UNIVERSITY OF AMSTERDAM

UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Haalbaarheid onderzoek naar geweld in de orthopedagogische behandelcentra voor jongeren met een licht verstandelijke beperking

In opdracht van de Commissie Vooronderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg

Moonen, X.M.H.; Douma, J.C.H.

Publication date
2016

Document Version
Final published version

Published in
Bijlagen

Link to publication

Citation for published version (APA):
Moonen, X. M. H., & Douma, J. C. H. (2016). Haalbaarheid onderzoek naar geweld in de orthopedagogische behandelcentra voor jongeren met een licht verstandelijke beperking: In opdracht van de Commissie Vooronderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg. In *Bijlagen: Commissie Vooronderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg* (pp. 338-370). Commissie Vooronderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg.

General rights
It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations
If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: https://uba.uva.nl/en/contact, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (https://dare.uva.nl)

Download date:18 Jan 2026

Bijlagen

Commissie Vooronderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg

17 mei 2016

Inhoudsopgave

1 Inleiding 7

2 Met geweld opvoeden 11

3 Vooronderzoek Juridisch kader in situaties van geweld tegen kinderen 65

4 Voorstudie over de stand van de archieven met betrekking tot jeugdzorg na 1945 in relatie tot geweld 111

5 Voorstudie Victimisatie 145

6 Haalbaarheid van onderzoek naar geweld in de residentiële jeugdzorg 169

7 Haalbaarheidsonderzoek naar geweld in de Pleegzorg 213

8 Haalbaarheidsonderzoek naar geweld in dejustitiële jeugdinrichtingen 251

9 Haalbaarheid onderzoek naar geweld in de orthopedagogische behandelcentra voor jongeren met een licht verstandelijke beperking 339

10 Onderzoek naar geweld in de jeugdzorg. Lessen uit andere landen 373

11 Advies over hoe de methode Oral History kan worden ingezet ten behoeve van onderzoek naar voorkomen en gevolgen van geweld in de jeugdzorg 411

12. Plan van aanpak onderzoek naar prevalentie geweld 2015 bij kinderen 435

13 Interviews over ervaringen met geweld in de jeugdzorg 445

14 Samenstelling commissie en secretariaat 495

9

Opdrachtnemer namens het
Landelijk Kenniscentrum LVB

Dr. X.M.H. Moonen
Dr. J.C.H. Douma

Haalbaarheid onderzoek naar geweld in de orthopedagogische behandelcentra voor jongeren met een licht verstandelijke beperking

In opdracht van de Commissie Vooronderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg

Utrecht, februari 2016

Inhoudsopgave Bijlage 9

Inleiding en leeswijzer **341**

1 Beschrijving van de zorgverlening aan kinderen met een LVB in de OBC's **344**
1.1 Inleiding 344
1.2 Internationale definitie van verstandelijke beperking 344
1.3 De criteria voor opname in de OBC's en de kenmerken van de opgenomen kinderen met een LVB 344
1.4 De geschiedenis van de OBC's 346
1.5 Het financiële en wettelijke kader waarbinnen de OBC's werken 347
1.6 Beschouwing 348

2 Interne kaders instellingen **349**
2.1 Inleiding 349
2.2 Uitgangspunten/interne kaders voor de zorgverlening binnen OBC's - een chronologisch overzicht 349
2.3 Omgaan met vrijheids-beperkende maatregelen in het kader van de Wet Bopz 351
2.4 Beschouwing 352

3 Geweld **354**
3.1 Analyse van bestudeerde documenten 354
3.2 Beschouwing 355

4 Toezicht **357**
4.1 Toezicht op en registratie van dwang en geweld 357
4.2 Beschouwing 358

5 Vorming en toerusting **360**
5.1 Inleiding 360
5.2 De opleiding tot begeleider in de zorg voor kinderen met een (L)VB 360
5.3 De opleiding tot arts en gedragswetenschapper in de zorg voor kinderen met een (L)VB 361
5.4 Beschouwing 362

6 Conclusies en advies **363**
6.1 Komt geweld voor in de OBC's? 363
6.2 Is nader onderzoek naar geweld binnen OBC's noodzakelijk? 363
6.3 Is onderzoek naar geweld binnen OBC's haalbaar en waar kan informatie gevonden worden? 364
6.4 Is onderzoek naar geweld tegen kinderen in andere organisaties voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking nodig en mogelijk? 365

Bronnen **366**
Bijlage 1 Overzicht van de Orthopedagogische Behandelcentra **369**
Bijlage 2 Gebruikte afkortingen **370**

Inleiding en leeswijzer

Inleiding

Kinderen die we nu aanduiden met de term "licht verstandelijke beperking" (LVB), werden vroeger anders genoemd. Zo werd tot ver in de vorige eeuw over "kinderen met lichte zwakzinnigheid" en over "debiele kinderen" gesproken. De term debiliteit is een destijds veel gehanteerd medisch begrip. Het weerspiegelt de wijze waarop naar deze kinderen werd gekeken: kinderen met een erfelijke of biologisch-genetische stoornis. Ingrijpen in het leven van deze kinderen werd vooral gemotiveerd met verwijzing naar het niet te repareren karakter van de stoornis en de noodzaak van (levenslange) zorg. De term achterlijke kinderen werd lange tijd (soms parallel aan het begrip debiliteit) gebruikt. Deze term verwees naar de minder intellectuele vermogens in vergelijking met leeftijdsgenoten, en ook naar hun sociale achterstand. De nadruk bij het ingrijpen in het leven van deze kinderen lag op pedagogisch-sociale rehabilitatie en behandeling en het aanleren van vaardigheden.

In de jaren 70 van de vorige eeuw kwam het begrip "moeilijk lerend kind" in zwang. Hierbij werd vooral verwezen naar het gegeven dat deze kinderen moeilijk konden leren. De nadruk kwam naast behandeling voor afwijkende gedragingen meer en meer op (aangepaste vormen van) onderwijs, leren en trainen te liggen.

Tegenwoordig wordt de term "licht verstandelijke beperking" veel gebruikt. Daarbij hoort de uitleg dat de beperkingen in verstandelijke vermogens relatief licht zijn, maar dat de gevolgen daarvan ernstig kunnen zijn. Het beleid ten aanzien van deze kinderen is nu gericht op het (zo vroeg als mogelijk) herkennen van hun beperkingen en daarna het behandelen van de negatieve gevolgen van deze beperking enerzijds en op het bieden van aangepaste vormen van ondersteuning anderzijds.

Het doel van de commissie is om inzicht te krijgen in de vraag in hoeverre geweld in de jeugdzorg sinds 1945 voorkwam. De onderzoeksvraag van deze voorstudie richt zich specifiek op kinderen met een LVB die uit huis zijn geplaatst. Kinderen met een LVB en bijkomende gedragsproblemen kunnen ondersteuning en jeugdhulp ontvangen in allerlei vormen van jeugdzorg en in de gehandicaptenzorg. In de gehandicaptenzorg worden vooral die kinderen met een (L)VB opgenomen waarvan de verwachting is dat zij levenslang en op vele terreinen intensieve zorg en ondersteuning nodig zullen hebben. De focus daarbij is primair hun verstandelijke beperking en daaruit voortkomende behoefte aan ondersteuning en begeleiding.
Bij deze kinderen is slechts in incidentele gevallen sprake van een uithuisplaatsing. Het gaat hierbij om een relatief klein aantal kinderen die zijn opgenomen in meerdere instellingen in de gehandicaptenzorg.

Daarnaast kunnen kinderen met een LVB worden opgenomen in instellingen in de algemene jeugdzorg. Landelijk zijn daar geen aantallen van bekend omdat niet geregistreerd wordt op basis van een (licht) verstandelijke beperking.

In de jeugdzorg nemen de Orthopedagogische Behandelingscentra (OBC's) een aparte plaats in. De OBC's richten zich op de behandeling van kinderen met een LVB en gedragsproblemen. Hierbij gaat het dus in alle gevallen om kinderen met een licht verstandelijke beperking, waarvan meer dan de helft ook met een ondertoezichtstelling of voogdij uit huis geplaatst is. Om deze reden hebben de auteurs er voor gekozen om in deze notitie het voorkomen van geweld in de OBC's te onderzoeken. In paragraaf 6.3 worden door de auteurs wel opmerkingen geplaatst over de gehele

zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in zoverre de bestudering van bronnen over onderzoek in de OBC's hier aanleiding toe gaf.

De OBC's functioneerden tot 1 januari 2015 binnen de wettelijke kaders van de gehandicaptenzorg en sinds 1 januari 2015 binnen die van de Jeugdwet. Wij richten ons in deze tekst op onderzoek naar geweld tegen kinderen met een LVB die in de OBC's, als bijzondere vorm van jeugdzorg, behandeld werden en worden. Als wij over kinderen praten bedoelen we personen van 3-23 jaar, want dat is de leeftijdsrange waarop de OBC's zich richten. In bijlage 1 staat een overzicht van alle Orthopedagogische Behandelcentra die er op dit moment zijn.

De beperking tot onderzoek bij de OBC's roept wel een aanvullende vraag op, namelijk of ook onderzoek naar geweld bij andere organisaties in de gehandicaptenzorg nodig en mogelijk is. De auteurs gaan in op deze vraag bij het besluit van hoofdstuk 6.

Gebruikte bronnen

De in dit document vermelde informatie is voornamelijk verkregen door bestudering van beschikbare, deels historische, literatuur over de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in het algemeen en literatuur over kinderen met een LVB die opgenomen waren en zijn in een OBC in het bijzonder. Daarnaast zijn interne documenten van (zorg)organisaties in de gehandicaptenzorg en van de OBC's bestudeerd, zoals visie- en interne opleidingsdocumenten.

Om de informatie uit de bestudeerde schriftelijke bronnen beter te kunnen duiden, zijn gesprekken gevoerd met twee professionals die in OBC's werkzaam zijn. De eerste professional is benaderd omdat betrokkene al meer dan 20 jaar werkzaam is in zorginhoudelijke en leidinggevende functies in meerdere OBC's en actief betrokken is bij beleidsontwikkelingen in de sector. Om te controleren of aan de uitspraken meer algemene geldigheid kon worden ontleend, is vervolgens met een tweede professional gesproken met een zelfde achtergrond die het geschetste beeld kon bevestigen. Om reden van tijd is er niet voor gekozen om daarna nog meer professionals te bevragen. Aan de professionals is gevraagd of zij kennis hebben van geweld in de OBC's, en zo ja, tussen wie, hoe daarmee omgegaan werd door begeleiders, op welke wijze begeleiders hierin geschoold en getraind werden en of incidenten met geweld geregistreerd werden. Hun informatie is in diverse hoofdstukken verwerkt.

Over de periode 1945-1980 is vrijwel geen informatie te vinden over het voorkomen van geweld in de OBC's. Over de periode daarna zijn meer documenten, richtlijnen, protocollen en handreikingen gevonden, maar uit de geanalyseerde documenten is niet duidelijk geworden of deze in de praktijk ook werkelijk nageleefd werden en worden. Niet geanalyseerd zijn bronnen die slechts met toestemming van de betrokkenen toegankelijk zijn, zoals individuele behandelplannen en rapportages over individuele incidenten. Het voerde te ver voor dit onderzoek en het zou te veel tijd kosten om die procedure te starten en tijdig af te ronden.

We hebben één duidelijke bron betreffende het voorkomen van seksueel geweld in de OBC's gevonden. Uit dossieronderzoek bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (onderdeel van het onderzoek naar seksueel geweld in de jeugdzorg - Commissie-Samson) blijkt dat seksueel geweld voorkwam en -komt in de OBC's (Wissink, Moonen, Van Vugt, & Stams, 2012). Dit seksueel geweld ging in 15% van de gevallen gepaard met verbaal en fysiek geweld. Ook informatie van de twee geïnterviewde gedragsdeskundigen bevestigt dit.

Hoofdstukindeling

Dit document kent 6 hoofdstukken. Ieder hoofdstuk wordt afgesloten met een beschouwing van de auteurs. Deze beschouwingen zijn een opmaat voor de conclusies in hoofdstuk 6.

In hoofdstuk 1 beschrijven wij wie die kinderen met een LVB zijn en staan we stil bij de kenmerken van de kinderen die in de OBC's behandeld werden en worden. Ook geven we weer hoe de OBC's zich in de loop der jaren ontwikkeld hebben. In hoofdstuk 2 geven we in chronologische volgorde weer op welke kaders en theoretische inzichten de ondersteuning en behandeling in de OBC's van deze kinderen gebaseerd was en is. Er is hierbij speciale aandacht voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen die kunnen samenhangen met (het ervaren van) geweld. Vervolgens presenteren we in hoofdstuk 3 de bronnen over geweld in de OBC's. In hoofdstuk 4 staan we stil bij de wijze waarop er toezicht plaatsvond en -vindt op de OBC's en de procedures voor het melden van geweldsincidenten. In hoofdstuk 5 gaan we in op de opleidingstrajecten van begeleiders en andere professionals en hoe er hierbij aandacht werd besteed aan hoe met deze kinderen om te gaan en hoe te handelen in geval van (dreigend) gevaar. We eindigen deze tekst in hoofdstuk 6 met onze conclusies en advies.

Tot slot, in de tekst zelf gebruiken we verschillende afkortingen. Een overzicht hiervan is opgenomen in bijlage 2.

1 Beschrijving van de zorgverlening aan kinderen met een LVB in de OBC's

1.1 Inleiding

We staan in dit hoofdstuk achtereenvolgens stil bij de definitie van (licht) verstandelijke beperking, bij de criteria voor opname in een OBC en de bijzondere kenmerken van deze kinderen met een LVB. Daarna gaan wij in op de geschiedenis van de OBC's en op de financiële en wettelijke kaders. Wij sluiten dit hoofdstuk af met een beschouwing.

1.2 Internationale definitie van verstandelijke beperking

Een (L)VB wordt onder andere bepaald door de IQ-score. Begin 20e eeuw werd onderscheid gemaakt tussen verschillende niveaus van verstandelijk functioneren: idioten (IQ < 20), lage imbecielen (IQ 20-35), hoge imbecielen (IQ 35-55), debielen (IQ 55-70) en zwakbegaafden (IQ 70-90).
De zwakbegaafden hoorden in dit rijtje niet tot de groep mensen met een verstandelijke beperking. LVB is de lichtste vorm van zwakzinnigheid. Als bovengrens van LVB is vrijwel altijd een IQ-score van twee standaarddeviaties onder het gemiddelde aangehouden (IQ-score ≤ 70). Alleen tussen 1959-1973 werd er internationaal uitgegaan van 1 standaarddeviatie onder het gemiddelde (IQ-score ≤ 85). Geleidelijk aan is echter de nadruk steeds meer komen te liggen op het tweede kenmerk van een verstandelijke beperking, namelijk de beperkte sociaal-adaptieve vaardigheden (Schalock et al., 2010). Deze zijn in de definities in de tijd steeds nauwkeuriger omschreven. Vanaf 2013 worden in de 5e editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2103) de niveaus van verstandelijke beperking (VB) niet meer bepaald door de IQ-score, maar door de mate van beperking in de adaptieve vaardigheden. Wel is een maximale IQ-score van 65-75 internationaal vereist om van een (L)VB te kunnen spreken.

1.3 De criteria voor opname in de OBC's en de kenmerken van de opgenomen kinderen met een LVB

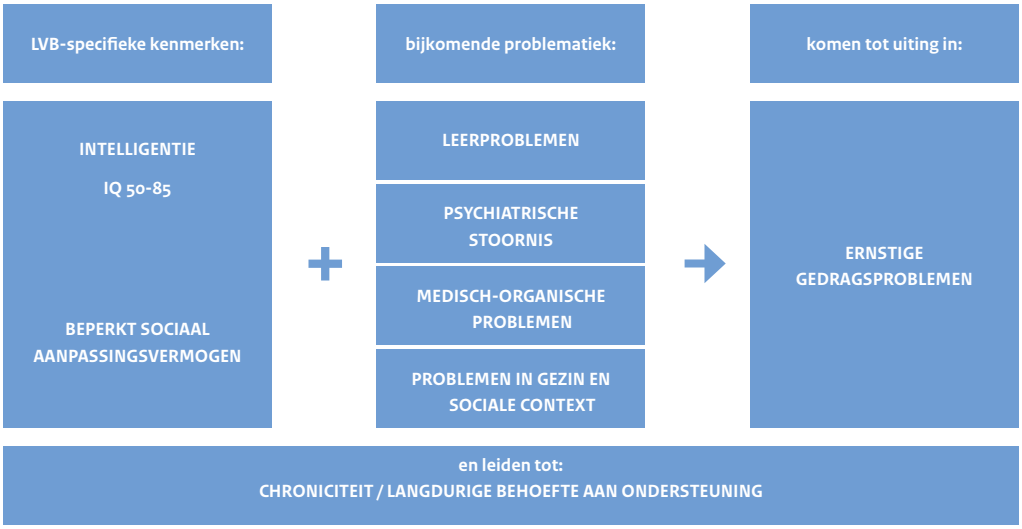
Naast de kinderen met een IQ score tussen 50 en 70 kunnen de kinderen met een IQ-score van 70-85 (die dus "zwakbegaafd" zijn) worden opgenomen in een OBC, mits er meervoudige problematiek is (Centrum Indicatiestelling Zorg, 2009). Tot meervoudige problematiek wordt gerekend: een verstandelijke beperking (laag intellectueel vermogen), beperkt sociaal aanpassingsvermogen en ernstige, chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, ernstige leerproblemen, gedragsproblemen of psychiatrische problemen of medische problemen, eventueel in combinatie met problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik. Het zijn die bijkomende problemen die gerelateerd zijn aan gedragsproblemen waarvoor vaak gespecialiseerde behandeling of ondersteuning gevraagd wordt.

In figuur 1 worden schematisch de kenmerken en bijkomende problemen weergegeven van deze groep kinderen. Die kenmerken worden vervolgens kort toegelicht (zie voor een uitgebreidere beschrijving, Douma, Moonen, Noordhof, & Ponsioen, 2012) en in verband gebracht met het voorkomen van agressieve of gewelddadige incidenten in de OBC's .

Het leren en denken van deze kinderen is concreet en minder snel. Hun woordenschat is vaak beperkt en zij hebben moeite langere en complexere zinnen te begrijpen. Ze hebben meer problemen met lezen, rekenen, het onthouden van instructies, het scheiden van hoofd- en bijzaken en het zien van verbanden tussen oorzaak en gevolg. Daardoor kunnen ze situaties verkeerd inschatten en interpreteren. De opgenomen kinderen hebben vaker psychiatrische stoornissen, zoals ADHD, een autismespectrumstoornis, depressieve klachten, angststoornissen en gedragsstoornissen, zoals oppositioneel opstandig gedrag en antisociaal gedrag. Daarnaast hebben zij relatief vaker specifieke medisch-organische aandoeningen, zoals het Fragiele X-syndroom en het Prader-Willi Syndroom, die kunnen samenhangen met gedragsproblemen.

Veel van de gedragsproblemen van de kinderen kunnen gerelateerd worden aan hun gezinssituatie en sociale context. De gezamenlijke directeuren van behandelinstituten voor kinderen met een LVB gaven in een publicatie in 1995 aan dat er vaak sprake is van een ernstig stagnerende opvoedingssituatie (Nederlandse Vereniging Gehandicaptenzorg, 1995), soms multiprobleemgezinnen met een zwakke sociaal-economische positie. De ouders hebben relatief vaak psychische problemen en circa 30% van de kinderen heeft één of twee ouders met een LVB. Bij veel van deze gezinnen loopt de spanning op en vermindert de gevoeligheid voor de behoeften van de kinderen soms zo erg dat sprake is van verwaarlozing. Bij deze kinderen worden relatief vaak hechtingsproblemen vastgesteld. In multiprobleemgezinnen komen verwaarlozing en mishandeling van de kinderen of tussen de ouders onderling vaker voor. De gevolgen van kindermishandeling en/of van het slachtoffer/getuige zijn van huiselijk geweld zijn voor deze kinderen vaak extra ingrijpend, omdat zij over minder copingvaardigheden beschikken om hiermee om te gaan. Dit uit zich vaak in internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag, zoals agressie en het niet accepteren van grenzen.

Figuur 1: Kenmerken van kinderen opgenomen in een OBC



(Bron: Moonen & Verstegen, 2006)

De sociale omgeving waarin ze opgroeien wordt vaker als negatief beschreven. Veel kinderen groeien op in achterstandswijken met relatief meer criminaliteit. Hun visie op de maatschappij en wat "normaal gedrag" is kan daardoor anders (negatiever) zijn dan die van andere kinderen. Er wordt beschreven dat zij ook meer delinquente dan pro-sociale vrienden hebben wat de kans op gedragsproblemen en criminaliteit verhoogt (Collot D'Escury, 2007).

1.4 De geschiedenis van de OBC's

Veruit de meeste OBC's hebben hun wortels in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, voorheen zwakzinnigenzorg genoemd. Daarom is het van belang om de ontwikkeling van de OBC's mede te beschouwen vanuit de ontwikkelingen in deze zorgsector. Lang niet alle mensen met een (L)VB hadden, en dat geldt nog steeds, institutionele zorg nodig. Soms woonden ze met veel liefde omringd thuis, gingen naar school en/of werkten ze hard in de landbouw of industrie. Een belangrijk argument voor opname van een kind in een inrichting was om verwaarlozing en een liefdeloze opvoeding tegen te gaan. Daarnaast speelden argumenten als noodzaak van intensieve medische zorg en van voortdurend toezicht (ter bescherming van de betrokkene of van de samenleving) een rol. De gemeente, maar ook de ouders, konden om een opname vragen.

Veel OBC's zijn ontstaan als deel van een grotere zorginstelling. In 1907 begon zwakzinnigeninrichting 's Heeren Loo een aparte voorziening voor verwaarloosde, achterlijke jongens en meisjes; Groot-Emaus. Het "internaatsleven" stoelde op twee pijlers: sociaal-geneeskundig of zelfs pedagogisch behandeling en de levensbeschouwelijke inrichting van de zorg. De internaten voor kinderen met een LVB waren behandelinstituten (Van Gennep, 1989). Hier stond het leren centraal. Dit was gericht op de toekomstige maatschappelijke participatie van het kind buiten het instituut. Er werden alleen kinderen toegelaten die "onderwijsgeschikt" waren. Het onderwijs had een praktisch karakter en was vooral gericht op "doe-vakken"en het voltooien van een vakopleiding (voor de "beteren"). Het verblijf kende een op het individu gerichte aanpak met een pedagogische behandeling. De reden van opname lag vooral in "problemen op school of thuis" (verwaarlozing, asociaal zijn van het gezin). Kortom, de internaten waren er voor de "zwaardere gevallen" en de moeilijker opvoedbaren. De leiding berustte vaak bij een onderwijzer. Er werden drie typen kinderen opgenomen: voogdijkinderen (inclusief weeskinderen), "regeringskinderen" (een strafrechtelijke plaatsing) en vrijwillig geplaatste kinderen.

Onder invloed van biochemische en genetische verklaringen voor een verstandelijke beperking was de zorg na de tweede wereldoorlog tot medio jaren 60 van de vorige eeuw vooral medisch georiënteerd. De beperking werd als onomkeerbaar beschouwd en de betrokkene moest goede zorg krijgen. Daarna werden er twee bewegingen zichtbaar. Ten eerste was er een beweging die gericht was op acceptatie van de opgenomen persoon met een beperking als uniek en waardevol en op de bevordering van diens zelfontplooiing. Ten tweede was er een beweging gericht op pedagogische professionalisering van de zorg met nadruk op leren en gedragsmatige beïnvloeding. Dit strookte met de onderwijskundige en opvoedkundige doelen die de OBC's altijd al hadden gehad en die ook na de tweede wereldoorlog bleven bestaan.

Na 1965 vond er een explosieve ontwikkeling plaats van vooral de zorg en dienstverlening (Brenninkmeijer, 1997). Er werden deskundigen aangetrokken die inhoud gaven aan de professionalisering van de werkzaamheden . De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) speelde hierbij een belangrijke rol. Zij eiste dat een geneesheer-directeur de leiding had, stimuleerde de gespecialiseerde opleiding tot verpleegkundigen in de zwakzinnigenzorg en drong aan op een deskundige

staf. Langzamerhand vormde zich een deskundigheidsregime (Tonkens, 1999): medisch en gedragswetenschappelijke deskundigen, van wie de wetenschappelijke deskundigheid de belangrijkste leidraad voor het denken over verstandelijke beperking en het inrichten van de zorg werd gezien. Dat regime werd gevormd door psychologen, orthopedagogen, bewegingstherapeuten, speltherapeuten, logopedisten, activiteitenbegeleiders enzovoort.
De nadruk kwam steeds meer te liggen op de ondersteuning van de ontwikkeling van de kinderen (Beltman, 2001).

Door de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968, de liberale hantering van de indicatiecriteria voor LVB (nadruk op IQ, met als gevolg opname van veel kinderen uit achterstandsituaties, inclusief uit migrantengroepen), de afname van de draagkracht in het moderne gezin, de opkomst van Sociaal Pedagogische Diensten (SPDen), de toenemende deskundigheid van de instellingen en de toename van verwijzingen vanuit de kinderbescherming groeiden de OBC's . In 1979 waren er landelijk 21 behandelinstellingen voor kinderen met een LVB. Door fusies verkleinde dit aantal in 1993 tot 18 erkende OBC's met totaal 1994 bedden (met een spreiding tussen 32-257 bedden per OBC). Hiervan waren er twee zogenaamde "achtervanginstellingen" die "gedragsgestoorde" kinderen opnamen met een extra zware indicatie (Barnhard, 1994).

In de jaren 90 van de vorige eeuw kwam er een herwaardering van de psychiatrie in de OBC's (Noorda, 1989). Barnard (1994) en Barnhard en Kramer (2003) constateerden steeds meer samenwerking tussen de OBC's en de (kinder- en jeugd)psychiatrie en een toename van psychiatrische hulpverlening in de OBC's. Zij beschrijven dat er steeds meer kinderen werden aangemeld met incestervaringen, persoonlijkheidsstoornissen, depressies et cetera. Dit vraagt volgens Barnhard bij die kinderen om een meer of zeer gestructureerd leefklimaat en de inzet van allerlei individuele en groeps- en gezinsgerichte therapieën.
In 2014 waren er ongeveer 5000 cliënten die intramuraal en ongeveer 8000 die extramuraal behandeld werden door een van de 13 OBC's (sommige met meerdere locaties). De "uitstroom" uit de OBC's was en is divers. Kinderen gaan terug naar huis (dit aantal neemt in de loop der jaren toe), naar een vorm van (al dan niet begeleid) zelfstandig wonen of naar vormen van beschermd wonen.

1.5 Het financiële en wettelijke kader waarbinnen de OBC's werken

Van 1968 tot 1 januari 2015 werd in de OBC's zorg geboden op grond van financiering in het kader van de AWBZ. De benodigde zorgindicatie werd tot 1 januari 2015 afgegeven door een onafhankelijk indicatieorgaan, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). In de OBC's was de gezondheidswetgeving van toepassing, waaronder de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz, tot 1 januari 2016).
Het toezicht op alle vormen van zorg binnen de OBC's werd gehouden door de IGZ, die toetste of zorgaanbieders zich aan de (wettelijke) normen voor verantwoorde zorg hielden.

Per 1 januari 2015 zijn in het kader van de transitie de gemeenten verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor kinderen met een LVB. Voor de kinderen die 18 jaar worden en nog voortgezette behandeling in het OBC nodig hebben, kan overigens in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) een indicatie voor verlengde behandeling door het CIZ worden verstrekt. Het thans geldende wettelijk kader voor de OBC's is de Jeugdwet, maar tegelijkertijd zijn ook de Wgbo (bij een geneeskundige behandeling) en de Wet Bopz nog steeds van toepassing. De IGZ houdt nog steeds toezicht op de

OBC's, maar er ontstaat geleidelijk aan een werkmodel van samenwerking tussen de Inspectie Jeugdzorg (IJZ), de IGZ en de Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ).

1.6 Beschouwing

In dit hoofdstuk hebben we een beschrijving gegeven van de kenmerken van kinderen met een LVB in het algemeen en van kinderen in een OBC in het bijzonder en van de geschiedenis van de zorg aan deze kinderen. De OBC's behandelen al van oudsher kinderen met complexe problemen waarvan er velen uit disfunctionele opvoedingssituaties komen. De kenmerken van deze kinderen, de door hen meegemaakte gebeurtenissen en de setting waarin zij behandeld worden is een explosieve mix, die geweld in de hand kan werken. In de literatuur is beschreven dat bij veel kinderen voor opname sprake is van geweld of andere traumatische situaties. Velen hebben een hechtingsstoornis of er ontbreekt een positief rolmodel. Deze kinderen lopen op grond van hun beperkingen en de sociale context meer risico op sociaal inadequaat gedrag dat in veel gevallen leidt tot verbale of fysieke reacties en conflictsituaties. Zij hebben een "korter lontje" en een minder groot handelingsrepertoire dan leeftijdsgenoten zonder een LVB, maar ook dan leeftijdsgenoten met een LVB die uit een gunstigere opvoedingssituatie en sociale context komen. Dit vergroot het risico op situaties met agressie en geweld in de instelling, met name tussen kinderen onderling.
In de OBC's worden deze kinderen in een groep behandeld. Onze ervaring is dat deze conflicten tussen kinderen onderling vaak voorkomen en geregeld heftig en ongecontroleerd zijn. Dit wordt bevestigd door de twee professionals die signaleren dat bij de behandeling van deze kinderen in groepen een verhoogd risico bestaat op het ontstaan van conflictsituaties met verbaal en fysiek geweld. Door de groei van preventieve en ambulante interventies worden nu vooral "de zwaarste gevallen" nog residentieel opgenomen.
De geïnterviewden geven aan dat begeleiders vaker dan voorheen worden geconfronteerd met geweld van de opgenomen kinderen dat op hen is gericht. Er is dan (dreigend) gevaar voor de begeleider of voor andere kinderen. Als verbaal ingrijpen niet volstaat, zal er fysiek worden ingegrepen.
Dit ingrijpen kan volgens de twee professionals door de kinderen als geweld ervaren worden.

Tot slot is de behandelduur de afgelopen 2-3 jaren sterk verkort en de samenstelling van de groepen wisselt vaker. Kinderen moeten daarin steeds opnieuw hun plek bepalen. (Nieuwe) kinderen worden gepest, wat psychisch een impact kan hebben op de kinderen. Dit pesten lijkt de laatste jaren ook toe te nemen.

Figuur 2: Schematische samenvatting wettelijke kaders

	Klein	Middel	Groot
Pearson *r*	.20	.50	.80
Cohen's *d*	.10	.30	.50
Odds ratios	<2.5	2.5 - 4.1	>4.1

2 Interne kaders instellingen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we eerst in paragraaf 2.1 chronologisch weer op welke uitgangspunten of interne kaders de ondersteuning en behandeling in de OBC's gestoeld is (geweest). Vanaf de jaren 90 van de vorige eeuw tot heden blijkt het "competentiegericht werken" een belangrijk begeleidingskader te zijn voor de OBC's (paragraaf 2.2.). In paragraaf 2.3 staan we stil bij vrijheidsbeperkende maatregelen en de technieken die gebruikt worden om met dreigend destructief gedrag (DDG) van de kinderen om te gaan en tot slot reflecteren wij op de gevonden informatie in paragraaf 2.4.

2.2 Uitgangspunten/interne kaders voor de zorgverlening binnen OBC's - een chronologisch overzicht

Tot medio jaren 50 van de vorige eeuw
Tot in het midden van de jaren 50 van de vorige eeuw was de zwakzinnigenzorg nog maar matig geprofessionaliseerd (Beltman, 2001; Mans, 1998). Beide auteurs schetsen een beeld van zorg waar mensen vooral vanuit een levensovertuiging begeleid werden en waarbij veiligheid en het kweken van zelfbeheersing, godvruchtigheid en het bevorderen van gezondheid belangrijke doelen waren. Het was volgens hen de bedoeling dat dit gebeurde in een sfeer van vriendelijke omgang in een huiselijke omgeving en met zinvolle bezigheden in een vaste dagstructuur. Aanpassen aan de groep was daarbij de norm. Zij beschrijven dat dwang en straf niet systematisch deel uitmaakten van het regime, maar omdat er veel mensen in een paviljoen of op zaal woonden, lag de nadruk op orde en tucht. In de naoorlogse periode werd er bijvoorbeeld in het OBC De Eik (nu Ambiq) nog zorg verleend door zusters. Het ging er streng aan toe. Zo was er een jongen die regelmatig in zijn broek plaste uit angst voor een specifieke zuster die heel streng was. De kinderen moesten altijd heel stil en rechtop zitten terwijl ze hun lessen leerden. De laatste zuster vertrok medio jaren 70 van de vorige eeuw uit de directe zorgverlening (Brinks & Krijnsen, 2012).

Vanaf jaren 60 vorige eeuw
Begin jaren 60 van de vorige eeuw wordt de nadruk steeds meer gelegd op behandeling. Daarbij doet ook de gedragsmodificatie zijn entree in de behandelzorg. Doel is het conditioneren van gedrag door een systematische toepassing van de principes van belonen en straffen. Er zijn in de zorg voorstanders en tegenstanders van deze aanpak. Tegenstanders menen dat het kan leiden tot machtsmisbruik en tot het ontnemen van (een deel van) de persoonlijke identiteit. Voorstanders menen dat het een snelle en efficiënte methode is om aanstootgevend gedrag te verminderen, zodat het voor anderen aantrekkelijker kan zijn om met de betreffende persoon om te gaan. In de OBC's waren in deze periode onderwijs en (voorbereiding op) werk belangrijke pijlers. Burmeister (1962) stelt dat de zorg niet tot doel heeft om 'gehoorzame en volgzame kinderen te kweken; en ook niet een rustige omgeving te scheppen voor de leiding; maar wel om ieder kind afzonderlijk te helpen uitgroeien tot een evenwichtige en gezonde persoonlijkheid, voor zover dat voor hem bereikbaar is' (p. 116).

Vanaf jaren 70 van de vorige eeuw
Het gedachtengoed uit het boek "Het moeilijk lerende kind" van Van Weelden en Niessen uit 1976 wordt in de OBC's nog steeds als een belangrijke basis voor de begeleiding van kinderen met een LVB en probleemgedrag beschouwd. Volgens de auteurs moet de behandeling in de OBC's het kind activeren, helpen gericht gedrag te ontwikkelen, zodat het zichzelf in de hand krijgt. Er dient volgens hen gewerkt te worden een perspectief op een leven na het internaat te realiseren. In de begeleiding moet er meer aandacht zijn voor positieve gedragingen en minder de nadruk op het beheersen van de kinderen en hun probleemgedrag. Het drie strategieënmodel van Kok (1973) werd in dit boek als belangrijke basis beschouwd voor de behandeling van de kinderen en voor het handelen van de begeleiders. De groei en niet de gedragsproblemen van de kinderen stonden in het denken van Van Weelden en Niessen centraal.

Vanaf jaren 80 van de vorige eeuw
Met de toenemende belangstelling voor genetisch-biologische oorzaken van gedrag en het inzicht dat veel mensen met een verstandelijke beperking soms ernstige psychische problemen hebben (Došen, 1983; Tenneij & Koot, 2008), kwam er vanaf de jaren 80 hernieuwde belangstelling vanuit de psychiatrie voor de kinderen die in de OBC's opgenomen waren. Naast leren, (her)opvoeding en orthopedagogische behandeling, werd steeds vaker psychiatrisch behandeld (Noorda, 1989).

Vanaf jaren 90 van de vorige eeuw
In de behandelvisies van individuele OBC's die tussen 1995-2003 verschenen, staan begrippen als geborgenheid, veiligheid, acceptatie en vertrouwen bieden en kinderen tot hun recht laten komen, centraal. In een aantal van deze documenten wordt ingegaan op het hanteren van drang en dwang.
In de visiedocumenten van twee achtervanginstellingen, OBC Groot Emaus (Van der Schee, 1992) en OBC De Beele (Buter & Ament, 1997), wordt over de opname en behandeling van gedragsproblematische kinderen aangegeven dat de opname start vanuit een sterk gereguleerde situatie, waarbij de groepsleiding alles bepaalt en overneemt. Geleidelijk aan kan het kind toegroeien naar meer vrijheid, verantwoordelijkheid en zelfstandigheid. Deze meer inperkende manier van begeleiden aan het begin van een behandeltraject leek vooral gerelateerd aan de zwaardere problematiek van de kinderen die daar behandeld werden. Dit gold mogelijk dus niet voor alle kinderen die in OBC's behandeld werden.

Er zijn in diverse visiedocumenten ex- of impliciete verwijzingen te vinden naar de principes van het Competentiegericht Werken (CW) dat vanaf de jaren 90 van de vorige eeuw belangrijk werd bij het begeleiden en behandelen van kinderen met een LVB en ernstig probleemgedrag (Albrecht & Slot, 1999; Slot & Spanjaard 1999). Volgens de bedenkers van het CW ontstaat probleemgedrag als de taken waar de kinderen voor staan in het dagelijks leven te zwaar zijn en ze te weinig vaardigheden hebben om deze taken het hoofd te bieden. Begeleiders dienen volgens hen tijdelijk taken en/of werken aan het vergroten van de vaardigheden en het gedragsrepertoire te verlichten. Dit laatste dient dan vooral te gebeuren door positieve verbale technieken, zoals het geven van feedback op gewenst gedrag en in de gedragsinstructie (hoe een taak gedaan moet worden) wordt verteld wat goed is en waarom. Wanneer een kind ongewenst gedrag vertoont dat onmiddellijk moet stoppen, moet dit volgens de auteurs ook bij voorkeur verbaal aangegeven worden, door concreet gewenst gedrag te beschrijven en positieve feedback te geven op elke gedraging die in de gewenste richting gaat. Aangegeven wordt dat alleen in uitzonderlijke situaties begeleiders gebruik kunnen maken van fysieke beheersingstechnieken als druk en sturing. Druk betekent dat men de eigen lichaamskracht en -massa moet gebruiken om bepaalde bewegingen van het kind te dempen. Sturing kan worden aangewend om het kind zelf of een van zijn lichaamsdelen ergens anders naartoe te sturen.

Er wordt in principe niet beetgepakt stellen de auteurs, maar, zo wordt aangegeven, soms is beetpakken de enige mogelijkheid. 'Respectvol beetpakken' heeft dan de voorkeur met zo weinig mogelijk kracht en zo kort mogelijk. Vervolgens moet direct teruggeschakeld worden naar druk en sturing (waarbij dus niet beetgepakt wordt). Fysiek sturen wordt volgens de auteurs slechts toegepast bij gedrag dat de veiligheid van het kind zelf, andere kinderen en/of de begeleider in gevaar brengt.
De techniek die in deze situaties wordt toegepast, wordt in 12 stappen beschreven die grotendeels verbaal zijn (benoemen probleemgedrag en gewenst gedrag) en overgaan in fysiek sturen als de verbale technieken geen effect hebben. Fysieke technieken mogen volgens de bedenkers van het CW dus alleen ingezet worden in uitzonderlijke "gevaarlijke" situaties waar het echt niet anders kan. Voor de wijze waarop dat vervolgens dan gedaan moet worden, hanteren ze een set van expliciete regels.

In theorie worden de kinderen dus bij het toepassen van deze technieken verbaal begeleid, en bij voorkeur positief. Ook in extreme situaties waar gevaar dreigt is het niet de bedoeling dat er fysiek "hardhandig" door begeleiders wordt ingegrepen. Maar of deze theorie in de praktijk ook zo werd en wordt toegepast, en hoe de kinderen dit ingrijpen ervaren, blijkt niet uit de bestudeerde literatuur.

2.3 Omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van de Wet Bopz

In 1993 werd de Wet Bopz ingevoerd in organisaties die zorg bieden aan mensen met een VB, waaronder de OBC's. Deze wet is bedoeld om de rechten van cliënten te beschermen die te maken krijgen met dwang in de zorg. In de OBC's is het behandelplan, waarover ook in de Wet Bopz gesproken wordt, de basis voor de verleende zorg (Moonen, Held, & Leeman, 2011). Het kind en/of diens ouder of wettelijke vertegenwoordiger moeten hiermee instemmen. Ook over het toepassen van dwang kunnen in het behandelplan afspraken gemaakt worden.

Moonen en collega's (2011) stellen dat zich situaties kunnen voordoen die niet voorzien zijn en toch gevaarlijk zijn. Voorbeelden zijn kinderen die zichzelf verwonden, agressief zijn tegen anderen of ernstige vernielingen aanrichten. Om dit gevaar af te wenden, kan een professional dan bepaalde middelen of maatregelen of dwangbehandeling toepassen, zo stellen zij. De Wet Bopz stelt echter wel specifieke eisen aan de toepassing van dwang. Het handelen van begeleiders als antwoord op dreigend destructief gedrag (DDG) van kinderen moet voldoen aan deze specifieke eisen.

In 1996 is de Wet Bopz voor het eerst geëvalueerd (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1996). Over de situatie in de OBC's wordt op pp. 27-30 geschreven dat de opvoeding (zoals die in de OBC's plaatsvindt) opvoedingsregels en –afspraken vereist, zowel op individueel als op groepsniveau. Men vraagt zich in deze evaluatie af wat dit in de praktijk betekent ten aanzien van de beperking in de bewegingsvrijheid en of dit wel zoveel verschilt met vrijheidsbeperkende maatregelen zoals bedoeld in de Wet Bopz. Over de toepassing van de huisregels bij deze evaluatie wordt geconstateerd dat sommige OBC's meer in de huisregels opnemen dan "ter voorkoming van verstoring van de orde" noodzakelijk is. In de OBC's die niet specifiek bewoners met ernstige tot zeer ernstige gedragsproblemen behandelen, mogen geen vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. In de evaluatie wordt geconcludeerd dat de OBC's de Wet Bopz correct hadden geïmplementeerd en dat de begeleiders door middel van gerichte voorlichting goed bekend waren met de wet. Maar er kan in deze evaluatie ook gelezen worden dat er regelmatig vrijheidsbeperking werd toegepast, terwijl er over de wijze van uitvoering hiervan door begeleiders en de beleving hier van door kinderen niet

geschreven werd. In 2004 constateert Dörenberg dat in de OBC's vrijheidsbeperkingen worden opgelegd vanuit opvoedkundige overwegingen zonder dat dit helemaal in overeenstemming is met de vereisten uit de Wet Bopz. Het gaat hier om een breed spectrum van maatregelen. De toepassing ervan is dan ook niet zonder problemen, stelt zij. Zij pleit voor aanvullende regelgeving.
De Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) stelde als reactie daarop in 2011 de "Voorlopige Richtlijn Wettelijk Kader OBC" (Moonen et al., 2011) op die vervolgens in de OBC's is geïmplementeerd en daar nog steeds van kracht is. Hierin staat verwoord hoe de behandeling in de OBC's vorm dient te krijgen, hoe omgegaan moet worden met drang en dwang, en wie voor welke aspecten van verblijf en behandeling de verantwoordelijkheid draagt.

In 2011 publiceerde het Landelijk Kenniscentrum LVB en de VOBC de "handreiking pedagogisch klimaat" (Douma, 2011), waarin wordt aangegeven hoe een goed pedagogisch klimaat in een OBC gestalte kan krijgen. Deze handreiking heeft geen verplichtend karakter.

2.4 Beschouwing

De theoretische kaders die door Kok (1973), Van Weelden en Niessen (1976) en Slot en collega's (1999) aangereikt zijn voor het handelen van begeleiders in de OBC's, gaan uit van een positieve benadering van een kind met aandacht voor het vergroten van de competenties en vaardigheden, ook in situaties van conflict of mogelijk gevaar. Voor het handelen in die extremere situaties zijn enkele fysieke technieken beschikbaar, maar ook hierbij is het ook de bedoeling dat de nadruk ligt op het verbaal proberen om te buigen van negatief/ongewenst gedrag. Zoals in hoofdstuk 1 is aangegeven, kunnen er conflictsituaties tussen kinderen in een OBC ontstaan die het ingrijpen van de begeleiders noodzakelijk maken. Ook kunnen er situaties zijn waarbij begeleiders bedreigd of aangevallen worden door kinderen. Ook in die situaties is fysiek ingrijpen regelmatig noodzakelijk. Dit zou moeten gebeuren aan de hand van de richtlijnen en protocollen die hiervoor opgesteld zijn. Daarnaast dient er sinds de jaren 90 van de vorige eeuw in de OBC's binnen de vereisten van de Wet Bopz gewerkt te worden.
In de instellingen zijn agressieprotocollen (tegen (dreigend) destructief gedrag van de kinderen) geïmplementeerd en worden begeleiders daarin geschoold. Begeleiders leren agressie (en dat wat daaraan vooraf gaat) te herkennen, leren hoe daar mee om te gaan en hoe in te grijpen als de situatie dit vraagt. Maar of het alledaagse handelen door begeleiders volledig gebeurt volgens de daartoe geldende regels en protocollen, zoals de DDG-technieken, is niet beschreven in de door ons bestudeerde documenten. De afgelopen jaren zijn de instellingen daarnaast ook steeds meer gaan werken met tijdelijke en oproepkrachten. Dit maakt het moeilijker om aan de eis van eerst getraind te zijn in DDG-technieken alvorens deze toe te mogen passen te voldoen, want ook bij tijdelijke en invalkrachten kunnen zich onverwachte geweldadige situaties voordoen die nopen tot handelen. Er zijn instellingen die gebruik maken van beveiligingsbedrijven voor het optreden bij gevaarlijke situaties en voor beveiliging in de nachtelijke uren. Onduidelijk is of de medewerkers van deze bedrijven volgens de afgesproken pedagogische wijzen handelen.

Bronnen voor verder onderzoek
Dwangbehandeling waaronder vastpakken en opsluiten moet in het kader van de Wet Bopz geregistreerd worden en aan de Inspectie gerapporteerd worden. Daarnaast moeten ernstige incidenten bij de Inspectie gemeld worden.
Deze meldingen die bij de Inspectie bewaard worden kunnen een bron vormen voor verder onderzoek naar het mogelijk toepassen van geweld in de OBC's. Daarnaast kunnen de inspecteurs zelf een informatiebron zijn. Zij bezoeken de instellingen regelmatig en zien toe op het correct toepassen (en in principe individueel afbouwen) van dwang-

behandeling en op de afhandeling van ernstige incidenten. Ook al is de dwangbehandeling, met instemming van ouders en/of kinderen, onderdeel van de behandeling, dan nog kan de concrete toepassing door begeleiders door een kind (en de ouders) toch als gewelddadig worden ervaren. Verder zijn er interne rapportages en analyses van geweldincidenten waarbij het al dan niet correct toepassen van instructies en protocollen door begeleiders door de instellingen geanalyseerd moeten worden. Ook deze rapportages zouden in een eventueel vervolgonderzoek bestudeerd kunnen worden.

3 Geweld

3.1 Analyse van bestudeerde documenten

In een klein aantal documenten wordt gesproken over de positieve en negatieve ervaringen van kinderen ten aanzien van het leven in een OBC en over geweld. Over de periode voor 1970 hebben wij geen documenten over het voorkomen van geweld in de OBC's kunnen vinden. Zoals in paragraaf 2.2 is beschreven, is er enige literatuur over kinderen in de jaren 50 van de vorige eeuw die sprak over strenge (maar ook minder strenge) religieuzen en andere begeleiders. Onduidelijk is of daarbij sprake is geweest van geweld.

In de jaren 80 werden de medewerkers in de zorg steeds kritischer. In 1982 verscheen de publicatie "terapie of terreur" van de actiegroep "Pet met de Zet" met daarin bevindingen uit een enquête onder begeleiders over het toepassen van dwang (isoleren, immobiliseren, aversietherapie, negeren, lichamelijk optreden en strafopdrachten) bij mensen met een verstandelijke beperking in het algemeen. Het rapport richt zich niet specifiek op kinderen. Er wordt ook niet gerefereerd naar de OBC's en onduidelijk blijft of ze de OBC's niet in hun onderzoek hebben meegenomen of dat er geen misstanden te rapporteren waren.

In een onderzoek naar de maatschappelijke positie van ex-bewoners van de twee OBC's Groot Emaus en De Beele schrijft Van Houten-van den Bosch (1999) dat deze ex-bewoners nagenoeg allemaal zeggen niets geleerd te hebben in de instelling. Ze geven aan een goede tijd te hebben gehad in de instelling en dat ze toen goed met medebewoners en groepsleiding konden opschieten. Uitspraken over geweld of over hoe begeleiders met de kinderen omgingen, worden in deze publicatie niet gedaan, maar daar was dit onderzoek ook niet specifiek op gericht.

In het onderzoek van Moonen (2006) naar ervaringen van kinderen die in een OBC verblijven, blijkt dat er kinderen zijn die positief zijn over hun verblijf, de leiding en de groepsregels, maar dat er ook kinderen zijn die hier heel negatief over zijn. Hij concludeert in paragraaf 10.4: 'Over de groepsleiding wordt soms gesproken in termen van 'mensen die mij helpen'. Een aantal jongeren spreekt over een positieve band met de groepsleiding, maar een aantal spreekt ook (of daarnaast) op een zeer negatieve wijze over de groepsleiding. In die interviews wordt over groepsleiders en groepsleidsters gesproken over mensen die disciplineren en zelfs in termen van mensen die geweld gebruiken.'

In het egodocument van Florian Overbeek (2012), een pseudoniem van een ex-bewoner van het OBC Gastenhof die daar in de jaren 80 en 90 van de vorige eeuw was opgenomen wordt die ambivalentie met betrekking tot de begeleiders goed verwoord.. 'Ik vond die strakke regels wel goed. (...) En als je naar boven moest, dan sloeg je lekker met de deur' (p.29). En verder 'Puberen in de groep was heftig. We hadden natuurlijk last van onze hormonen en sommige groepsleiders hanteerden de regels erg strikt. Als je de fout inging, mocht je meteen de trap op naar boven. Er waren jongeren die dat niet zomaar pikten; die gingen daar tegenin, flipten uit en trokken zo de hele groep mee.
Zelf was ik op die leeftijd van 12, 13 jaar ook geen lieverdje. Ik gooide met deuren, schreeuwde, schold, werd agressief. Andere jongens gingen zich ermee bemoeien en voordat je 't wist, had je de grootste herrie in de tent. Ik heb ook wel eens echte ruzies gehad. Slaan, vechten, stampen. Dan haalden ze ons uit elkaar en moesten we naar boven. Het ging vaak om onnozele dingen.

Soms ook om een meisje. Er waren groepsleiders die daar wel heel goed mee omgingen. Marlie bijvoorbeeld. Zij was heel consequent, maar zat er niet meteen bovenop als je even flipte. Ze kon ook heel flexibel zijn (p. 31)'.

In 2011 publiceerden de OBC's een rapport over cliënttevredenheid met "C-toets OBC" onder redactie van Bauer en Uzozie. Ook hierin staan geen specifieke vragen opgenomen over geweld, maar het rapport geeft wel een indruk van hoe de bevraagde kinderen aankeken tegen de begeleiders en de verleende zorg. We vermelden een aantal resultaten. 'Kinderen hebben niet altijd het gevoel dat zij serieus worden genomen. Volgens hen nemen de groepsleiders soms een verkeerde houding aan die arrogant, chagrijnig, gehaast, brutaal en onvriendelijk overkomt. Sommige kinderen maken melding van fysiek ingrijpen door een groepsleider en noemen als voorbeeld de keelklem en de hardhandige aanpak wanneer zij afgezonderd moeten worden.' (p. 23). Kinderen vinden ook dat zij voor hun gevoel te veel in hun vrijheden worden beperkt. Een grote groep kinderen vindt de regels te streng. Een uitspraak van een kind op pagina 23 onderschrijft dit: '(...) maar zulke dingen kun je niet zeggen hier, als ze weten dat je gelijk hebt. Dan sturen ze je gelijk naar boven.' De kinderen willen meer verantwoordelijkheid en dus vrijer gelaten worden in hun doen en laten. Ook zouden de regels onduidelijk zijn en hebben ze geen of te weinig inspraak. Maar ze noemen ook positieve aspecten en die gaan vooral over de groepsleiding, de activiteiten, sfeer/groep en de zorg/hulp in het algemeen. De groepsleiding is het grootste aandachtspunt voor de organisatie volgens de kinderen, maar er zijn echter ook veel kinderen die zich positief uitlaten over de groepsleiding. Zij kunnen het goed vinden met een of meerdere groepsleiders. Er is dan sprake van een juiste bejegening, houding en betrokkenheid.

Een bron die heel expliciet melding maakt van het voorkomen van seksueel geweld, vaak in combinatie met fysiek geweld, in de OBC's is rapport 5b van de Commissie-Samson (Wissink et al., 2012). Deze commissie deed onderzoek naar seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen van 1945 tot heden. In dit deelonderzoek naar seksueel misbruik van kinderen met een LVB, op basis van onder andere een analyse van verplichte meldingen van OBC's bij de Inspectie, wordt geconcludeerd dat seksueel misbruik voorkomt binnen de OBC's. Het komt voor bij kinderen van alle leeftijden. Het komt meer voor tussen kinderen onderling dan tussen kinderen en volwassenen. Uit het rapport 5b van de Commissie-Samson blijkt dat het geconstateerde seksueel geweld in 15% van de gevallen gepaard ging met verbaal en fysiek geweld.

Seksueel misbruik door begeleiders werd in de verplichte meldingen door de OBC's maar incidenteel gevonden. Op andere plaatsen in dit rapport wordt ook gemeld dat er in de periode 1945-2010 ook anderszins seksuele incidenten waren waar zwakbegaafde kinderen met een LVB als daders, slachtoffers of beide, bij betrokken waren.
De twee door ons geïnterviewde professionals meldden daarnaast dat er regelmatig heftige en ongecontroleerde conflicten voorkomen tussen kinderen onderling en tussen kinderen en begeleiders.

3.2 Beschouwing

Over de periode voor 1970 hebben wij geen documenten over het voorkomen van geweld in de OBC's kunnen vinden. Groepsbegeleiders kunnen tot steun zijn maar ze kunnen ook streng en onrechtvaardig zijn. Zoals in hoofdstuk 1 al door ons is aangegeven, is het van belang om oog te hebben voor geweld of conflictsituaties tussen kinderen onderling. In de bestudeerde bronnen wordt daar niet vaak expliciet melding van gedaan, al is er in het egodocument van Overbeek (2012) wel iets over te vinden. Dit varieert van fysiek geweld, opstootjes tussen jongeren tot pesten van medebewoners in een groep. Dit soort situaties

komen volgens de twee geïnterviewde professionals en de auteurs van dit stuk regelmatig voor, zeker op locaties en groepen met meer gedragsproblematische kinderen. Dit is mogelijk mede een reden waarom er in de loop van de tijd steeds meer protocollen en richtlijnen in de OBC's zijn gekomen. Er is één duidelijkere bron over het voorkomen van geweld in de OBC's, namelijk het rapport 5b van de Commissie-Samson (Wissink et al., 2012). Daarnaast zijn de uitspraken van de twee geïnterviewde professionals een aanvulling op deze bron. Ook zijn er andere bronnen die indirect verwijzen naar het voorkomen van geweld in de OBC's. In diverse publicaties worden naast positieve negatieve uitspraken gedaan over het verblijf in een OBC.

De OBC's zijn wettelijk verplicht over extreme geweldsincidenten aan de Inspectie te rapporteren. Fysiek ingrijpen door begeleiders vond en vindt plaats in situaties waar gevaar dreigt voor het kind zelf, medecliënten en/of voor de begeleiders. Er dient dan gehandeld te worden volgens de richtlijnen en binnen de kaders van de Wet Bopz, maar of dat altijd correct gebeurt zou nader onderzocht kunnen worden. Alle ernstige situaties, waarin fysiek ingegrepen wordt, moeten worden gemeld bij de Inspectie, zie hoofdstuk 4. Deze meldingen kunnen dus een bron voor verder onderzoek zijn. Maar ook al wordt er wel gehandeld volgens de richtlijnen, de kinderen zelf kunnen dit handelen als naar of als geweld hebben ervaren, zoals ook blijkt uit de citaten. Ook naar hun beleving zou nader onderzoek gedaan kunnen worden.

Bronnen voor verder onderzoek

Een eerste vindplaats voor verder onderzoek kunnen de meldingen van incidenten bij de Inspectie zijn. In het kader van het onderzoek voor de Commissie-Samson is gezocht naar meldingen over seksueel geweld. Bij de Inspectie zijn door de OBC's ook meldingen gedaan over andere vormen van geweld. Daarnaast kan met de inspecteurs gesproken worden. Zij kennen en bezoeken de OBC's regelmatig. Een tweede vindplaats voor informatie kunnen de dagjournaals zijn die de groepen over de kinderen in de OBC's bijhouden. Deze individuele informatie moet tot 15 jaar na ontslag uit de instelling bewaard blijven. Een verdere bron voor nader onderzoek zouden de individuele behandelplannen van de kinderen (die wettelijk tot 15 jaar na afsluiting van de behandeling bewaard moeten worden) kunnen zijn. Daarnaast zijn er interne meldsystemen van klachten en van incidenten waarbij cliënten betrokken zijn. In deze systemen worden klachten en ongelukken of bijna-ongelukken gemeld en situaties waarin de veiligheid van een cliënt en/of medewerker in het geding is (zie ook hoofdstuk 4). Nadat deze afgehandeld zijn kunnen instellingen deze anonimiseren en voor verder onderzoek gebruiken. Tot slot zou met kinderen gesproken kunnen worden over hun ervaringen met geweld in de OBC's.

4 Toezicht

4.1 Toezicht op en registratie van dwang en geweld

Voor 1960 had de overheid slechts marginale bemoeienis met de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, waaronder de OBC's. De rijksoverheid bemoeide zich alleen met deze zorg via de Inspectie op basis van de Krankzinnigenwet. Rond 1960 veranderde het politieke en economische klimaat. Het aantal voorzieningen voor mensen met een verstandelijk beperking nam enorm toe, zowel in aantal als in omvang, zeker na de invoering van de AWBZ in 1968. Dit leidde ertoe dat er in datzelfde jaar een aparte "Inspecteur voor de zwakzinnigenzorg" werd aangesteld.
De Inspectie werkte vervolgens aan de verfijning en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Per 1 april 1979 werd een registratieplicht voor alle "beschermende dwangmaatregelen" uitgevaardigd (denk aan vastbinden of opsluiten). De Inspectie publiceerde in 1987 het referentiekader "Algemene zwakzinnigeninrichtingen", waarin normen voor goede zorg werden geformuleerd (in Beltman, 2001). De Inspectie speelde eind jaren 80 verder een belangrijke rol bij het tot stand komen van de consulententeams die instellingen adviezen geven over de behandeling van mensen met een VB en zeer ernstig probleemgedrag.

Op 1 januari 1995 ontstond de Inspectie voor de Gezondheidszorg als gevolg van de samenvoeging van een aantal inspecties. De rol van de Inspectie was daarna steeds meer gericht op "toezicht op toezicht", het signaleren van onvolkomenheden in de zorg en het ingrijpen in acute crisissituaties. Daartoe kon en kan de Inspectie geplande (thematische), maar ook ongeplande, (her) bezoeken brengen, bijvoorbeeld op basis van onder hun aandacht gebrachte klachten. Bij onvoldoende opvolging kunnen instellingen onder verscherpt toezicht geplaatst worden. Dit is in het verleden bij een aantal OBC's gebeurd. Het is voor de auteurs onduidelijk of dit (mede) samenhangt met het voorkomen van geweld in het betreffende OBC. Dit zou nader onderzocht kunnen worden. Op dit moment staat geen enkel OBC onder verscherpt toezicht.

OBC's hebben op grond van de in 1995 ingevoerde Wet klachtrecht cliënten zorgsector (per 1 januari 2016 vervangen door de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg – Wkkgz), een klachtenregeling en klachtencommissie. De commissie kan zelfstandig onderzoek doen, bijvoorbeeld bij geweld tegen kinderen. Verder dient iedere cliënt(vertegenwoordiger) op de hoogte te zijn van hoe te handelen bij klachten op grond van een daartoe strekkend protocol.

In 1996 werd de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) ingevoerd (per 1 januari 2016 ook vervangen door de Wkkgz). De KWZ verplichtte zorginstellingen hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De wet kende vier kwaliteitseisen waaraan een instelling moest voldoen: het bieden van verantwoorde zorg, op kwaliteit gericht beleid, het opzetten van een kwaliteitssysteem en het maken van een jaarverslag. Het beleid van een zorginstelling moest volgens deze wet gericht zijn op het in stand houden en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Zorginstellingen zijn, conform regelgeving, verplicht calamiteiten (waaronder geweld) en seksueel misbruik waarbij een cliënt of een zorgverlener van de instelling is betrokken, bij de Inspectie te melden. Ook moeten zij hun kwaliteitsjaarverslag, waarin zij verantwoording over hun kwaliteitsbeleid afleggen, naar de Inspectie en naar patiëntenorganisaties sturen.

Er is daarnaast een toezichthoudende rol voor de zogenoemde Zorgkantoren (die verantwoordelijk zijn voor de zorginkoop). Calamiteitsmeldingen moeten ook aan het Zorgkantoor gemeld worden. Het Zorgkantoor beoordeelt of de middelen die verstrekt zijn vanuit de AWBZ (en nu de Wlz) doelmatig en verantwoord besteed zijn en heeft in deze ook een toezichthoudende taak.

Op grond van de Wet Medezeggenschap Zorginstellingen uit 1996 dienen alle OBC's een cliëntenraad te hebben die soms alleen bestaat uit kinderen, soms uit verwanten, soms gemengd is. In deze raad worden ook incidenten en meldingen besproken.

Alle OBC's dienen protocollen te hebben over hoe om te gaan met calamiteiten, de wijze van melding bij alle betrokkenen en het maken van afspraken hiervoor met ouders en professionals. In de OBC's dienen al vanaf de jaren 70 van de vorige eeuw richtlijnen voor procedures geïmplementeerd te zijn met betrekking tot het regelmatige bespreking van de voortgang van de plaatsing en behandeling van een kind. Momenteel dienen deze besprekingen minimaal twee maal per jaar plaats te vinden. Daarnaast kunnen ouders en professioneel betrokkenen bij een kind zelf ook een afspraak maken om hierover met de voor de behandeling betrokken professionals te spreken.

Bij bemiddeling van plaatsing door de SPD werd deze instantie uitgenodigd bij deze bespreking. Door een verandering in de taakopdracht van de SPD stopte deze praktijk in de jaren 90 van de vorige eeuw. Bij voogdijkinderen, wordt de voogd voor de bespreking uitgenodigd. Bij een onder toezicht gesteld kind wordt de gezinsvoogd hiervoor uitgenodigd. Zowel de voogd als de gezinsvoogd kunnen werkzaam zijn bij een instelling die zowel kinderen met als zonder beperking begeleid maar ook bij de op kinderen en ouders met beperkingen gerichte William Schrikker Groep. Voor het bespreken met derden moest tot 1 januari 2015 de ouder en/of het kind uitdrukkelijk toestemming geven. Door de invoering van de Jeugdwet in 2015 is dit voor gesprekken met de gezinsvoogd niet meer nodig.

Naast de meldingen van calamiteiten die bij de Inspectie moeten worden gedaan, zijn er binnen de OBC's interne registratiesystemen waarin veiligheidsaspecten en bedreigingen van de veiligheid dienen te worden geregistreerd. De twee geïnterviewde professionals noemden verschillende systemen uit de afgelopen jaren. Zo zijn er de reeds in hoofdstuk 3 genoemde FOBO-procedures wat staat voor Fouten, Ongevallen en Bijna-Ongevallen. Op de hierbij gebruikte formulieren kunnen onder andere medicatiefouten, brand/brandstichting, wegloopincidenten en fouten met fixatiemiddelen worden gemeld. Er wordt door hen ook nog melding gemaakt van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Daarin wordt, volgens een van de professionals, "alles gemeld wat niet loopt volgens de richtlijnen". Hoeveel meldingen er worden gedaan in de verschillende systemen, en hoeveel daarvan betrekking hebben op (gewelds)incidenten tussen kinderen onderling of tussen een begeleider en een kind hebben wij niet gevonden.

4.2 Beschouwing

In de OBC's zijn er regelmatig situaties van agressie en geweld. Er zijn diverse toezichthouders die toezien op de handelswijzen in een OBC, zoals de Inspectie, het Zorgkantoor, de klachtencommissie, de FOBO-commissie etc. Voor en door deze toezichthouders worden rapporten en registratiesystemen bijgehouden. De OBC's rapporteren over dit geweld binnen de wettelijke kaders en richtlijnen die voor hen gelden. Het zou interessant kunnen zijn om te onderzoeken of wel alles dat in individuele dagjournaals en commissies gerapporteerd wordt ook nader onderzocht wordt en of er ook voldoende reflectie plaats vindt op de gebeurtenissen. Hadden ze voorkomen kunnen worden, hadden ze zo uitgevoerd moeten worden, waren er alternatieven en zijn die overwogen?

Met andere woorden is er aandacht geweest voor de subsidiariteit, de proportionaliteit en de effectiviteit (Moonen et al., 2011) van het professionele handelen? Dat wordt uit de bestudeerde documenten die vooral op de procedurele gang van zaken in gaan niet duidelijk en zou verder onderzocht moeten worden door een analyse van de beschrijvingen van de voorvallen zelf.
In een eventueel vervolgonderzoek naar het voorkomen van geweld in de OBC's zouden deze documenten en rapporten nader bestudeerd kunnen worden. Het onderzoek van de volgende potentiële bronnen zou zich kunnen richten op het voorkomen van geweld:

- Analyse van de inhoud van de verplichte meldingen van calamiteiten van de OBC's aan de Inspectie;
- Analyse van de documenten van de Inspectie over een verscherpt toezicht op een OBC. Er zou onderzocht kunnen worden of dit (mede) te maken had met het voorkomen van geweld in het betreffende OBC;
- Analyse van de onderzoeksverslagen van de klachtencommissies van de OBC's;
- Gesprekken met de inspecteurs over het voorkomen van geweld in de OBC's;
- analyse van de kwaliteitsjaarverslagen van de OBC's;
- gesprekken met leden van en analyse van verslagen en rapporten van cliëntenraden van de OBC's;
- analyse van de documenten in de archieven van de zorgkantoren;
- analyse van de behandelplannen van de kinderen opgenomen in OBC's;
- analyse van de documenten in de archieven van de MEE-organisaties en de voogdijverenigingen, de bureaus jeugdzorg en de William Schrikker Groep;
- analyse van de informatie in andere bronnen, zoals FOBO-meldingen en meldingen in het VMS in de OBC's.

5 Vorming en toerusting

5.1 Inleiding

De OBC's werkten, zoals geschetst op grond van het geraadpleegde bronnenmateriaal, al vanaf hun start met een pedagogische opdracht en het onderwijs was hier heel belangrijk bij. Hier werd op toegezien door de Inspectie voor het buitengewoon onderwijs. Daarmee liepen de OBC's waarschijnlijk in de pas met wat in de tijd onderwijskundig en pedagogisch gangbaar was. In de jaren 80 van de vorige eeuw zijn de internaten en de daaraan verbonden scholen meer gescheiden van elkaar gaan werken, maar in de OBC's zijn altijd veel medewerkers met een onderwijskundige opleiding werkzaam gebleven.

In 1963 verscheen het eerste nummer van het wetenschappelijk "Tijdschrift voor Zwakzinnigheid en Zwakzinnigenzorg". Hierdoor werd het alledaagse handelen van professionals in deze zorgsector meer verbonden met inzichten uit wetenschappelijk onderzoek.

Vanaf de jaren 70 van de vorige eeuw werkten er naast begeleiders/verpleegkundigen therapeuten in de OBC's, zoals fysiotherapeuten, logopedisten, speltherapeuten, gedragstherapeuten, psychotherapeuten etc. Parallel daaraan voltrok zich de professionalisering van deze beroepsgroepen. In het kader van deze professionalisering kwam er ook steeds meer aandacht voor het omgaan met agressie en geweld in de OBC's binnen de daarvoor geldende wettelijke kaders.

5.2 De opleiding tot begeleider in de zorg voor kinderen met een (L)VB

Op initiatief van directeuren van zwakzinnigeninrichtingen werd in 1957 de Federatieve Opleiding Zwakzinnigenzorg opgericht. De Z-verpleging (waarbij Z staat voor zwakzinnigenzorg) als specialisatie was daarmee een feit. In die tijd verschenen ook de eerste specifieke opleidingsboeken, zoals "Grondslagen der Zwakzinnigenzorg" (Hoejenbos, 1958). Het diploma Z-verpleegkunde werd echter pas in 1978 wettelijk erkend, maar met terugwerkende kracht alsnog tot 1961. De Z-opleiding was een zogeheten "in service-opleiding" en was direct verbonden aan de zorginrichting. Een leerling-verpleegkundige was in dienst van de inrichting en kreeg aldaar les van docenten over de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. In deze opleiding waren leren en werken gecombineerd. Er werd niet alleen aandacht besteed aan verpleegkundige en medische aspecten van de cliënten, maar ook aan de pedagogische en psychologische inzichten rondom het ontstaan en voortbestaan van (probleem) gedrag. Dit gebeurde op basis van de eerder besproken principes in paragraaf 2.1. Een leerling Z-verpleegkundige ging een of meer weken naar school en werkte vervolgens weer een aantal weken in een groep met cliënten. Deze opleidingsvorm heeft tot 1997 bestaan. De positieve omgang met cliënten en het zoveel als mogelijk voorkomen van dwang waren onderdeel van het curriculum.

In 1972 startte het verpleegkundig dagonderwijs in het mbo en hbo, waarbij de lessen op school zijn gecombineerd met stages. Deze hbo-v- en mbo-v-opleidingen richtten zich inhoudelijk op meerdere zorgbranches, waarbij een leerling/

student zich pas later in de opleiding kon verdiepen in een specifieke zorgsector, zoals de verstandelijk gehandicaptenzorg. De combinatie van werken en leren was mogelijk bij de opleiding Pedagogisch Werk en door Verdere Scholing in Dienstverband. In diezelfde periode startten ook de opleidingen Inrichtingswerk op hbo- en mbo-niveau. Dit zijn de voorlopers van de huidige opleidingen hbo-opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening en mbo-opleiding Sociaal Pedagogisch Werk (voorafgaande tekst grotendeels uit Van Gennep et al., 2014).

In die opleidingen werden boeken van Kingma (1980), Bogerd, Hendriks en Renders (1982) en van Van Gemert en Noorda (1988) veel gebruikt. Hierin werd een model gepresenteerd voor de alledaagse begeleiding van mensen met een VB waarin groei van, communicatie met en afstemming op mensen met een VB centraal stonden. Op dit moment zijn er steeds meer hbo-opleidingen die een specialisatie LVB kennen.

Vanaf 2000 is de focus steeds meer gericht op wat begeleiders en andere professionals in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zouden moeten kunnen, welke competenties nodig zijn om in deze zorgsector te kunnen werken. Ook de opleidingen zijn deze competenties steeds meer als uitgangspunt gaan nemen voor de invulling van hun onderwijscurriculum. In het traject Naar Herkenbare Competenties bracht de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland samen met de vakbonden Abvakabo-FNV en CNV Publieke Zaak de taken, kernopgaven en competenties van beroepskrachten in kaart. Zij stelden in 2005 de beroepscompetentieprofielen voor Assistent Begeleider (A), Begeleider (B) en Coördinerend Begeleider (C) vast (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2005). Hierin zijn de vereiste sociaal-agogische, verplegende en verzorgende competenties geïntegreerd beschreven. Op basis van deze profielen zijn nieuwe gecombineerde zorg & welzijnsopleidingen tot stand gekomen. Niveau A werd vertaald naar de opleiding Helpende Zorg & Welzijn, niveau B naar Medewerker Maatschappelijke Zorg en niveau C naar Persoonlijk Begeleider Gehandicaptenzorg. Deze opleidingen zijn breed ingevoerd. Voor het hbo werd in 2008 het profiel voor niveau D (dienstverleningscoördinator) opgesteld. Daarna zijn er verdiepende profielen opgesteld voor de ondersteuning van specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld voor begeleiders die met SGLVG-cliënten (Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten) werken. Daarin wordt nog meer dan in de reguliere opleidingen aandacht besteed aan de omgang met DDG.

Na de transitie in 2015 moeten begeleiders werkzaam in de gehandicaptenzorg en in de OBC's zich registreren in het Kwaliteitsregister Jeugd. Dit zou de komende jaren, zo is de verwachting van de minister, moeten leiden tot een verdere professionalsering van het beroep van begeleider, ook in de OBC's.

5.3 De opleiding tot arts en gedragswetenschapper in de zorg voor kinderen met een (L)VB

In 1983 werd de Nederlandse Vereniging van Artsen in de Zwakzinnigenzorg opgericht (anno 2016 de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten, NVAVG) om te bevorderen dat het medisch handelen een goede plaats in de zorg zou krijgen. In 2000 werd geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten een zelfstandig specialisme binnen de medische tak.

Pedagogen en psychologen (gedragswetenschappers) waren al voor de Tweede Wereldoorlog in de zwakzinnigenzorg werkzaam, maar hun aantal nam spectaculair toe onder invloed van de veranderingen in de zorg in de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw. De pedagogen en psychologen die lid zijn van de beroepsverenigingen NVO en NIP werken al sinds de jaren 90 van de vorige eeuw samen op het

gebied van ontwikkeling van richtlijnen en van diagnostiek, behandeling en begeleiding, om de zorg voor mensen met een verstandelijk beperking te verbeteren. Daarnaast is er door hen in 2007 een profiel opgesteld met daarin de taken van de gedragsdeskundige in de gehandicaptenzorg (Geus, 2007).

Voor zowel de arts als de GZ-psycholoog is de Wet op de Individuele Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) van toepassing. Zij dienen zich regelmatig te scholen met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperking en omgang met geweld. Zij kunnen over hun handelen in het Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg ter verantwoording worden geroepen.

In veel OBC's is de gedragswetenschapper de verantwoordelijke voor de behandeling en stuurt deze functioneel het team van groepsbegeleiders aan, terwijl er een coördinerende rol is ten opzichte van de andere disciplines rondom de behandeling van het kind. Sommige OBC's kennen afwijkende organisatievormen, zoals zelfsturende teams en een behandelaar op afroep.

5.4 Beschouwing

Sinds de jaren 70 van de vorige eeuw is de zorg sterk geprofessionaliseerd. Opgeleide medewerkers zouden goed op de hoogte van de geldende uitgangspunten van zorgverlening in de OBC's kunnen zijn. Professionals zouden moeten kunnen weten "hoe het moet". De vraag is echter of iedere medewerker wel voldoende professioneel geschoold is, kennis neemt van de uitgangspunten van goede hulpverlening, zich wel voortdurend bijschoolt en of de randvoorwaarden in de zorg dusdanig zijn dat goede zorg geboden kan worden. In een publicatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg uit 2007, op grond van onderzoek bij 96 organisatorische eenheden in de hele zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, wordt geconcludeerd dat de verantwoorde zorg onder druk staat. De Inspectie wijst daarbij op kwantitatieve als kwalitatieve personele tekorten waardoor de continuïteit en veiligheid van de zorg gevaar loopt en medewerkers niet die vraaggerichte zorg- en dienstverlening kunnen bieden die ze willen leveren. Na deze publicatie is er beleidsmatig door alle partijen die betrokken zijn bij de gehandicaptenzorg gereageerd met een breed gedragen initiatief om tot kwaliteitsverbetering in de gehandicaptenzorg te komen (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2013).

Sinds de transitie in 2015 zijn de OBC's niet meer betrokken bij deze ontwikkeling. Zij zijn nu onderdeel van de jeugdzorg en vallen onder de Jeugdwet. In deze transitie staan ook de budgetten van de OBC's onder druk en die trekken mogelijk een wissel op de gezamenlijk geformuleerde uitgangspunten van goede zorg. Toekomstig onderzoek zal dit moeten uitwijzen. De ontwikkeling van profielen voor begeleiders van cliënten met een LVB en ernstig probleemgedrag zijn van recente datum. Dit roept bij de auteurs de vraag op of deze specifieke profielen niet gestoeld zijn op ervaren tekortkomingen van begeleiders en andere professionals in hun dagelijkse omgang met deze cliënten.

Bron voor nader onderzoek
Met docenten van opleidingen en cursussen voor begeleiders van cliënten met een LVB en problematisch gedrag, voor gedragswetenschappers en artsen en met deze professionals zelf zou gesproken kunnen worden over hun ervaringen met geweld in de OBC's en de wijze waarop zij geschoold zijn om hiermee om te gaan.

6 Conclusies en advies

6.1 Komt geweld voor in de OBC's?

Voor de periode voor de jaren 70 van de vorige eeuw hebben we in de literatuurbronnen geen bewijs voor het voorkomen van geweld kunnen vinden. Grote groepen en zalen en slecht opgeleid personeel, zouden toen een voedingsbodem voor geweld geweest kunnen zijn. Maar er zijn er zijn in de bestudeerde literatuur geen harde aanwijzingen voor geweldsincidenten aangetroffen.

De geraadpleegde bronnen vanaf de jaren 70 van de vorige eeuw tot nu zijn niet eenduidig over het voorkomen van geweld in de OBC's. Toch kunnen de citaten van kinderen, gecombineerd met de uitspraken van de twee geïnterviewde professionals geïnterpreteerd worden als bevestiging van het voorkomen van geweld in de OBC's. Dit past ook in het beeld van de kenmerken van de opgenomen kinderen, waarbij vanwege hun achtergrond en problematiek een verhoogde kans op geweld is.

Een belangrijke bron van recente datum bevestigt dat geweld in de OBC's voorkomt. Dit is het onderzoek naar seksueel geweld van kinderen met een (L)VB: het rapport 5b van de Commissie-Samson (Wissink et al., 2012). In dit onderzoek zijn inspectiemeldingen van seksueel geweld bestudeerd. Daaruit kwam naar voren dat seksueel geweld voorkwam, dat dit vaak kind-kind gerelateerd was, maar ook vormen van seksueel geweld van volwassenen naar kinderen kwamen voor. Uit de bestudeerde meldingen bleek verder dat er in 19 gevallen (15%) sprake was geweest van verbaal geweld (dreiging/dwang) door de pleger en in 16 gevallen (13%) van fysiek geweld.

Tussen kinderen onderling lijken er in de OBC's regelmatig situaties van verbaal of fysiek geweld en van pesten voor te komen, die ingrijpen van begeleiders noodzakelijk maken. Er kan dan sprake zijn van toepassing van geweld door begeleiders naar kinderen toe om een (potentieel) gevaarlijke situatie af te wenden. Hoe hierbij gehandeld zou moeten worden staat beschreven in procedures en richtlijnen. Of dit altijd op de voorgeschreven manier gebeurt, weten we niet. Een belangrijke vraag is of de principes van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid daarbij altijd werden en worden toegepast (Moonen et al., 2011). Dit zou nader onderzocht kunnen worden. Daarnaast zijn er richtlijnen over wat er op welke wijze gemeld moet worden bij de Inspectie.

6.2 Is nader onderzoek naar geweld binnen OBC's noodzakelijk?

Om meer zicht te krijgen op de prevalentie en de beleving van geweld is gericht vervolgonderzoek noodzakelijk. Met genoemd onderzoek van de Commissie-Samson is het voorkomen van seksueel misbruik en bijkomend verbaal en fysiek geweld vastgesteld op basis van meldingen bij de Inspectie. Op basis van dat onderzoek is het in onze ogen noodzakelijk om vervolgonderzoek te doen, waarbij de Inspectiemeldingen een centrale rol spelen.

6.3 Is onderzoek naar geweld binnen OBC's haalbaar en waar kan informatie gevonden worden?

Onderzoek naar geweld binnen OBC's lijkt ons haalbaar. Er zijn voldoende bronnen die in een nader onderzoek betrokken kunnen worden. We hebben dat in voorgaande hoofdstukken al aangegeven, maar zetten dit hieronder nogmaals kort uiteen.

Inspectie-archieven
Om een goed beeld te kunnen krijgen van de omvang/prevalentie van geweld binnen de OBC's kunnen de meldingen onderzocht worden die bij de Inspectie gedaan zijn. Instellingen moeten sinds lang de geweldsincidenten melden bij de Inspectie (nu samenwerkende Inspecties in de Jeugdzorg).
De Inspectie-archieven zijn dus een eerste vindplaats voor meldingen over het voorkomen van geweld in de OBC's.

Archieven van andere instanties
De archieven van MEE, de voogdijverenigingen, de bureaus jeugdzorg (en hun voorgangers) de William Schrikker Groep en de zorgkantoren zouden informatie kunnen bevatten over (ervaren) geweldsincidenten in de OBC's.

Verantwoordingsdocumenten en interne registratiesystemen binnen de OBC's
De OBC's maken een kwaliteitsjaarverslag. Daarnaast hebben zij eigen interne registratiesystemen waarin meldingen worden gedaan van situaties waarin de veiligheid van een kind in het geding is. Dat hoeft niet per se te gaan om ernstige geweldsituaties die ook bij de Inspectie gemeld worden. De archieven van interne systemen, zoals dagjournaals, FOBO-formulieren, het VMS, klachtenprocedures etc. zullen meer inzicht bieden in conflictsituaties tussen medewerkers en kinderen en tussen kinderen onderling. De auteurs weten echter niet wat de kwaliteit van deze meldsystemen is, hoe lang ze bewaard worden en tot hoever in de tijd ze teruggaan.

Gesprekken met inspecteurs, begeleiders en andere professionals
De interne kaders van de instellingen (zie hoofdstuk 2) geven aan hoe er, althans in theorie, gehandeld dient te worden om kinderen meer zelfstandig te kunnen laten worden en om hun probleemgedrag te doen afnemen. Ook wordt hierin aangegeven hoe er in situaties van (dreigend) gevaar gehandeld moet worden. Of er in de praktijk ook altijd volgens die principes (van zo weinig en kort mogelijk fysiek ingrijpen en nadruk op verbaal begeleiden) wordt gewerkt is niet duidelijk, noch in welke situaties daarvan afgeweken werd en wordt en of dit ingrijpen subsidiair, proportioneel en effectief was en is. Om hier meer zicht op te krijgen, kunnen met inspecteurs en met oud- en huidige begeleiders gesprekken gevoerd worden, evenals met gedragswetenschappers en managers, die nog actief of reeds uit dienst zijn. Ook met opstellers van richtlijnen, protocollen en competentieprofielen kan gesproken worden evenals met opleiders.

Gesprekken met kinderen en hun ouders en vertegenwoordigers
Om zicht te krijgen op de beleving van de kinderen over hun verblijf in een OBC en hun ervaringen met geweld, zoals toegepast door begeleiders of door andere opgenomen kinderen, kunnen gesprekken met de nu en met de voormalig opgenomen kinderen gevoerd worden. Zij zijn goed in staat om te vertellen over hun ervaringen (mits de geldende richtlijnen voor het interviewen van deze kinderen gehanteerd worden). Indien bepaalde kinderen hier zelf niet goed over kunnen vertellen, is het ook nog mogelijk om met verwanten en of vertegenwoordigers hierover in gesprek te gaan.

Gesprekken met cliëntenraden
Sinds minimaal 20 jaar zijn er in de OBC's cliëntenraden actief waarin kinderen zelf of verwanten hun stem kunnen laten horen. Met deze raden kan ook

in gesprek gegaan worden om de ervaringen van de kinderen zelf met geweld te achterhalen.

6.4 Is onderzoek naar geweld tegen kinderen in andere organisaties voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking nodig en mogelijk?

In de inleiding en leeswijzer verantwoorden wij dat wij ons in deze notitie richten op de OBC's. Hiermee wordt niet de vraag beantwoord of zich ook in andere organisaties voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking gevallen van geweld jegens kinderen voor deden en voordoen. Tijdens ons onderzoek zijn wij een aantal bronnen tegen gekomen die verband houden met deze vraag maar die niet specifiek over kinderen gingen. In twee bronnen over de historie van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (Beltman, 2001; Mans, 1998) wordt het beeld geschetst van een sector die tot ver in de jaren 50 van de vorige eeuw gekenmerkt werd door een levenslang gestichtsleven in instellingen die volledig zelfvoorzienend waren. Er was in dergelijke instellingen sprake van een mengeling van liefdewerk en (een begin van) specialistische professionaliteit (Beltman, 2001, pag. 47). Het is niet uit te sluiten dat met de toen heersende nadruk op rust, reinheid en regelmaat er ook daar regelmatig sprake van dwang is geweest. In de bronnen zijn daar geen heldere uitspraken over te vinden en zeker niet over de vraag of dat ook geleid heeft tot geweld jegens kinderen.

Onder invloed van biochemische en genetische verklaringen van verstandelijke beperking was de zorg na de tweede wereldoorlog tot medio jaren 60 van de vorige eeuw vooral medisch georiënteerd. Daarna werden er twee bewegingen zichtbaar. Ten eerste een omgangsstijl gericht op acceptatie van de persoon met een verstandelijke beperking als uniek en waardevol persoon en de bevordering van zelfontplooiing. En ten tweede wetenschappelijk gefundeerde interventies gericht op aan- en afleren van gedrag. In het in hoofdstuk 3 genoemde rapport van de actiegroep "Pet met de Zet" wordt over misstanden bij het toepassen van gedragstherapie bij mensen met een verstandelijke beperking (niet specifiek bij kinderen) gerapporteerd. De oprichting van de zogenaamde Consulententeams in de zorg (van Gennep et. al., 2014) is een reactie op de professionele handelingsverlegenheid ten aanzien van extreme gedragingen van mensen met een verstandelijke beperking. Het rapport van de Inspectie uit 2007 zet vraagtekens bij het uitvoeren van verantwoorde zorg in instellingen voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in het algemeen maar richt zich niet specifiek op geweld jegens kinderen. De tussenrapportage van de 'Denktank complexe zorg/taskforce' (Ministerie van VWS, 2011), opgericht naar aanleiding van de verwikkelingen rondom Brandon, is vooral gericht op verbetering van de afstemming en communicatie tussen alle betrokkenen, maar adresseert het onderwerp geweld tegen kinderen niet specifiek.

Of er sprake is geweest van geweld tegen kinderen in de andere organisaties voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is op grond van het door ons geraadpleegde bronnenmateriaal niet met zekerheid te zeggen. In de geciteerde bronnen worden begrippen gehanteerd als 'handelingsverlegenheid', 'moeilijk verstaanbaar gedrag' en 'vrijheidsbeperking.' Net als in OBC's handelen de andere instellingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking binnen de kaders van de wet BOPZ. Maar ook hier is het de vraag of er wel altijd op basis van de principes van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid gehandeld wordt. Dit zou onderwerp van verder onderzoek kunnen zijn. Als er besloten zou worden om ook in de andere organisaties voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking onderzoek te doen kunnen in principe dezelfde soort bronnen als de in paragraaf 6.3 genoemde gebruikt worden.

Bronnen

Albrecht, G., & Slot, W. (1999). *Competentiegericht werken met licht verstandelijk gehandicapte kinderen: Handleiding voor het werken in residentiële groepen.* Amsterdam/Duivendrecht: PI Research.

Ament, M., & Buter, P. (1997). *Dat doen wij zo! Inhoud en vorming van de behandelingsmethodiek.* Voorst: De Beele (Interne publicatie).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Barnhard, M. C. (1994). *Instellingen voor licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren.* Utrecht: NZi, onderzoek informatie en opleidingen in de zorg.

Barnhard, M. C., & Kramer, G. L. A. (2003). *Eerste evaluatie van de multifunctionele centra.* Utrecht: Prismant.

Bauer, J., & Uzozie, A. (Red.) (2011). *Hij zou een keer moeten komen kijken... Een landelijke analyse van cliënttevredenheidsonderzoeken bij 18 Orthopedagogische Behandelcentra met de C-toets OBC©.* Utrecht: Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (OBC).

Beltman, H. (2001). *Buiten of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking in Nederland 1945-2000* (Proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Bogerd, A., Hendriks, A., & Renders, H. (1982). *Begeleiding van verstandelijk gehandicapten.* Amsterdam: Boom.

Brenninkmeijer, J. H. (1997). *Basisboek handicap en samenleving*. Utrecht: De Tijdstroom/Open Universiteit.

Brinks, D., & Krijnsen, M. (2012). *Van beperking naar ontdekking: 1913-2013.* Hengelo: Ambiq.

Brochure Kinderen en jongeren met een beperking van AWBZ naar Jeugdwet: Gemeenten verantwoordelijk voor zorg en ondersteuning (2014). Op 28 januari 2016 verkregen via http://www.voordejeugd.nl/attachments/article/1462/Jeugd_met_een_beperking_06_2014.pdf

Burmeister, E. (1962). *De groepsleider in de inrichting.* Arnhem: Van Loghum Slaterus.

Centrum Indicatiestelling Zorg. (2009). *CIZ Indicatiewijzer versie 3.0*. Verkregen op 28 januari 2016 via https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/Indicatiewijzer_30.pdf

Collot d'Escury, A. (2007). Lopen jongeren met een lichte verstandelijke beperking meer kans om in aanraking te komen met justitie? *Kind en adolescent, 28*(3), 128-137.

Došen, A. (1983). *Psychische stoornissen bij zwakzinnige kinderen* (Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Douma, J. (2011). *Handreiking pedagogisch klimaat: Een praktijk-theoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentiële zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.* Utrecht: VOBC LVG / Landelijk Kenniscentrum LVG.

Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2012). *Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking.* Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Dörenberg, V. E. T. (2004). *Opneming en behandeling van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen: Een nadere beschouwing van de ondertoezichtstelling, de Wjh, de Wgbo en de Wet Bopz.* Maastricht: Universiteit van Maastricht, Faculteit der Rechtsgeleerdheid.

Gemert, G. H. van, & Noorda, W. K. (Red.) (1988). *Leerboek zwakzinnigenzorg*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Gennep, A. van (1989). *De kwaliteit van het bestaan van de zwaksten van de samenleving.* Meppel / Amsterdam: Boom.

Gennep, A. van, Lans, J. van der, Linde, M. van der, Post, T., & Trigt, P. van (Red.) (2014). *Canon gehandicaptenzorg (zorg voor mensen met een verstandelijke beperking)*. Amsterdam: Vereniging Canon Sociaal Werk. En verkregen op 22 december 2015 via http://www.canonsociaalwerk.eu/0000_boekcgehandicapten/Canon_gehandicaptenzorg_2014.pdf

Geus, R. (2007). *Beroepsprofiel van de orthopedagoog en psycholoog in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.* Amsterdam: NIP / Utrecht: NVO. En verkregen op 10 februari 2016 via http://www.vgn.nl/media/download/index/mediaid/4ca5c283b01cf

Hoejenbos, E. (Red.) (1958). *Grondslagen der zwakzinnigenzorg: Leerboek voor de opleiding tot het diploma zwakzinnigenzorg*. Maarssen: De Tijdstroom.

Houten-van den Bosch, E. van (1999). *Gelukkig geïntegreerd: Onderzoek naar de kwaliteit van bestaan van mensen met een lichte verstandelijke beperking.* Groningen: Stichting Kinderstudies.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (1996). *Zorg onder beperking: Vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in relatie tot de Wet BOPZ en BOPZ-indicatiestelling in de verstandelijk gehandicaptenzorg.* Den Haag: Auteur. Verkregen op 10 februari 2016 van http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Zorg+onder+beperking.pdf

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2007). *Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk: Toets op risico's in de 24-uurszorg voor mensen met een verstandelijke beperking 2006-2007.* Den Haag: Auteur. En verkregen op 10 februari 2016 via http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Verantwoorde_zorg_voor_gehandicapten_onder_druk.pdf

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2016). *Toezicht en handhaving: Kwaliteitswet Zorginstellingen.* Verkregen op 10 februari 2016 van http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/wetten/kwaliteitswet_zorginstellingen/

Kingma, T. (1980). *Zorg voor geestelijk gehandicapten: Ontwikkelingen in hulpverlening en voorzieningen.* Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom.

Kok, J. F. W. (1973). *Opvoeding en hulpverlening in behandelingshuizen: Residentiële orthopedagogiek.* Rotterdam: Lemniscaat.

Mans, I. (1998). *Zin der zotheid: Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen.* Amsterdam: Bert Bakker.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). *Wegen naar vrijheid: communiceren en methodisch (samen) werken in de zorg voor cliënten die ernstig in hun vrijheid worden beperkt.* Den Haag: Tussenrapportage van de Denktank complexe zorg/taskforce.

Moonen, X. M. H. (2006). *Verblijf, beeld en ervaringen van jongeren opgenomen in een orthopedagogisch centrum voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking* (Proefschrift Universiteit Utrecht). Verkregen via http://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/10624/full.pdf?sequence=7

Moonen, X., Held, J., & Leeman, M. (Red.) (2011). *Voorlopige richtlijn wettelijk kader orthopedagogische behandelcentra: Pedagogisch-juridische overwegingen voor het uitvoeren van de behandeling binnen een orthopedagogisch behandelcentrum voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.* Utrecht: VOBC LVG.

Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVB-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk, 4*(1), 23-28.

Nederlandse Vereniging Gehandicaptenzorg. (1995). *Vorm en Kleur*. Utrecht: Auteur.

Noorda, W. K. (Red.) (1989). *MLK-Psychiatrie een speciale psychiatrie?* Rolde: Kinder- en Jeugdpsychiatrisch Ziekenhuis 't Ruige Veld.

Overbeek, F. (2102). *Uit huis geplaatst*. Maastricht: TIC i.s.m. Koraal Groep.

Pet met de Zet. (1982). *Terapie of terreur: Toepassing van dwangmiddelen in zwakzinnigeninrichtingen*. Nijmegen: Auteur.

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Graig, E. M., . . . Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th edition). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Schee, W. van der (1992). *Behandeling van gedragsproblematische jongeren: Een contextueel model vanuit Groot-Emaus.* Amersfoort: Vereniging 's Heeren Loo.

Slot, N. W., & Spanjaard, H. J. M. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg.* Baarn: Intro.

Tenneij, N. H., & Koot, H. M. (2008). Incidence, types and characteristics of aggressive behavior in treatment facilities for adults with mild intellectual disability and severe challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 114–124. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2007.00968.x

Tonkens, E. (1999). *Het zelfontplooiingsregime: De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig.* Amsterdam: Bert Bakker.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2005). *Werken met competentieprofielen: ABC, D, EMB, 0-6 jaar, (SG)LVG, NAH, ASS, ZG.* Utrecht: Auteur.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2013). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg – Visiedocument 2.0*. Utrecht: Auteur.

Wissink, I. B., Moonen, X., Vugt, E. S. van, & Stams, G.-J. (2012). *Eindrapport: Seksueel grensoverschrijdend gedrag en misbruik bij kinderen en jongeren met een (licht) verstandelijke beperking; deelonderzoek 5B*. Den Haag: Commissie-Samson.

Bijlage 1 Overzicht van de Orthopedagogische Behandelcentra

Orthopedagogisch Behandelcentrum	Plaatsnaam	Website
Ambiq	Hengelo	www.ambiq.nl
's Heeren Loo Zorggroep:		www.sheerenloo.nl
- Arkemeyde	Baarn	
- Auriga	Dordrecht	
- Groot Emaus	Ermelo	
Idris	Breda	www.idris.nl
Intermetzo		www.intermetzo.nl
- Nieuwmarke	Zutphen	
- Zonnehuizen Kind & Jeugd en Onderwijs	Zeist	
Ipse de Bruggen:		www.ipsedebruggen.nl
- OBC Den Haag	Den Haag	
- OBC Leiden	Leiden	
- Schakenbosch (Jeugdformaat)	Leidschendam	www.schakenbosch.nl
Juvent	Middelburg	www.juvent.nl
Koraal Groep:		www.koraalgroep.nl
- De La Salle	Boxtel	www.de-la-salle.nl
- Gastenhof	Maasbracht	www.gastenhof.nl
Lijn5:		www.ln5.nl
- Noord-Holland	Alkmaar	
	Amsterdam	
- Utrecht	Maartensdijk	
- Trainingsinstituut Woldyne	Epe	
Middelveld	Amsterdam	www.legerdesheils.nl
Pameijer LVG	Rotterdam	www.pameijer.nl
Pluryn:		www.pluryn.nl
- De Beele	Voorst	
- J.P. Heije	Oosterbeek	
- Werkenrode Jeugd	Groesbeek	
Reik	Leeuwarden	www.reik.nl
Vitree	Kampen	www.vitree.nl

Bijlage 2 Gebruikte afkortingen

AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CIZ = Centrum Indicatiestelling Zorg
CW = Competentiegericht Werken
DDG = dreigend destructief gedrag
FOBO = Fouten, Ongevallen en Bijna-Ongevallen
IGZ = Inspectie voor de Gezondheidszorg
IJZ = Inspectie Jeugdzorg
IVenJ = Inspectie Veiligheid en Justitie
KWZ = Kwaliteitswet Zorginstellingen
LVB = licht verstandelijke beperking
NIP = Nederlands Instituut van Psychologen
NVO = Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen
OBC = Orthopedagogisch Behandelcentrum
SPD = Sociaal Pedagogische Dienst
VB = verstandelijke beperking
VMS = veiligheidsmanagementsysteem
VOBC = Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra
Wet Bopz = Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Wgbo = Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wkcz = Wet klachtrecht cliënten zorgsector
Wkkgz = Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg
Wlz = Wet langdurige zorg

Commissie Vooronderzoek naar
Geweld in de Jeugdzorg
Postbus 344
2501 CH Den Haag