaar op systematische wijze beoordelen in hoeverre ze aan deze kwaliteitseisen voldoen. Bij een positieve beoordeling wordt aan het betreffende OBC een keurmerk toegekend.

Het kwaliteitskader en het daaraan verbonden keurmerk heeft de titel "OBC in perspectief" meegekregen. De OBC's willen hiermee uitdrukking geven aan het uitgangspunt dat al hun activiteiten in het teken staan van het vergroten van het perspectief op een zo zelfstandig mogelijk leven van mensen met een licht verstandelijke beperking. Maar ook dat hun zorg en behandeling een ontwikkeling doormaakt: een continue kwaliteitsverbetering in het perspectief van veranderingen in de samenleving en in het zich vormende zorglandschap voor de zorg voor jeugdigen.

Voor het zichtbaar maken van het behandelaanbod, en de kwaliteit daarvan, hebben de OBC's een accreditatiebeleid ontwikkeld. Met het accreditatiebeleid willen de OBC's een bijdrage leveren aan de continue verbetering van hun zorg- en dienstverlening, individueel per instelling maar ook in hun onderlinge samenwerking onder de vlag van de VOBC.

In dit document zal achtereenvolgens worden 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.

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.

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 doen.

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 centraal het verhoogde risico dat mensen met een licht verstandelijke beperking lopen op het ontwikkelen van allerlei vormen van bijkomende problematiek. De Orthopedagogische Behandelcentra zijn gespecialiseerd in de behandeling van kinderen, jongeren 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, 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.

3. Zorg en behandeling voor jongeren 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 hier toe 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 gedocumenteerd.

Doelgroepbeschrijving

Volgens de laatste definitie van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) 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 gedrag, ook wel (sociaal) aanpassingsvermogen genoemd.

Adaptief gedrag 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 jongeren met een verstandelijke beperking geldt dat jongeren 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 jongere 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 verwacht mag worden op deze gebieden. De jongere 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.

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

Behandeling

De specifieke behandeling van deze specifieke doelgroep is in de afgelopen jaren uitvoerig beschreven in een aantal documenten van de VOBC en het Landelijk Kenniscentrum LVB. Genoemd kunnen worden:

- Handreiking Pedagogisch Klimaat
- Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB
- Richtlijn Effectieve Interventies LVB
- Modulenboek Orthopedagogische Behandelcentra

Kort gezegd heeft de behandeling in de OBC's als doel om kinderen te leren omgaan met hun beperkingen en om de bijkomende problematiek te verminderen, waarbij altijd het kind 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 kinderen met een LVB andere eisen gesteld aan het pedagogisch klimaat dan voor andere kinderen.

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 beschreven kwaliteitscriteria.

De visitaties zijn ontwikkelingsgericht. Er worden geen afvinklijstjes afgewerkt. 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 een beleidsadviseur 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 outcomecriteria voor de Jeugdhulp.

Het is voor de instellingen belangrijk om te laten zien dat ze aan al deze kwaliteitscriteria voldoen, terwijl de hiermee gepaard gaande belasting voor de instellingen 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 criteria in het Kwaliteitskader van 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 orthopedagogische interventies
- G. Vrijheidsbenemende en -beperkende maatregelen bij verblijf
- H. Systeemgerichte benadering
- I. Preventie/vroegsignalering
- J. Ketenzorg en continuïteit van behandeling
- K. Kwaliteit van medewerkers

A. Doelrealisatie

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*. 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 ontwikkelingsstaken (dynamische kenmerken, gedrag) anderzijds. Dit heeft een rechtstreeks effect op de doelrealisatie. Doelen kunnen veelal niet gericht zijn op het verdwijnen van de (chronische) problematiek, maar zijn er eerder op gericht om cliënten in staat te stellen adequaat met hun mogelijkheden en beperkingen om te gaan.

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 voorkeur/de verwijzer moeten worden ingevuld.

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 cliënten beter 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 ontwikkelingsmogelijkheden van de jeugdigen en die van hun 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(stoeliding) en vrijetijdsbesteding wordt in sterke mate bepaald door bijvoorbeeld goed functionerend (passend) onderwijs, direct aansluitende trajecten van arbeidstoeliding en, aansluitend op de behandeling, passende ambulante begeleiding (voor kind en gezin).

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.

B. Cliëntveiligheid

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

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 opname 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 gedragen en bevorderen gezonde seksuele ontwikkeling* (in 2014 ontwikkeld door de VOBC)
 - 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.

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 jongere 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 jongeren zich ook veilig voelen.

Voor de meting van de veiligheidsbeleving maken OBC's gebruik van een daarop toegesneden instrument, bijvoorbeeld de C-toets OBC of de Veiligheidsbarometer.

Bij het veiligheidsbeleid van de instelling moet de instelling voldoen aan het Toetsingskader Verantwoorde Hulp voor Jeugd van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

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 instellingen hanteren de C-toets OBC voor de meting van de ouder- en cliënttevredenheid. Dit is een specifiek op de doelgroep toegesneden instrument. Indien instellingen een ander instrument gebruiken, dient dit gemotiveerd te worden. Een alternatief instrument dient ook specifiek op de doelgroep toegesneden te zijn.

De tevredenheidsmeting is ingebed in het individuele hulpverleningsproces.

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 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 veilige thuissituatie. De inzet van de OBC's is om ouders te ondersteunen in het creëren van een dergelijk klimaat.

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, 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 LVB-jeugdigen met 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 hierin een rol spelen, kan beter worden aangesloten bij de specifieke persoonskenmerken en gezins-/omgevingsfactoren. Dit vergroot de kans op een positief behandelresultaat.

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.

De instelling voert optimale diagnostiek uit bij mensen met LVB-problematiek in de vorm van persoonlijke sterkte/zwakte-analyses, gebaseerd op de specifieke situatie, problematiek en gezins- en omgevingsfactoren. De diagnostiek is afgestemd op de problemen die het individu ondervindt i.v.m. beperkingen ten aanzien van 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 een passend en valide diagnostisch instrument;
- de inrichting van dit instrument hierop;
- de verwerking en interpretatie van de verkregen resultaten.

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

F. Effectieve orthopedagogische interventies

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.

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

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

G. Vrijheidsbenemende en -beperkende maatregelen bij verblijf

We maken een onderscheid tussen vrijheidsbenemende en vrijheidsbeperkende maatregelen.

Vrijheidsbenemende maatregelen zijn maatregelen als fixatie, opsluiting en afzondering.

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn maatregelen bijvoorbeeld ten aanzien van:

- het stellen van grenzen aan het gebruik van mobiele telefoons
- het innemen van rookwaar en aanstekers
- het stellen van grenzen aan het nuttigen van etenswaren en genotsmiddelen (drank, 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

1. *Vrijheidsbenemende maatregelen*

Zorg en behandeling van jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen vinden zoveel mogelijk plaats op basis van vrijwilligheid, vertrouwen en motivatie. De inzet van vrijheidsbenemende maatregelen wordt zoveel mogelijk voorkomen.

Vanwege de gedragsproblematiek kunnen zich situaties voordoen waarbij vanwege de vereiste veiligheid van cliënten en medewerkers de inzet van vrijheidsbenemende maatregelen onvermijdelijk is.

Als zich een situatie voordoet waarbij er sprake is van gevaar, dan moet een hulpverlener ingrijpen, ook eventueel met vrijheidsbenemende maatregelen. Als hij dit niet doet, is er sprake van nalatigheid.

Bij herhaling zal er een rechterlijke machtiging op grond van de BOPZ moeten worden aangevraagd. Als deze machtiging wordt afgegeven, zullen zorgvuldige afspraken moeten worden gemaakt welke vrijheidsbenemende maatregelen 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.

Indien de inzet van vrijheidsbenemende maatregelen noodzakelijk wordt geacht en er geen rechterlijke machtiging op grond van de BOPZ wordt verkregen, dan vindt zo mogelijk doorplaatsing plaats naar een instelling voor gesloten jeugdhulp. Uiteraard is hiervoor ook een rechterlijke machtiging vereist, maar deze wordt op andere gronden afgegeven dan een machtiging voor jeugdigen die behandeling in een OBC ontvangen.

Bij doorplaatsing naar een instelling voor gesloten jeugdhulp vindt overleg met de betreffende instelling plaats met het oog op de continuïteit van de behandeling, ook na de periode van opname in de instelling voor gesloten jeugdhulp.

Bij de inzet van vrijheidsbenemende maatregelen is het vigerende wettelijke kader en het daarop gebaseerde toetsingskader van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd uiteraard leidend.

De besluitvorming over en de toepassing van vrijheidsbenemende middelen moet goed onderbouwd, geëvalueerd en gedocumenteerd worden. Ook moet 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 in het gedwongen kader.

De nieuwe Wet Zorg & Dwang, die in 2020 in werking treedt, kent daarnaast de mogelijkheid van een voorwaardelijke machtiging voor gedwongen opname. Mogelijk dat dit middel ertoe kan bijdragen dat de noodzakelijke behandeling zoveel mogelijk in vrijwilligheid kan worden voortgezet.

2. *Vrijheidsbeperkende maatregelen*

Vanwege hun kalender- en ontwikkelingsleeftijd hebben de jongeren een opvoedvraag. Bij opvoeding is ook sprake van begrenzing. Deze begrenzing heeft als doel om ontwikkelkansen te bevorderen en om gevaar te voorkomen. Er bestaat een spanning tussen maatregelen die in het kader van de opvoeding noodzakelijk worden geacht enerzijds en die wettelijk gezien zijn toegestaan, anderzijds. De instellingen voeren op dit terrein, binnen de wettelijke mogelijkheden, een duidelijk beleid.

H. Systeemgerichte benadering

De zorg en behandeling heeft zoveel mogelijk betrekking op het gezins- en opvoedingssysteem en richt zich op het verminderen van de door dat systeem ervaren problematiek.

Uitgangspunt is dat waar mogelijk het gezin en/of het sociale netwerk¹⁾ wordt betrokken bij de behandeling en begeleiding. OBC's kunnen op die manier 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.).

Vaak is er sprake van ontworpen gezinnen, waardoor het contact met het gezin is verbroken, of de veiligheid van het kind in het geding is. In dat soort situaties wordt gemotiveerd afgeweken van het algemene uitgangspunt dat het gezin wordt betrokken bij de behandeling.

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

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

Op beleidsniveau is vastgelegd hoe 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 voorkomen. OBC's dragen hieraan bij in de vorm van een consultatiefunctie. De doelstelling van de consultatiefunctie is tweeledig, namelijk:

- Vroegsignalering en -hulp door samenwerking met de eerstelijnszorg of generalistische zorg en hiermee terugdringing van specialistische zorg;
- Een tijdige inzet van specialistische behandelingen 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-integratiebureaus, 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.

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.

¹⁾ Het begrip sociaal netwerk moet hier breed worden opgevat. Het gaat behalve om familie ook om vrienden, bureaus, andere hulpverleners, de school, de werkgever, etc.

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 worden aantoonbaar meegewogen bij de samenwerkingsafspraken en de evaluatie hiervan.

K. Kwaliteit van medewerkers

Professionele begeleiders en behandelaars van jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblemen voldoen aantoonbaar aan kwaliteitscriteria voor expertise en competenties.

Jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblemen vormen een complexe doelgroep met een eigen hulpvraag. Voor een kwalitatief hoogwaardige en specialistische behandelen moeten professionele 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,
- door het mogelijk maken van deelname aan congressen zoals de congressen “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 Jeugd. 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.