


Analyse van risico's en interventies

# Geweldsmeldingen en calamiteiten in de jeugdzorg


Katinka Lünemann - Maarten Kwakernaak - Mathilde Compagner - Marije Voorwinden



# Geweldsmeldingen en calamiteiten in de jeugdzorg



Analyse van risico's en interventies



Katinka Lünemann  
Maarten Kwakernaak  
Mathilde Compagner  
Marije Voorwinden



Utrecht, september 2021

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>Verbetermaatregelen na incidenten en calamiteiten</b>	<b>33</b>
1.1.	Achtergrond van het onderzoek	4	4.1.	Verbetermaatregelen op macroniveau	33
1.2.	Meldingen en de rol van de inspectie	5	4.2.	Verbetermaatregelen op mesoniveau	34
1.3.	Onderzoeksvragen	8	4.3.	Verbetermaatregelen en acties op microniveau	39
1.4.	Aanpak van het onderzoek	8	4.4.	Bij wie worden verbetermaatregelen belegd?	42
			4.5.	Conclusie	42
<b>2</b>	<b>Cijfermatig overzicht calamiteiten en meldingen</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>43</b>
2.1.	Cijfers geweldsmeldingen en calamiteiten in 2019	10	5.1.	Conclusie	43
2.2.	Cijfers geweldsmeldingen en calamiteiten in 2020	14	5.2.	Beperkingen van het onderzoek	45
2.3.	Conclusie	14	5.3.	Aanbevelingen	45
<b>3</b>	<b>Risico's en patronen</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>Literatuurlijst</b>	<b>48</b>
3.1.	Inleiding	15		Bijlage 1 Verantwoording keuze dossiers	49
3.2.	Fysiek en psychisch geweld	16		Bijlage 2 Format codering	54
3.3.	Seksueel geweld	20		Bijlage 3 Deelnemers reflectiebijeenkomst	56
3.4.	Suicides in de jeugdzorg	27			
3.5.	Conclusie	31			

# 1 Inleiding

## 1.1. Achtergrond van het onderzoek

De afgelopen jaren is er meer aandacht gekomen voor verschillende vormen van geweld in de jeugdzorg in het verleden en heden. De Commissie Samson bracht in 2012 haar rapport uit over seksueel misbruik in de jeugdzorg vanaf 1945 en in 2019 belichtte de Commissie de Winter het geweld binnen de jeugdzorg vanaf 1945. Uit beide onderzoeken komt naar voren dat geweld, waaronder seksueel misbruik, weliswaar verschilt per periode, maar dat in alle perioden, en ook heden ten dage, verschillende geweldsvormen plaatsvinden in de jeugdzorg.

Naar aanleiding van de bevindingen van de Commissie de Winter is aan de Tweede Kamer toegezegd meldingen bij de Commissie Meldingen Jeugd (CMJ) over de jaren 2019 en 2020 nader te analyseren, om inzicht te krijgen in aspecten en risico's die tegenwoordig samenhangen met geweld en andere calamiteiten in de jeugdhulp. Deze kennis kan vervolgens aanknopingspunten bieden om het calamiteitentoezicht, risicogericht toezicht, en het thematisch toezicht te versterken en te zorgen voor meer samenhang tussen de drie vormen van toezicht. Leren van recente calamiteiten staat hierin centraal.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (vanaf hier: IGJ of inspectie) heeft het Verwey-Jonker Instituut de opdracht gegeven een onderzoek te verrichten naar de achterliggende risico's, patronen en thema's van calamiteiten en geweldsmeldingen die zijn gedaan in 2019 en 2020 en de interventies waar de instellingen toe komen in hun verbeterplannen.

Met de resultaten van het onderzoek wil de inspectie haar eigen werk verbeteren en het gesprek met het veld en de overheid aangaan over mogelijkheden om de zorg voor kinderen in de jeugdhulp te verbeteren, zodat ieder kind in de jeugdzorg veilig is.

Dit rapport betreft een analyse van 75 onderzoeksrapportages uit 2019 en 2020 die betrekking hebben op geweldsmeldingen en calamiteiten. In deze inleiding staan we eerst stil bij de verplichting van jeugdzorginstellingen om calamiteiten en geweld te melden en de rol van de inspectie (paragraaf 1.2), vervolgens zetten we de vraagstelling (1.3) en de aanpak van het onderzoek (1.4) uiteen. We sluiten af met de opbouw van het rapport in de leeswijzer.

## 1.2. Meldingen en de rol van de inspectie

De inspecties zijn van oudsher belast met het toezicht op calamiteiten. In de loop der tijd is de meldplicht verder uitgebreid met onder meer de verplichting om ook seksueel, fysiek en psychisch geweld te melden. We gaan eerst in op de betekenis van de meldplicht en vervolgens op de veranderende rol van de inspectie.

### 1.2.1. Calamiteit, geweldsmelding en andere melding

Jeugdhulporganisaties (inclusief jeugd-ggz) en gecertificeerde instellingen zijn verplicht op grond van de Jeugdwet calamiteiten (artikel 4.1.8) en geweld (artikel 6.3.2) bij de Inspectie Justitie en Veiligheid (IJenV) en IGJ te melden. Deze verplichting geldt ook voor de Raad voor de Kinderbescherming, COA / Stichting Nidos en Justitiële Jeugdinstellingen (JJI) en voor de Veilig Thuisorganisaties op basis van artikel 4.2.5 van de Wmo. Volgens de wet zijn instellingen verplicht om een interne procedure te hebben voor het melden van incidenten. Veel instellingen werken met een Veilig Incidenten Melden-systeem (VIM). Het melden van incidenten geeft zorgverleners de mogelijkheid om de risico's in de zorg te analyseren en de zorg anders te organiseren. Naast instellingen melden ook ouders, professionals en jeugdigen via het Landelijk Meldpunt Zorg bij de inspecties.

#### *Soorten meldingen*

Er zijn drie soorten meldingen te onderscheiden: een calamiteitsmelding, een geweldsmelding en een andere melding. Voor de decentralisaties in het sociaal domein in 2015 bestonden alleen de categorieën calamiteit en andere meldingen; de categorie geweldsmelding is met deze transitie geïntroduceerd. Het is aan de instellingen zelf om te bepalen of sprake is van een calamiteit (een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid), een geweldsmelding (ernstig fysiek, psychisch of seksueel

grensoverschrijdend gedrag waarbij sprake is van een ernstige verstoring in de dagelijkse gang van zaken) of een andere melding (een gebeurtenis waarvan de inspectie of instelling het gewenst vindt om over geïnformeerd te worden). Voor alle drie de soorten meldingen geldt dat er een relatie moet zijn met jeugdhulp of de uitvoering van een jeugdbeschermings- of reclasseringsmaatregel. Naast de wettelijk verplichte calamiteiten- en geweldsmeldingen adviseert de IGJ ook andere gebeurtenissen te melden als het om ernstige tekortkomingen in de jeugdhulp gaat en die grote impact hebben (zie kader pag. 6).

Voor jeugdhulpaanbieders en instellingen is het niet altijd duidelijk of het incident een calamiteit betreft, bijvoorbeeld als het niet duidelijk is of er een relatie is tussen het incident en de kwaliteit van de hulpverlening. Of een geweldsincident kan dermate ernstig zijn, dat het als calamiteit gemeld moet worden. Ook is niet elk geweldsincident tussen jeugdigen meldenswaardig. Bepaalde gedragingen behoren tot de problematiek waarvoor de jeugdigen jeugdhulpverlening krijgen. In residentiele instellingen behoort het bijvoorbeeld tot de dagelijkse praktijk dat jeugdigen elkaar uitschelden, vastpakken of duwen. Het wordt meldingsplichtig wanneer er een medische en/of psychologische dan wel gedragsdeskundige behandeling van het geweld noodzakelijk was en/of er sprake was van een politie-interventie of aangifte bij de politie of Openbaar Ministerie. De meldplicht geldt niet voor incidenten welke een relatief lichte verstoring veroorzaken van de dagelijkse gang van zaken in een instelling: het is aan de instelling om te bepalen of er sprake is van ernstig geweld dat gemeld moet worden (Schipper en Dijkhoff, 2017). In geval van lichtere incidenten worden de jeugdhulpaanbieders en instellingen geacht deze zelf te registreren, jaarlijks te analyseren en waar nodig verbeteringen aan te brengen in de organisatie en leefregels van de instelling. (Leidraad Meldingen Jeugd, 2018; Schipper en Dijkhoff, 2017).

### De Leidraad Meldingen Jeugd (2018) geeft per type melding de volgende richtlijnen:

- *Calamiteit*: Een incident dient als calamiteit gemeld te worden indien het gaat om i) een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis; ii) de gebeurtenis plaatsvond bij het verlenen van jeugdhulp of de uitvoering van een jeugdbeschermings- of reclasseringsmaatregel iii) de gebeurtenis betrekking heeft op de kwaliteit van de jeugdhulp, zoals een gebrekkige organisatie waardoor de gebeurtenis plaatsvond; iv) de gebeurtenis heeft geleid tot ernstige lichamelijke of psychische schade of het overlijden van een jeugdige of (pleeg)ouder (hieronder vallen ook ernstige gebeurtenissen bij een derde door toedoen van een jeugdige).
- *Geweldsmelding*: Psychisch, seksueel en fysiek grensoverschrijdend gedrag dient als geweldsmelding bij de IGJ gemeld te worden indien: i) sprake is van ernstig fysiek, seksueel, of psychisch geweld of dreiging daarmee; ii) de gebeurtenis plaatsvond bij het verlenen van jeugdhulp of de uitvoering van een jeugdbeschermings- of reclasseringsmaatregel; iii) het geweld gericht is op een jeugdige of ouder iv) het geweld gepleegd wordt door iemand werkzaam in de jeugdhulp, een andere jeugdige of ouder met wie de jeugdige een etmaal of dagdeel bij de jeugdaanbieder verblijft. Indien aan de voorwaarden voor een calamiteit wordt voldaan, dient deze altijd als zodanig en niet als geweld gemeld te worden.
- *Andere melding*: Naast wettelijk verplichte calamiteits- en geweldsmeldingen adviseert de IGJ ook andere gebeurtenissen te melden, indien sprake is van een gebeurtenis die niet valt onder een calamiteits- of geweldsmelding maar waarvan het goed is dat de IGJ geïnformeerd wordt. Denk hierbij aan gebeurtenissen die leiden tot veel media-aandacht en maatschappelijke onrust, of waarbij ernstige tekortkomingen in de jeugdhulp zijn geconstateerd, of gevolg hebben voor de (veiligheid van) cliënten door toedoen van een medewerker van een zorgaanbieder.

### *Meldprocedure*

Een commissie van de Inspectie Justitie & Veiligheid (IJenV) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onderzoekt en beoordeelt de meldingen en calamiteiten en besluit of er reden is om deze uitgebreider te onderzoeken. Als vanuit de instelling onduidelijkheid is of er een melding gedaan dient te worden of welk type melding geldt, dan is er overleg tussen de accounthoudende inspecteur en de aanbieder om te kijken wat er goed past en kan een vooraanmelding worden gedaan. Dit biedt de instelling ruimte het een en ander uit te zoeken en daarna te beslissen of er moet worden gemeld. Als meerdere instellingen betrokken zijn, dan dient elke instelling afzonderlijk een melding te doen of indien dit onderling goed is afgestemd, vanuit één betrokken instelling.

Het kan zijn dat de IGJ een melding niet in behandeling neemt, bijvoorbeeld als een andere (wettelijke) procedure gevolgd moeten worden, de gemelde feiten recent reeds eerder zijn onderzocht of de gebeurtenis langer dan twee jaar geleden heeft plaatsgevonden en de inhoud geen noodzaak geeft om de melding nog in behandeling te nemen. Dit geldt met name voor de categorie andere meldingen en soms voor de categorie geweldsmeldingen. Andere meldingen worden alleen in behandeling genomen indien de veiligheid van een jeugdige of kwaliteit van de zorg ernstig en structureel in het geding komt. Bij klachten omtrent individuele behandeling (door ouders bijvoorbeeld) verwijst de inspectie consequent terug naar de klachtencommissie van de instelling zelf. Dergelijke klachten worden wel als signaal meegenomen in het algemene toezicht op de kwaliteit van de jeugdhulpverlening (Leidraad Meldingen Jeugd, 2018).

Als de melding in behandeling wordt genomen, wordt de instelling(en) gevraagd onderzoek te doen naar de achtergrond van het incident, wat is gedaan of zal worden gedaan om de kwaliteit te verbeteren en om herhaling te voorkomen. De IGJ hecht veel belang aan de inbreng van betrokken jeugdigen, nabestaanden en wettelijk vertegenwoordigers in het onderzoeksproces. De

inspectie ziet toe op de kwaliteit van de onderzoeken. In sommige gevallen zal de inspectie een eigen onderzoek bij de zorgaanbieder instellen, bijvoorbeeld vanwege de ernst van de calamiteit, maatschappelijke invloed of de beoordeling van de inspectie van het lerend vermogen van de zorgaanbieder. Het melden aan de IGJ betekent externe toetsing en een extra waarborging voor een zorgvuldig leerproces om ernstige (gewelds)incidenten en calamiteiten in de toekomst te kunnen voorkomen (Leidraad Meldingen Jeugd, 2018).

### 1.2.2. De veranderende rol van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

De inspectie kent drie vormen van toezicht: calamiteitentoezicht, risicogericht toezicht, en thematisch toezicht. Het calamiteitentoezicht, waaronder ook de gewelddelingen vallen, is hierboven beschreven. Het thematische toezicht betekent dat de inspectie aan de hand van een thema het toezicht bij zorgaanbieders inricht. Een voorbeeld van thematisch toezicht is het thema jeugdbescherming waar de inspectie een bezoek bracht aan alle jeugdbeschermingsorganisaties (IGJ, 2019). Risicogericht toezicht betekent dat (groepen) zorgaanbieders worden bezocht naar aanleiding van signalen over risico's van onvoldoende kwaliteit van de jeugdhulp. Die signalen kunnen komen van cliëntorganisaties of koepelorganisaties, maar ook van ouders, jongeren of professionals via het Landelijk Meldpunt Zorg. Dit is een laagdrempelig meldpunt waar naar gebeld kan worden. Na een signaal wordt beoordeeld of er aanleiding is om het als melding in behandeling te nemen. Dit is meestal niet het geval, maar de signalen worden wel geregistreerd en kunnen aanleiding zijn voor de selectie van zorgaanbieders voor een risicogericht toezicht.

De rol van de inspectie is niet statisch: het beweegt mee met de maatschappelijke, culturele, politieke en wetenschappelijke veranderingen, meer specifiek de veranderingen in de (jeugd)zorgsector en leerervaringen van (jeugd)zorgaanbieders (Grit et al., 2018). De recente ontwikkeling is te beschrijven als een ontwikkeling van een gestandaardiseerd toezicht met de nadruk op 'onderzoeken en rapporteren aan de hand van een format' naar een toezicht op maat

met de nadruk op 'leren en verbeteren' waarbij meer focus ligt op het effect van de voorgenomen verbetermaatregelen. De inspectie spreekt bijvoorbeeld van 'stimulerend toezicht', dat wil zeggen toezicht zonder oordeel en gericht op het versterken van het lerend vermogen. Ook wordt gesproken van 'responsief toezicht', dat resultaatgericht is en past bij de context. De nadruk op het uniform afhandelen van individuele meldingen en het verantwoorden van aanbieders over wat er is gebeurd staat nu minder op de voorgrond (Jaarverslag IGJ 2019 en Jaarverslag IGJ 2020). Deze ontwikkeling betekent dat meer maatwerk mogelijk is na een melding. De Commissie Meldingen Jeugd overlegt bijvoorbeeld na een melding met de accounthoudende inspecteur en de aanbieder om te kijken wat er goed past bij de situatie en de aanbieder. Instellingen en zorgaanbieders kunnen het onderzoek meer dan voorheen inrichten vanuit het incident in de context waarin het is gebeurd. Dit doen zij met een open blik, in samenwerking met betrokken netwerkpartners: wat is er gebeurd, wat kunnen we ervan leren en hoe gaan we dit voorkomen? Dit kan betekenen dat het opstellen van de onderzoeksrapportage niet meer volgens een vast format hoeft, zodat de rapportage ondersteunend kan zijn aan het lerende proces.

De focus op leren en verbeteren geldt ook voor de IGJ zelf. Er worden bijvoorbeeld gesprekken gevoerd met bestuurders en zorgverleners om hun eigen calamiteitenonderzoek te evalueren en daarmee te verbeteren (Jaarverslag IGJ 2019: Jaarverslag IGJ 2020). Het onderzoek naar achterliggende (patronen van) risico's van calamiteiten en geweldsincidenten maakt onderdeel uit van bovenstaande ontwikkeling. De resultaten van het onderzoek dienen enerzijds om de IGJ aangrijpingspunten te bieden bij het inrichten van het risicogerichte en thematische toezicht, en anderzijds om zorginstellingen te stimuleren (gezamenlijk) aan de slag te gaan in het verbeteren van de veiligheid en zorg.



### 1.3. Onderzoeksvragen

Het onderzoek richt zich op drie onderzoeksvragen:

1. Welke achterliggende (groepen) **risico's, patronen en thema's** zijn zichtbaar in de rapportages, onderverdeeld naar soorten jeugdhulporganisatie?
2. Tot welke soorten **interventies** komen organisaties in hun verbeterplannen en op welk niveau in de organisatie worden deze belegd (professionaal, bestuurder, etc.)?
3. Hoe kan de IGJ de opbrengsten van onderzoeksvragen 1 en 2 **gebruiken in haar risicogerichte toezicht** en in **het adresseren van thema's richting stakeholders**?

### 1.4. Aanpak van het onderzoek

Het onderzoek bestaat uit drie fasen waarbinnen verschillende methoden zijn gebruikt.

#### *Fase 1: overzicht meldingen*

Fase 1 betreft het verkrijgen van een overzicht van meldingen en calamiteiten naar soort geweld en calamiteit (psychisch, fysiek, seksueel geweld en suïcide), soort jeugdzorgorganisatie en relatie plegger-slachtoffer over de jaren 2019 en 2020. Het was niet mogelijk achtergrondgegevens van betrokkenen zoals leeftijd en sekse automatisch uit het systeem te genereren. De IGJ heeft in 2020 tijdelijk een ander registratiesysteem gebruikt, waarvan is teruggekomen omdat het nieuwe systeem niet naar wens werkte. Dit had tot gevolg dat nog niet alle meldingen uit het tijdelijke registratiesysteem waren teruggezet naar het oude (dus huidige) registratiesysteem ten tijde van het onderzoek in 2021. Als gevolg van deze verschillen in registratie tussen 2019 en 2020 is een vergelijking naar soort geweld en naar jeugdzorgorganisatie tussen beide jaren niet mogelijk. Het had eveneens gevolgen voor de verdiepende fase (fase 2).

#### *Fase 2: dossieronderzoek*

In fase 2 is een verdiepend dossieronderzoek uitgevoerd naar een selectie van dossiers (n=75) (respectievelijk 38 dossiers uit 2019 en 37 dossiers uit 2020). Het dossieronderzoek betreft de onderzoeksrapportages van de instellingen of soms een onderzoeksrapport van de IGJ, welke onderdeel uitmaken van het onderzoeksdossier bij de IGJ. De 75 dossiers zijn geselecteerd via een gestratificeerde steekproef. In de selectie van de rapportages is erop gelet dat er voldoende spreiding is gewaarborgd naar type melding (calamiteit, geweldsmelding, overige melding), type jeugdzorgorganisatie en aard van de melding (psychisch, fysiek, seksueel geweld en suïcide), en plegger-slachtoffer verhouding (tussen jeugdigen of tussen jeugdige en volwassene). Bij typen jeugdzorgorganisatie waar relatief minder meldingen zijn, zijn naar verhouding meer rapportages geselecteerd om zo toch iets over dit type jeugdzorgorganisatie te kunnen zeggen (dit betreft pleegzorg).

Het is niet mogelijk de selectie van de rapportages in 2020 op dezelfde manier uit te voeren als voor 2019. De aard van de melding was op een andere manier geregistreerd, waardoor de thema's gehercodeerd moesten worden naar de aard van de melding zoals dit voor 2019 geldt. En voor 2020 kon geen rekening gehouden worden met het type instelling, omdat dit in het tijdelijke systeem niet geregistreerd is. Zie Bijlage 1 voor een uitgebreidere verantwoording van de selectie van de dossiers.

Dossiers waren alleen op beveiligde laptops van de IGJ in te zien wegens privacy redenen. Deze waren hierdoor niet direct te importeren in een codeerprogramma. Daarom zijn door de onderzoekers eerst geanonimiseerde, thematische samenvattingen gemaakt van alle 75 dossiers. Deze samenvattingen zijn vervolgens gecodeerd op verschillende onderwerpen, zoals soort geweld/calamiteit, hulpverleningsinstelling, plegger-slachtoffer kenmerken, directe en indirecte oorzaken en type interventie.



De eerste vijf rapportages zijn door meerdere onderzoekers samengevat en gecodeerd en vervolgens binnen het onderzoeksteam besproken. Naar aanleiding van deze besprekingen zijn onderdelen toegevoegd aan het codeerformat. Zie Bijlage 2 voor het definitieve format.

### *Fase 3: analyse rapportages*

In fase 3 zijn de gecodeerde rapportages geanalyseerd. Eerst zijn er uitdraaien gemaakt op basis van combinaties van thematische codes. Vervolgens hebben vier verdiepende analysesessies plaatsgevonden, waar de patronen in risico's en interventies zijn besproken. De sessies zijn verdeeld naar aard geweld (namelijk psychisch en fysiek geweld, seksueel geweld en suicide); waarbij ook de interventies en verschillen tussen instellingen zijn besproken. In een laatste sessie is gereflecteerd op de drie voorgaande sessies, met de focus op overkoepelende conclusies. Deze risicopatronen en patronen van interventies zijn beschreven.

Deze basisbeschrijvingen van patronen van risico's en interventies naar aard geweld zijn besproken met onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut (betrokken en niet betrokken onderzoekers bij het IGJ onderzoek) aan de hand van drie vragen: worden de patronen van risico's herkend en wat wordt gemist?; worden de patronen van interventies herkend, en wat wordt gemist? en welke eventuele aanbevelingen vloeien voort uit de bevindingen? Tot slot is een reflectiebijeenkomst georganiseerd met diverse externe experts uit wetenschap, stakeholders (Jeugdzorg Nederland en Raad voor de Kinderbescherming) en inspecteurs van de IGJ (zie Bijlage 3). Tijdens de reflectiebijeenkomst zijn de voorlopige resultaten van het onderzoek gepresenteerd, waarna met elkaar is gereflecteerd op de gevonden risicopatronen en (voorgestelde) verbetermaatregelen, en wat dit betekent voor het incidentgericht en risicogericht toezicht van de IGJ.

### **Leeswijzer**

In voorgaand hoofdstuk zijn we ingegaan op de achtergrond van het onderzoek naar geweldsmeldingen en calamiteiten. In hoofdstuk 2 geven we een cijfermatig overzicht van enkele achtergrondkenmerken van de calamiteiten en geweldsmeldingen uit 2019 en 2020. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 3 in op de eerste onderzoeksvraag: Welke achterliggende risico's die van invloed zijn geweest op de calamiteiten en geweldsincidenten zijn zichtbaar in de rapportages? Per soort geweld (fysiek en psychisch geweld, seksueel geweld en suicide) gaan we in op verschillende risico's of aspecten die samenhangen met de calamiteit of geweldsincident waarvan melding is gedaan. In hoofdstuk 4 staan we stil bij de tweede onderzoeksvraag: welke soorten verbetermaatregelen vermelden organisatie in hun verbeterplannen en waar worden deze belegd? De verschillende (voorgenomen) verbetermaatregelen worden beschreven naar macro-, meso- en microniveau, waarbij een onderscheid wordt gemaakt naar instellingscontext en gezinscontext. In hoofdstuk 5 vatten we de resultaten samen en beantwoorden de derde onderzoeksvraag: Hoe kan de IGJ de resultaten gebruiken in haar risicogerichte toezicht en het adresseren van thema's richting stakeholders?

## 2 Cijfermatig overzicht calamiteiten en meldingen

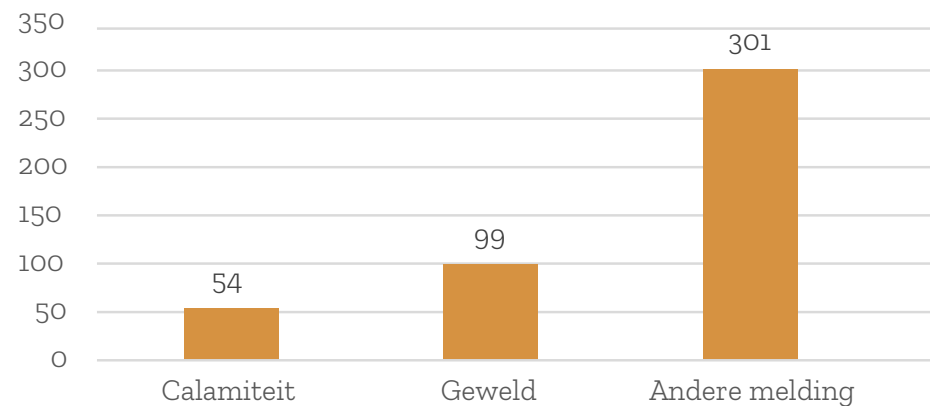
In dit hoofdstuk geven we een cijfermatig overzicht van de calamiteiten en geweldsmeldingen. Voor 2019 zijn achtergrondgegevens bekend en gaan we in op het type meldingen en de aard van de melding, het type instelling en pleger-slachtofferverhoudingen. In 2020 is zoals eerder in hoofdstuk 1.4 aangegeven, tijdelijk een ander registratiesysteem gebruikt. Dezelfde gegevens als in 2019 kunnen daardoor niet, of niet automatisch, uit dit tijdelijke registratiesysteem gegenereerd worden.

### 2.1. Cijfers geweldsmeldingen en calamiteiten in 2019

#### Type meldingen

De IGJ ontvangt in totaal 454 incidentmeldingen in 2019, waarvan 54 calamiteiten, 99 geweldsmeldingen en 301 andere meldingen (zie Figuur 2.1). Onder het type 'andere meldingen' vallen ook meldingen van geweldsincidenten.

Figuur 2.1 Aantal meldingen naar type melding (2019)

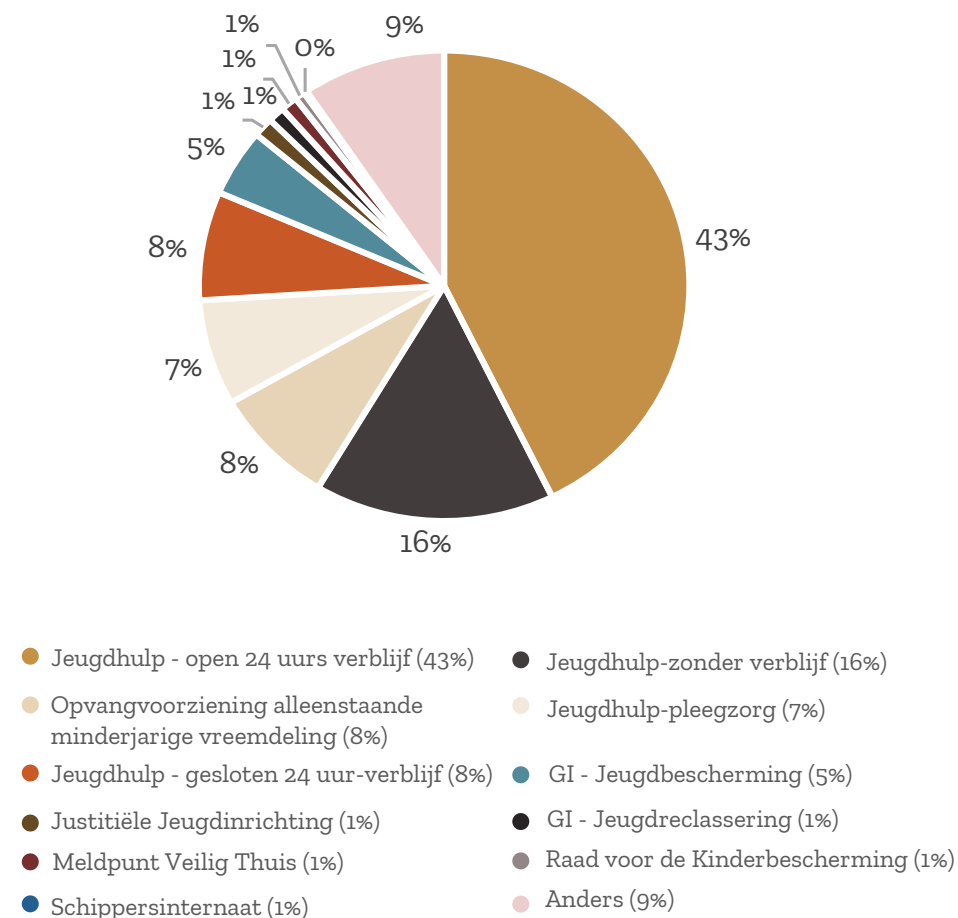


### Aard van melding en type instelling

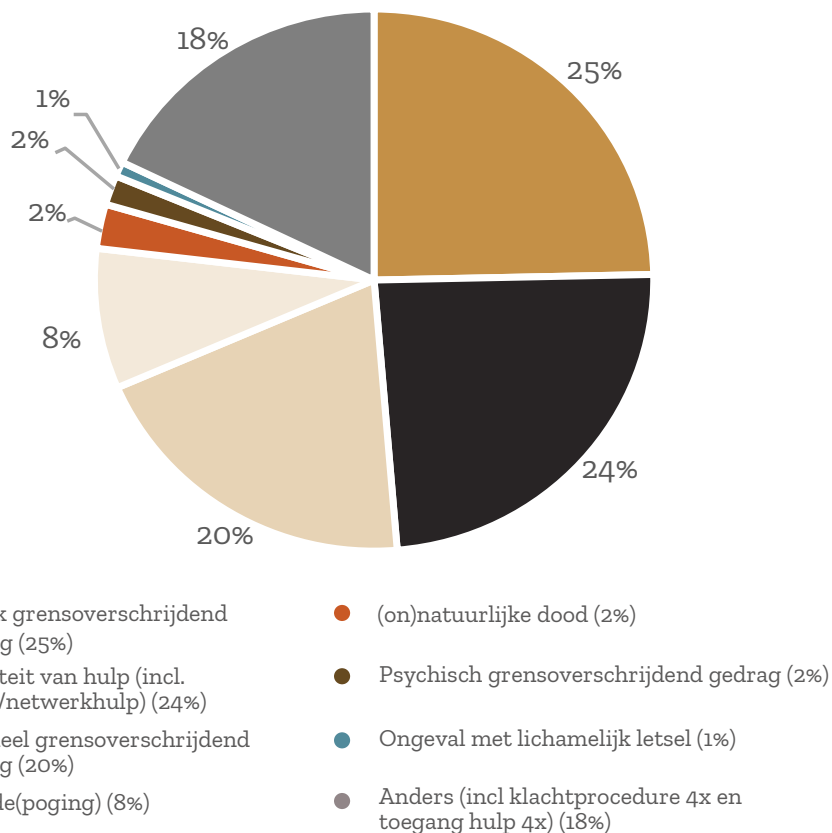
Meldingen komen het vaakst van open 24-uursinstellingen (42%), gevolgd door Jeugdhulp zonder verblijf (16%); bij alle andere typen instellingen was het percentage meldingen lager dan 10% (figuur 2.2). De aard van de meldingen loopt uiteen (zie Figuur 2.3). Een incident kan verschillende vormen van geweld betreffen, maar slechts één vorm wordt als zodanig geregistreerd. Fysiek grensoverschrijdend gedrag (25%), kwaliteit van de hulp (24%), en seksueel grensoverschrijdend gedrag (20%) worden het meeste gemeld. Een melding van (een poging tot) suïcide betreft 8 procent van de meldingen in 2019. Psychisch geweld wordt nauwelijks gemeld (2%).

Er is ook gekeken of bepaalde vormen van geweld relatief vaker voorkomen binnen bepaalde instellingen. Binnen open 24-uursinstellingen zijn meldingen van fysiek grensoverschrijdend gedrag, kwaliteit van hulp en seksueel grensoverschrijdend gedrag het meest voorkomend. Bij jeugdhulp zonder verblijf worden met name meldingen gedaan over kwaliteit van hulp, gevolgd door suïcide(pogingen). Bij opvangvoorzieningen AMV wordt vooral fysiek grensoverschrijdend gedrag gemeld.

Figuur 2.2 Meldingen naar type instelling (2019)



Figuur 2.3 Aard van melding (2019)



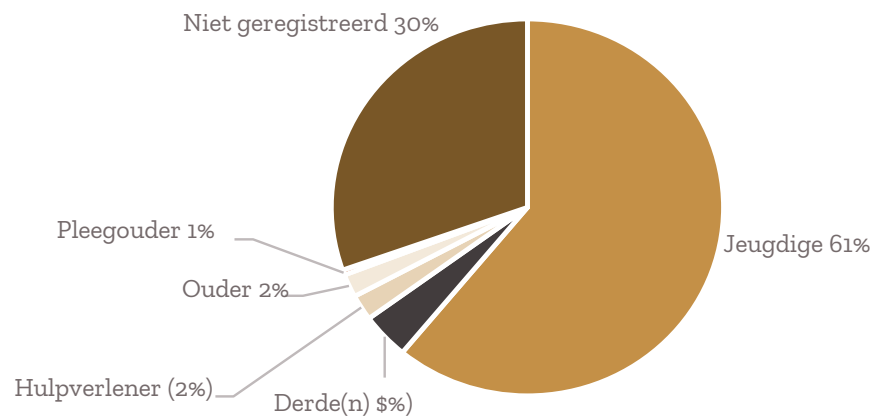
### Pleger- en slachtofferschap

Het meeste geweld dat wordt gemeld bij de inspectie betreft geweld dat zich afspeelt tussen jeugdigen onderling (24%), gevolgd door geweld door hulpverleners gericht op jeugdigen (15%). Een andere grotere categorie is de (poging tot) suicide door jeugdigen (12%). Andere relaties, zoals geweld waarbij derde(n) of (pleeg)ouder zijn betrokken of geweld van jeugdigen richting hulpverleners komen in minder dan 10% van de meldingen voor.

Als we kijken naar pleger- en slachtofferschap zien we een grote categorie (ongeveer een derde) niet geregistreerd. Dit hangt er onder meer mee samen dat in lang niet alle incidenten duidelijk sprake is van een pleger en slachtoffer. Als we inzoomen op slachtofferschap, zien we dat bij een ruime meerderheid van de meldingen de jeugdige slachtoffer is van de calamiteit of het geweld (61%). In een enkel geval is het slachtoffer een derde (4%), (pleeg)ouder (3%), of hulpverlener (2%). (zie Figuur 2.4)

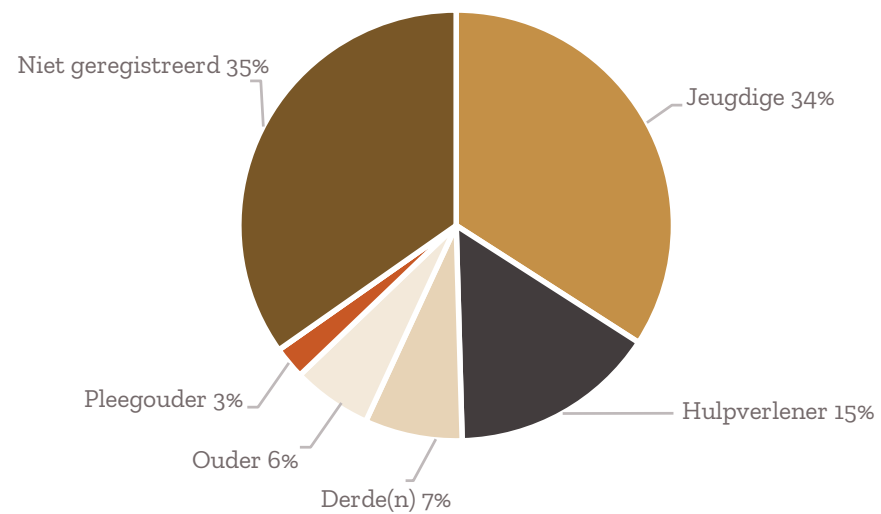
Als we specifiek kijken naar plegerschap, dan zien we dat dit voor ongeveer twee derde van de meldingen geregistreerd is en dat dit meer uiteen loopt: jeugdigen zijn regelmatig de pleger (34%), ook hulpverleners zijn soms pleger (15%), en af en toe betreft de pleger een derde (7%), ouder (6%) of pleegouder (3%). (zie Figuur 2.5).

Figuur 2.4 Slachtofferschap



- Jeugdige (61%)
- Niet geregistreerd (30%)
- Derde(n) (4%)
- Ouder (2%)
- Hulpverlener (2%)
- Pleegouder (1%)

Figuur 2.5 Plegerschap



- Jeugdige (34%)
- Niet geregistreerd (35%)
- Derde(n) (7%)
- Ouder (6%)
- Hulpverlener (15%)
- Pleegouder (3%)

## 2.2. Cijfers geweldsmeldingen en calamiteiten in 2020

Voor 2020 telde het systeem op moment van dit onderzoek 335 binnengekomen incidentmeldingen, waarvan 49 calamiteiten, 94 geweldsmeldingen en 192 andere meldingen. In het tijdelijke registratiesysteem werd elke melding apart geregistreerd. Dit betekent dat op het moment dat meerdere instellingen apart een melding doen dit apart geregistreerd staat terwijl het om hetzelfde incident gaat. Hierdoor kan het zijn dat het aantal gemelde incidenten in werkelijkheid lager ligt. Door de andere registratiesystematiek ten opzichte van 2019 kunnen we geen overzicht geven naar type instelling, plegger-slachtofferrelaties en aard van de melding.

## 2.3. Conclusie

In zowel 2019 als 2020 worden ongeveer 50 calamiteiten gemeld en 100 geweldsincidenten. Er is met name een groot verschil tussen het aantal overige meldingen, dat in 2019 veel hoger is dan in 2020. Alleen over 2019 is een overzicht van het aantal meldingen naar type en aard van de melding, type instelling en wijze van binnenkomst. Voor 2020 was dit niet mogelijk. Hierdoor is het niet mogelijk verschillen tussen beide jaren nader te analyseren en bijvoorbeeld iets te zeggen over de mogelijke impact van corona op het aantal meldingen en de aard ervan.

# 3 Risico's en patronen

## 3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staan we stil bij de verschillende risico's onderliggend aan psychisch, fysiek, seksueel geweld en suïcide in de jeugdzorg. In navolging van de Commissie Onderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg (Commissie de Winter, 2019) hebben we de risico's geanalyseerd op macro-, meso- en microniveau. Factoren op macroniveau hebben te maken met de maatschappelijke en politieke context, de economische ontwikkelingen, de heersende wet- en regelgeving en ook de organisatie van het (externe) toezicht, zoals de IGJ. De factoren op mesoniveau hebben betrekking op kenmerken van de organisatie en inrichting van instellingen en pleegzorg en gezinshuizen. Het betreffen thema's als de procedure bij de plaatsing van jeugdigen, professionalisering van het personeel, de pedagogische en professionele cultuur, regelgeving, de bestuursvorm en het interne toezicht van instellingen c.q. pleeggezinnen en gezinshuizen. De factoren op microniveau gaan over de kenmerken rondom individuele jeugdigen en hun directe omgeving (Commissie Onderzoek naar geweld in de jeugdzorg, 2019). In de rapportages wordt ingegaan op verschillende risico's of aspecten die hebben bijgedragen aan of aanleiding waren voor de calamiteit of geweldsincident. Er is nooit één duidelijk aanwijsbare factor die als oorzaak kan worden gezien: het is altijd een combinatie van aspecten die van invloed zijn geweest op het kunnen ontstaan van de geweldssituatie of calamiteit. 'Factoren' suggereert dat er een oorzakelijk verband is. Wij zullen daarom het woord factoren zo veel mogelijk mijden.

### *Onderscheid gezinscontext en instellingscontext*

We zullen in de analyse niet ingaan op verschillen tussen typen jeugdhulpinstellingen, omdat het materiaal zich daar niet voor leent wegens te kleine aantallen. We maken wel een onderscheid tussen instellingscontext en gezinscontext. In het ene geval staat de hulpverleningsrelatie centraal en in het andere geval een zo normaal mogelijk gezinsleven. In geval van pleegzorg en gezinshuizen spreken we van een gezinscontext, omdat een zo normaal mogelijk gezinsleven voorop staat. Kinderen worden opgenomen in het eigen gezin van de pleegouder of gezinshuisouder. Dit neemt niet weg dat er ook verschillen zijn. Een pleeggezin is in feite een gewoon gezin, terwijl gezinshuis bestaat uit minimaal één geschoolde gezinshuisouder (SKJ-geregistreerd). Scholing van gezinshuisouder(s) is belangrijk, maar tegelijkertijd wordt erkend dat vergaande professionalisering enigszins op gespannen voet staat met kleinschalig werken. Wat betreft het toezicht op de kwaliteit van de zorg heeft bij pleeggezinnen de pleegzorgbegeleiding een belangrijke rol, en bij de gezinshuizen de zorgaanbieder of franchiseorganisatie (tenzij de gezinshuisouder een zelfstandige ondernemer is). In alle gevallen geldt sinds 2019 een kwaliteitskader voor gezinshuizen (Kwaliteitscriteria Gezinshuizen, 2019).

We gaan per vorm van geweld/calamiteit (psychisch, fysiek en seksueel geweld en suïcide) eerst kort in op de soort geweld dat is gemeld, vervolgens staan we stil bij de beschreven risico's op macro-, meso- en microniveau en tot slot geven we aan of er verschillen zijn tussen de risico's in de instellings- en gezinscontext.



## 3.2. Fysiek en psychisch geweld

Van de 75 geanalyseerde onderzoeksrapportages betreffen 27 rapportages fysiek en psychisch geweld. In drie rapportages zijn incidenten van psychisch geweld beschreven en 24 rapportages betreffen fysiek geweld. De meeste rapportages over fysiek geweld zijn van 24-uurs open instellingen (n=19). Vier daarvan betreffen een AMV-locatie (locatie van het COA voor alleenstaande minderjarige vreemdelingen) en één betreft een gezinshuis. Daarnaast betreft het rapportages van twee gesloten 24-uursinstellingen, een geweldsincident tijdens dagbesteding, fysiek geweld binnen een pleeggezin en een ernstig geweldsincident waar betrokkenen een (gedwongen) ambulante hulptraject hadden. De rapportages over psychisch geweld betreffen een open 24-uursinstelling (n=2) en een ambulante setting.

### 3.2.1. Soort geweld

De bestudeerde incidenten van psychisch geweld – waar dus géén fysiek geweld plaatsvindt – vinden in twee gevallen plaats tussen een medewerker/medewerkers van open (behandel)groepen (24-uursinstelling) naar jeugdigen, en in een geval bij jeugdigen onderling in ambulante setting. Gaat het bij de jeugdigen om psychisch geweld dat aspecten van seksueel getint geweld omvat (zoals het dwingen om porno te kijken), bij de medewerkers bestaat het psychisch geweld enerzijds uit verbale agressie en anderzijds uit een patroon van repressief handelen door medewerkers naar jeugdigen en collega's. Overigens zien we in de rapportages dat fysiek geweld tussen jeugdigen vaak gepaard met pestgedrag of het resultaat is van pestgedrag, vernedering en scheldpartijen. De scheiding tussen psychisch en fysiek geweld is diffuus en deze vormen van geweld gaan vaak samen. Ditzelfde geldt ook voor de scheiding met seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Het fysieke geweld bestaat vooral uit geweld tussen jeugdigen (n=16), meestal tussen jongens. Dit geweld bestaat uit duwen en trekken, knijpen en bijten, slaan en schoppen, soms met letsel tot gevolg (bijvoorbeeld een bijtwond, gebroken neus, nierschade). Of (ernstige) brandwonden door het gooien met heet water.

Daarnaast vindt er, soms na optreden bij geweld tussen de jeugdigen, geweld van een jeugdige naar een medewerker plaats (n=4). Vier door ons onderzochte rapportages betrof geweld van de volwassene naar de jeugdige(n), waarvan in twee gevallen het pleegzorg/gezinshuis betrof, en de andere gevallen een open 24-uursinstelling. Het ging in al deze gevallen om het (vermoeden van) niet adequaat/proportioneel optreden na agressie van de jeugdige (terugschoppen, slaan, vloeren, weggelopen jongeren vastbinden, fixeren).

### 3.2.2. Risico's die samenhangen met de maatschappelijke context (macro)

De maatschappelijke context, regionale of landelijk omstandigheden waarbinnen zorg moet worden geboden, wordt regelmatig in de rapportages genoemd als een aspect dat van invloed is op het ontstaan van geweldsincidenten. In de sector is een gebrek aan voldoende bekwaam en goed geschoold personeel. Door krapte op de arbeidsmarkt en personeelstekorten wordt meer dan gewenst gewerkt met uitzendkrachten en flexwerkers. Dit heeft invloed op de continuïteit in de leefgroep van 24-uursinstellingen en het zorgaanbod (zie 3.2.3).

Daarnaast is er een gebrek aan plaatsingsmogelijkheden, zeker voor jeugdigen met meer specifieke en complexe problematiek. Gebrek aan plaatsingsmogelijkheden betekent wachtlijsten voor passende zorg. Ook worden jeugdigen daardoor tijdelijk geplaatst op een locatie die eigenlijk niet passend is voor de hulpvraag van de jongere en is er sprake van regelmatig doorplaatsen (zie 3.2.3). De omstandigheden waarin professionals moeten werken en de situatie waarin jongeren moeten leven zijn hierom niet optimaal.

### 3.2.3. Risico's die samenhangen met de instelling (meso)

De meeste risico's die worden beschreven in de rapportages betreffen risico's op mesoniveau. We zien hierbij vier clusters: plaatsing en screening, personeelsbeleid, toezicht houden en professionele en pedagogische cultuur.

#### **Plaatsing en screening**

In de rapportages komt naar voren dat de jeugdigen met complexe problematiek niet altijd op de plek wonen waar ze de juiste zorg krijgen; de woonsituatie sluit niet aan bij de problematiek.

Er zijn verschillende redenen waarom jeugdigen niet op de juiste plek wonen. Voor bepaalde problematiek zijn onvoldoende plekken (bijvoorbeeld ASS in combinatie met disharmonisch intelligentieprofiel). Jongeren staan wachtlijst voor meer passende hulp en wonen in de tussentijd op een plek die eigenlijk niet geschikt is. Door het permanent bezetten van tijdelijke bedden en een wachttijd voor passende zorg, lijkt de complexiteit aan verschillende problematieken binnen de leefgroep (pleeggezin of gezinshuis) toe te nemen. Jeugdigen met minder complexe problematiek, die eigenlijk op de juiste plek zitten, verblijven dan alsnog in een groep met jeugdigen met complexe problematiek. Naast in jeugdhulpinstellingen komt het wonen op de verkeerde plek voor bij alleenstaande minderjarigen die op een AMV-locatie wonen. Als zij te maken hebben met complexe problematiek en een verleden van (gewelds)incidenten is de AMV-locatie is voor hen niet altijd passend. Een andere reden dat jeugdigen niet op de juiste plek zitten, is het ontbreken van screening, waardoor kennis ontbreekt over de achtergrond van de jeugdigen. Bijvoorbeeld screening op risicogedrag rond fysiek of psychisch geweld. Daarnaast komt naar voren dat er wel is gescreend, maar dat een plaatsing ontbreekt die past bij de uitkomsten van de screening. Een jeugdige heeft bijvoorbeeld één op één begeleiding nodig en deze is niet voorhanden.

Bovenstaande draagt bij aan veel overplaatsingen: jeugdigen maken vaak een lange route door de jeugdhulp. De vele overplaatsingen vormen een stressfactor voor de jeugdige. Overplaatsingen worden door instellingen dan ook gezien als een oorzaak van geweldsincidenten. De vele overplaatsingen creëren ook discontinuïteit in de leefgroep, waardoor het moeilijker is een sfeer van vertrouwen en rust te creëren.

#### **Personeelsbeleid**

Verschillende aspecten komen naar voren in de rapportages die te maken hebben met het personeelsbeleid. Het betreft kennis bij hulpverleners, werken met (veel) flexwerkers en de relatie tussen hulpverlener en management.

#### *Kennis van achtergrond jeugdigen en omgaan met geweldsconflicten*

Uit de rapportages komt naar voren dat binnen bovenstaande geschetste context van screening en plaatsing jeugdigen op het moment van het geweldsincident niet de beoogde, passende behandeling krijgen; het personeel is niet altijd voldoende geschoold om met de problematiek om te gaan. Het gaat niet alleen om 24-uurs-instellingen. Ook in geval van pleegzorg en gezinshuizen zien we dat jeugdigen met complexe problematiek daar niet de zorg krijgen die nodig is, wat kan hebben bijgedragen aan de escalatie van geweld. Door onvoldoende kennis bij hulpverleners van instellingen over achtergrond van jongeren komt het voor dat zij niet adequaat op de jeugdige reageren, wat aanleiding kan zijn voor escalatie. Ook blijkt dat hulpverleners niet altijd op de hoogte zijn van de regels rond omgaan met onenigheid tussen jeugdigen of tussen jeugdige(n) en een hulpverlener. In de rapportages komt naar voren dat in dergelijke situaties, waar meerdere hulpverleners betrokken raken bij het geweldsincident, zij niet altijd weten wie op dat moment de verantwoordelijkheid draagt om in te grijpen: er is onduidelijkheid over wie welke rol pakt. Wie belt 112 als inzet van hulpdiensten nodig is? En wanneer de verantwoordelijk begeleider even afwezig is, wie heeft dan de taak om de situatie te de-escaleren? En wie draagt dan zorg voor de rest van de groep?

### *Veel flexibel personeel*

Een ander aspect betreft het veelvuldig werken met flexwerkers en het grote verloop van hulpverleners. Groot verloop en veel flexwerkers tasten de continuïteit in instellingen aan en veroorzaken onrust. Jeugdigen, en zeker jeugdigen die veel structuur en duidelijkheid nodig hebben, lijden hieronder. In de rapportages benadrukken instellingen dat dit van invloed kan zijn op het ontstaan van conflicten en agressie tussen jeugdigen, maar ook naar hulpverleners toe.

Hoewel flexwerkers vaak ervaren en bekwame hulpverleners zijn, brengt de inzet van flexwerkers risico's met zich mee. Zij hebben niet altijd toegang tot dossiers, waardoor zij minder kennis hebben over het persoonlijke zorgplan van de jeugdigen dan vaste krachten. De vertrouwensrelatie die vaste hulpverleners opbouwen met jeugdigen ontbreekt ook, waardoor zij moeilijker kunnen inschatten hoe te handelen als er spanningen zijn. Bovendien zijn flexwerkers niet altijd op dezelfde wijze getraind en geschoold in hoe om te gaan met fysiek geweld en zijn ze niet goed op de hoogte van de handelingsprotocollen. Flexibele krachten kunnen daardoor terughoudend zijn in handelen of juist grenzen overschrijden met fysiek ingrijpen. Door het ontbreken van functioneringsgesprekken met flexwerkers is er minder (systematisch) zicht op het functioneren van flexibele krachten.

### *Onvoldoende steun door management*

Onvoldoende steun van hulpverleners in hun werkzaamheden door het management is een ander aspect dat naar voren komt in de rapportages. Onvoldoende steun kan bijdragen aan een klimaat binnen de instelling waarin niet adequaat wordt omgegaan met conflicten en grensoverschrijdend gedrag van hulpverleners en jeugdigen (zie ook: professionele en pedagogische cultuur).

### **Toezicht houden en gevaarlijke objecten**

In de rapportages wordt erop gewezen dat incidenten voorkomen kunnen worden door beter toezicht te houden op de jeugdigen. Dit speelt bijvoorbeeld in een instelling in de avonduren, als degene die nachtdienst heeft zijn of haar toezichttaak niet goed uitoefent, waardoor er 's nachts een onveilige situatie ontstaat. Of overdag op het terrein van een instelling, op een plek waar niemand zicht op heeft. Instellingen benoemen dat het niet functioneren van veiligheidsmaatregelen die gericht zijn op het toezicht houden, er aan bijdragen dat incidenten ontstaan. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om 'deurverklikkers' om toegang van jeugdigen tot elkaars kamers te monitoren of defecte raam- of deurvergrendelingen.

Een ander aspect dat in de rapportages naar voren komt als een risico, is de toegang tot potentieel gevaarlijke objecten. Het gaat dan om incidenten waarin gebruiksvoorwerpen, zoals een waterkoker of koekenpan, worden gebruikt om de ander pijn mee te doen. Incidenten met kokend water (waterkokers) komen meerdere keren voor; toegang tot gereedschap en keukengerei maken dat een ruzie (met twee of meer jeugdigen of tussen jeugdige en hulpverlener) omslaat in een geweldsincident met potentieel grote gevolgen.

### **Professionele en pedagogische cultuur**

In de rapportages omtrent psychisch en fysiek geweld worden verschillende aspecten genoemd die samenhangen met de professionele en pedagogische cultuur. Een van de aspecten is het omgaan met ruzie tussen jeugdigen en het wel of niet fysiek ingrijpen bij agressief gedrag. Daarnaast gaat het om openheid en dialoog in het vaststellen van leefregels en de wijze van handhaven. Een ander aspect betreft afwezigheid van een cultuur waarin zorgen open en transparant gedeeld kunnen worden.

### *Onduidelijkheid grenzen fysiek ingrijpen*

Hulpverleners weten niet altijd waar grenzen liggen van fysiek ingrijpen en er is geen duidelijke en gezamenlijke visie in hoe omgegaan moet worden met de hoofdregel 'niet fysiek ingrijpen, tenzij het noodzakelijk is', zo komt in de rapportages naar voren. Als een gezamenlijke visie ontbreekt hoe in bepaalde situaties te handelen, zoals hectische situaties waar meerdere jeugdigen bij zijn betrokken, kan de ene hulpverlener te terughoudend zijn en de ander grijpt (te) snel fysiek in; er wordt dan niet consequent maar ad hoc gereageerd op incidenten met fysiek geweld. In één van de rapportages wordt bijvoorbeeld benoemd dat begeleiders en gedragswetenschappers vasthouden aan de visie van 'geen vrijheidsbeperkingen' in de open jeugdzorg en zij niet goed op de hoogte zijn van wanneer een uitzondering gemaakt mag worden. Deze hulpverleners geven aan dat vanuit diverse lagen in de organisatie de visie steeds benadrukt wordt, maar dit onvoldoende aansluit bij de dagelijkse praktijk, waardoor handelingsverlegenheid en verschil van optreden tussen hulpverleners ontstaat. Ook komt naar voren dat hulpverleners gewend raken aan de vele incidenten die er zijn op de leefgroepen en de incidenten onvoldoende met elkaar bespreken. Hierdoor is het onduidelijk wat wel en niet toelaatbaar is en wanneer wel of niet en op welke manier opgetreden moet en mag worden.

### *Onduidelijkheid leefregels*

Onduidelijkheid rondom het handhaven van leefregels betekent dat er geen eenduidige pedagogische visie is. Het ontbreken daarvan kan leiden tot agressie bij de jeugdige. In de rapportages komen verschillende voorbeelden naar voren, waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden opgelegd en hierover geen eenduidige pedagogische visie is. Het gaat om vragen als: kan een jeugdige die agressief is naar zijn of haar kamer worden gestuurd of is dit een ontoelaatbare vrijheidsbeperking? Kan een jeugdige beperkt worden in het gebruiken van zijn/haar eigen laptop of is dit een vorm van vrijheidsbeperking? Het ontbreken van openheid en dialoog tussen hulpverleners en jeugdigen over het vaststellen van leefregels en de wijze van handhaven draagt bij aan escalatie van conflicten over leefregels.

### *Ontbreken open, transparante cultuur*

Tot slot is het ontbreken van een open transparante cultuur een risico dat naar voren komt in de rapportages. Wanneer een open feedbackcultuur ontbreekt, kan er een onveilig pedagogisch klimaat ontstaan voor de jeugdigen. De sfeer en samenstelling van de leefgroepen of gezinnen heeft invloed op het kunnen ontstaan van incidenten. Het vormt de achtergrond of een voedingsbodem. Een voorbeeld is een behandelgroep waar enkele hulpverleners in een instelling zich autoritair opstellen richting collega's en jeugdigen. Leefregels worden overschreden en er wordt een onveilige sfeer ervaren waar onderlinge feedback niet geduld wordt.

#### **3.2.4. Risico's die samenhangen met direct betrokkenen rondom incident (micro)**

Als het gaat om meldingen van fysiek en psychisch geweld worden kenmerken van de pleger genoemd als (gedeeltelijke) oorzaak van het geweldsincident, met name als een jeugdige pleger is. Over de achtergrond van de volwassene is weinig beschreven. Kenmerken van het slachtoffer worden nauwelijks genoemd als het gaat om fysieke geweldsincidenten.

De achtergrondkenmerken van jeugdige plegers kunnen liggen in gedragsproblematiek, bijvoorbeeld een onveilige copingstrategie (vechten) en persoonlijkheidsstoornissen, zoals stoornissen in het autismespectrum, ADHD en een zich ontwikkelende borderline-persoonlijkheidsstoornis. Ook een complex kinderpsychiatrisch beeld door een onveilige opgroeisituatie in eerste levensjaren of trauma's uit het verleden worden genoemd als achtergrondkenmerken die aanleiding zijn van incidenten. Daarnaast wordt het risico van herhaling genoemd bij fysiek geweld: een verleden van eerder geweld, bijvoorbeeld bedreigingen met messen, of eerder fysiek geweld richting hulpverleners of politie verhoogt het risico op het opnieuw plegen van fysiek geweld. Middelengebruik en weglooptgedrag (ongeoorloofde afwezigheid) worden eveneens genoemd als risico op fysiek geweld.

De instellingen benoemen ook stressfactoren als risico op fysiek geweld, zoals veranderende leefomstandigheden, waardoor veel innerlijke spanning wordt opgebouwd. Een van die omstandigheden is het vooruitzicht (weer) naar een andere instelling te gaan. Een ander punt is taalbarrières bij jeugdigen. In groepen waar enkele jeugdigen de Nederlandse taal niet goed machtig zijn, kan dit tot extra spanningen en misverstanden leiden, wat weer aanleiding kan zijn voor agressie en geweld. Dit speelt niet alleen op AMV-locaties, maar ook in (gesloten) 24-uursinstellingen waar jeugdigen zijn die de taal niet goed beheersen.

De genoemde achtergrondkenmerken van betrokkenen worden meestal niet als directe oorzaak gezien van het geweld, het is één aspect dat meespeelt in het samenhangend geheel aan oorzaken. Maar er zijn incidenten tussen jeugdigen waar het geweldsincident voornamelijk wordt verklaard uit achtergrondkenmerken van de jeugdigen, zoals in geval van twee jonge kinderen (rond 10 jaar) met beperkte vaardigheden rond emotie- en agressieregulatie, voortkomend uit een systeem- en hechtingsproblematiek, en waarbij een van hen tevens een neurobiologische stoornis heeft. Maar ook dan wordt dit niet als enige verklaring van het incident naar voren gebracht.

### 3.2.5. Risico's naar gezins- en instellingscontext

De leefomstandigheden van jeugdigen in een gezinscontext of instellingscontext verschillen sterk. Het is dan ook aannemelijk dat risico's op fysiek en psychisch geweld van elkaar verschillen.

Het aantal in dit onderzoek opgenomen geweldsincidenten in de gezinscontext is beperkt, omdat (gerapporteerde) fysieke en psychische incidenten vooral plaatsvinden in een open 24-uursinstelling. Voor de enkele geweldsincidenten in de gezinscontext zien we dat de volwassenen niet opgewassen zijn tegen de complexiteit of ernst van het agressieve gedrag van de jeugdige. In een geval escaleert het incident met fysiek grensoverschrijdend gedrag door de

gezinshuisouder omdat er geen adequate crisishulp en crisismachtiging plaatsvond. In een ander geval zijn de pleegouders niet in staat om adequaat om te gaan met de complexe problematiek van hun pleegkind en samenwerking met hulpverlening schoot tekort.

## 3.3. Seksueel geweld

Er zijn 31 rapportages geanalyseerd waar seksueel geweld centraal staat. Ruim de helft van de rapportages (n=19) betreft een open 24-uursinstelling, waaronder vier gezinshuizen en een AMV-locatie. Daarnaast betreffen het zeven rapportages van incidenten in een pleeggezin. Het seksueel misbruik vindt niet altijd binnen het pleeggezin plaats. Het betreffen ook (signalen van) seksueel misbruik in een vorig (pleeg)gezin. Vier incidenten betreffen een gesloten setting en twee incidenten betreffen seksueel overschrijdend gedrag tijdens de dagbesteding.

### 3.3.1. Soort geweld

Seksueel grensoverschrijdend gedrag omvat verschillende vormen van seksueel misbruik en dwang. Het gaat in twee derde van de bestudeerde rapportages om seksuele handelingen tussen jeugdigen (n=21), waarbij de leeftijd varieert. Het betreft ook jongvolwassenen. Seksueel grensoverschrijdend gedrag betekent niet gewenste seksuele handelingen. Een groot deel van de meldingen betreft duidelijke situaties van gedwongen seks door jongens waar meisjes slachtoffer van zijn. Er zijn ook rapportages waar het situaties van grensoverschrijdend seksueel gedrag betreft waarin het slachtoffer (meisje) aangeeft niet voldoende duidelijk te zijn geweest, terwijl de jongen pleger is van het seksueel grensoverschrijdend gedrag zich onvoldoende vergewist van de vrijwilligheid bij het meisje. In een geval is het meisje zwanger geworden en in een van de rapportages is sprake van gedwongen seks van een slachtoffer (meisje) waar meerdere jeugdigen (jongens) bij waren betrokken. In twee gevallen is een meisje (jeugdige) de pleger van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Ongeveer een derde van de rapportages over seksueel grensoverschrijdend gedrag betreft seksueel grensoverschrijdend gedrag door een volwassene of beschuldiging ervan (n=10). Het gaat hier om acht mannen en twee vrouwen. Het gaat om een hulpverlener in residentiële setting (n=4), of gezinssituatie (n=6), waarbij de melding de huidige situatie kan betreffen, maar ook een melding over eerder seksueel misbruik door een vorige pleegouder of (stief) ouder. Het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag door de volwassene, waarbij misbruik wordt gemaakt van de positie als hulpverlener, als gezins- of pleegouder. Het kan gaan om een te intieme relatie met de minderjarige, om seksueel grensoverschrijdend gedrag door seksueel getinte opmerkingen en om gedwongen seks. De precieze aard van het seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt niet altijd helder uit de rapportages; het is niet altijd duidelijk wat er zich precies heeft voorgedaan. In één rapportage ging het om onterechte beschuldigingen jegens een hulpverlener, gedaan door een jeugdige.

Zowel bij seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen jeugdigen, als tussen volwassenen en jeugdigen, kunnen het situaties zijn waarbij de grenzen niet helder zijn van wat de een prettig vindt en de ander zou willen.

### 3.3.2. Risico's die samenhangen met de maatschappelijke context (macro)

Net als bij incidenten rond fysiek en psychisch geweld, worden er aspecten op macroniveau genoemd in de oorzaken van seksueel geweld. Een schaarste aan plaatsen in instellingen en pleeggezinnen zorgt ervoor dat jeugdigen niet in een passende woonvorm terecht komen. Wachtlijsten voor passende zorg leiden tot tijdelijke plaatsingen op locaties waar benodigde zorg niet volledig geleverd kan worden. Ook een landelijk gebrek aan personeel zorgt voor problemen en werken door in het personeelsbeleid van de organisaties. Problemen op het macroniveau werken zo direct door op het meso- en microniveau.

### 3.3.3. Risico's die samenhangen met de instelling (meso)

In de vorige paragraaf over fysiek en psychisch grensoverschrijdend gedrag (3.2) kwam naar voren dat de meeste risico's die worden beschreven in de rapportages op mesoniveau liggen. Dit geldt ook voor seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dezelfde vier clusters komen ook hier naar voren: plaatsing en screening, personeelsbeleid, toezicht houden en professionele en pedagogische cultuur.

#### **Plaatsing en screening**

De drie belangrijkste patronen rondom plaatsing en screening zijn onder te verdelen in screening, plaatsing en overdracht van informatie bij overplaatsing.

#### *Screening*

In de rapportages valt op dat risicotaxatie van seksueel grensoverschrijdend gedrag niet altijd plaatsvindt bij intake en gedurende de behandeling. Er ontbreekt inzicht in het risico op het plegen van grensoverschrijdend gedrag, en/of op slachtofferschap van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Een verleden van seksueel misbruik (pleger of slachtoffer) wordt niet altijd meegewogen bij de beslissing waar een jeugdige kan worden geplaatst. Als de seksuele ontwikkeling wél een aandachtspunt is in de screening, is het risico op plegerschap of slachtofferschap niet vanzelfsprekend een onderdeel van behandelplan, ook niet wanneer slachtofferschap of plegerschap van seksueel geweld in het verleden is vastgesteld.



### *Plaatsing*

In verschillende rapportages komt naar voren dat jeugdigen niet op de juiste behandelgroep geplaatst konden worden. Dit geldt voor jeugdigen die een geschiedenis hebben van slachtofferschap van seksueel misbruik en voor jeugdigen die pleger zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bovendien komt het voor dat jeugdigen met een verleden als slachtoffer en jeugdigen met een verleden als pleger van seksueel misbruik bij elkaar op dezelfde afdeling van een 24-uursinstelling worden geplaatst of in hetzelfde gezinshuis of pleeggezin terechtkomen. Een incident van seksueel misbruik vond plaats in een gezinshuis door een jongen waarvan bekend was dat hij eerder seksueel grensoverschrijdend was geweest. Als het risico bekend is, is het ontbreken van een plan hoe hiermee om te gaan een extra risico dat het mis kan gaan, blijkt uit de rapportages.

### *Overdracht van informatie bij overplaatsing*

Een ander risico vormt de overdracht van informatie rondom jeugdigen bij overplaatsingen, bijvoorbeeld van crisisopvang naar behandelgroep. Veel belangrijke en relevante informatie gaat verloren, of de overgedragen informatie wordt niet voldoende benut wanneer een jeugdige verhuist. Signalen van risico's op seksueel grensoverschrijdend gedrag of kwetsbaarheid op dit gebied (bijv. door seksueel misbruik in het verleden) worden mede door de beperkte overdracht gemist. Informatie die nodig is voor adequaat signaleren en handelen ontbreekt hierdoor. Dit geldt zowel in de instellingscontext als in de gezinscontext. Uit de rapportages komt naar voren dat de gezinshuisouders of pleegouders niet altijd op de hoogte zijn van incidenten rond seksueel geweld in het verleden. Als zij dit wel zijn, zijn zij niet altijd toegerust om met de achterliggende (complexe) problematiek van de jeugdige om te gaan.

### **Personeelsbeleid**

Verschillende aspecten die samenhangen met het personeelsbeleid komen naar voren in de rapportages, waarvan het ontbreken van voldoende kennis het meest naar voren wordt gebracht. Daarnaast komt ook het ontbreken van ondersteuning door het management en pleegzorgbegeleiding naar voren.

### *Ontbreken voldoende kennis en reflectievermogen*

Beperkte kennis en vaardigheden in het omgaan met jeugdigen met een diverse en complexe achtergrond worden genoemd in verschillende rapportages. Jeugdigen in 24-uursinstellingen hebben vaak zeer complexe problematiek en hulpverleners beschikken niet altijd over kennis en vaardigheden om met deze problematiek om te gaan, zoals ook onder paragraaf 3.2.3 naar voren komt. Er wordt te weinig tussentijdse scholing en trainingen aangeboden. Dit kan tot gevolg hebben dat er handelingsverlegenheid is, ook rondom wat niet of wel toelaatbaar is in persoonlijke nabijheid of in het herkennen van signalen die kunnen duiden op het plaatsvinden van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Een voorbeeld betreft een nieuwe hulpverlener die geen kennis had van gevolgen van seksueel misbruik in de kindertijd van het slachtoffer en dat dit seksueel uitdagend gedrag tot gevolg kan hebben, waar op een professionele manier mee moet worden omgegaan.

Uit de rapportages komt naar voren dat er methodieken, protocollen en leefregels zijn vastgesteld, maar dat kennis over protocollen en regels ontbreekt bij hulpverleners of protocollen worden niet nageleefd. Zo komt het voor dat behandelcoördinatoren niet op de hoogte zijn gebracht van signalen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Of de leefregel 'niet samen op een kamer' wordt niet gehandhaafd. Zo sliepen twee jeugdigen bij elkaar op de kamer in een 24-uursinstelling, waarmee ze de huisregels overtraden. De nachtdienst heeft dit niet opgemerkt. De jeugdigen hadden een seksuele relatie met elkaar, welke gedoogd werd door de hulpverleners, ook al werden hierbij de leefregels overtreden. In de nacht dat de jeugdigen bij elkaar op de kamer sliepen, werd het meisje gedwongen tot seks. Uit diverse rapportages komt naar voren



dat het levend houden van belangrijke protocollen en richtlijnen lastig is. De randvoorwaarden (tijd en cultuur van wederzijdse feedback) zijn niet altijd aanwezig (zie ook onder professionele en pedagogische cultuur).

Het gaat overigens niet alleen om kennis, het gaat ook om het kunnen reflecteren en het lerend vermogen van medewerkers. Er is lang niet altijd voldoende ruimte voor reflectie en intervisie. Het ontbreken van lerend vermogen kan eraan bijdragen dat grensoverschrijdend gedrag niet bespreekbaar is. Uit een van de rapportages komt naar voren dat het belangrijk is om bij sollicitaties referenties op te vragen, juist om ook hier zicht op te krijgen. Het niet opvragen van referenties is als risico aangemerkt: als er wel referenties zouden zijn opgevraagd, was waarschijnlijk voorkomen dat deze medewerker was aangenomen omdat het gebrek aan leervermogen naar voren was gekomen.

#### *Gebrek aan betrokken management*

Een ander aspect dat naar voren wordt gebracht in de rapportages is een gebrek aan betrokkenheid en ondersteuning van management bij het reilen en zeilen van het team, of het niet adequaat reageren bij signalen. Een voorbeeld is een instelling waar door wisselingen van manager en gedragswetenschapper onvoldoende sturing en ondersteuning wordt ervaren door het team. Dit heeft gevolgen voor de interne samenwerking en kwaliteit van de zorg. Het ontbreken van goede samenwerking en communicatie binnen een team en onvoldoende aandacht door het management, heeft zo ook bijgedragen aan onvoldoende zicht op signalen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Andere punten die naar voren komen uit rapportages zijn onvoldoende begeleiding van hulpverleners en nieuwe hulpverleners die niet goed worden begeleid. Maar ook komt naar voren dat gesprekken over omgaan met afstand en nabijheid te weinig worden gevoerd tijdens functioneringsgesprekken, of functioneringsgesprekken te weinig worden gehouden waardoor het management onvoldoende zicht heeft op het ontbreken van de professionele ontwikkeling en signalen van seksueel grensoverschrijdend gedrag niet worden opgepakt.

#### *Gezinscontext*

Wat betreft pleegzorg en gezinshuizen komt uit rapportages naar voren dat de frequentie van begeleiding die wordt geboden door de pleegzorgbegeleiding te laag is, of dat niet geëist wordt dat pleegzorgouders en/of gezinshuisouders trainingen volgen om goed met de problematiek van jeugdigen om te gaan. Voor pleegzorgouders en gezinshuizen zijn er geen heldere eisen rondom huisregels en blijvend leren. Gebrek aan verplichte scholing omtrent professionele afstand en nabijheid en over signalen van seksueel misbruik brengt risico's met zich mee: grenzen zijn niet duidelijk en signalen worden niet altijd goed opgepakt door gebrek aan professionaliteit in de gezinscontext.

Sinds 2019 zijn er wel kwaliteitscriteria voor gezinshuizen vastgesteld, waarin het belang van scholing wordt aangegeven.

#### **Toezicht op jeugdigen en huisregels**

Aspecten van toezicht betreffen het ontbreken van toezicht op jeugdigen, op naleving leefregels en de wijze waarop en de mate waarin het toezicht is geregeld, in het bijzonder in de gezinscontext. Afwezigheid van vertrouwenspersonen valt eveneens onder (het ontbreken van) toezicht.

#### *Ontbreken toezicht*

Het ontbreken van toezicht op de jeugdigen wordt in rapportages naar voren gebracht als een van de oorzaken dat seksueel grensoverschrijdend gedrag kon plaatsvinden. Bijvoorbeeld wanneer er bij de dagbesteding geen toezicht is of wanneer een hulpverlener van een gezinshuis zonder toezicht alleen is met de jeugdige. Voorbeelden van het ontbreken van toezicht op het naleven van regels zijn het ontbreken van inhoudelijk beleid over wat te doen bij al dan niet vrijwillig seksueel contact en/of een liefdesrelatie tussen groepsleden: onduidelijk is wat bij wie gemeld moet worden, waar de signalen moeten worden besproken, hoe het moet worden vastgelegd, hoe erover met wie gecommuniceerd moet worden en wat de eventuele consequenties zijn voor de behandeling. In verschillende rapportages komt naar voren dat signalen van seksueel

overschrijdend gedrag niet zijn gemeld aan teamleiding of behandelcoördinator of management of dat het protocol niet is gevolgd door slachtofferhulp noch behandelcoördinator te raadplegen.

#### *Rol sociale media*

Uit de rapportages komt verder naar voren dat er niet altijd (helder) beleid is op het verantwoord omgaan met sociale media. Er is hierdoor heel beperkt toezicht op wat er in het (online) contact tussen jongeren gebeurt en seksueel grensoverschrijdend gedrag vindt ook online plaats. Jeugdigen lijken zich niet altijd bewust te zijn van de consequenties van het delen van bijvoorbeeld naaktfoto's of filmpjes.

#### *Gezinscontext*

Toezicht in residentiële setting is van een andere orde dan toezicht in de gezinscontext. Bij plaatsing in een pleeggezin of gezinshuis komen jeugdigen in een gezinssetting terecht. Zij worden onderdeel van de privésetting en komen niet een hulpverlenings-setting terecht. Hoewel aan gezinshuisouders meer eisen kunnen worden gesteld dan aan pleegouders, is in beide situaties een grote autonomie over het gezinsleven. Ook komt uit de rapportages naar voren dat geweigerd wordt bepaalde trainingen te volgen of inzicht te bieden in de wijze waarop omgegaan wordt met seksualiteit binnen het gezin door bijvoorbeeld bepaalde lijsten omtrent seksueel gedrag binnen het gezin niet in te vullen (zie ook hierboven onder personeelsbeleid).

De betrokkenheid van de GI (voogd) en pleegzorgbegeleiders blijkt vaak beperkt te zijn bij pleeggezinnen en gezinshuizen. Voogden wisselen vaak (verloop) en pleegzorgbegeleiders hebben weinig tijd beschikbaar (bijv.: één bezoek per acht weken). Ook een (franchise)organisatie blijkt te weinig te monitoren of de gemaakte verbeterafspraken worden ingevoerd. Dit heeft bijgedragen aan het ontstaan van een risicovolle situatie in het gezinshuis waarin de (vermoedelijke) calamiteit heeft kunnen plaatsvinden. Bij pleeggezinnen blijken er onduidelijkheden te bestaan over verantwoordelijkheden en regie.

Van pleegzorgbegeleiders wordt soms verwacht dat zij toezicht houden op veiligheid, terwijl zij dit niet als hun verantwoordelijkheid zien. Op het gebied van seksueel grensoverschrijdend gedrag lijken partijen soms van elkaar te verwachten dat de ander hier zicht op houdt, waardoor uiteindelijk niemand er aandacht aan besteed.

Controle en toezicht op het naleven van de huisregels wordt gemist. Het gaat ook om toezicht op wat de jeugdigen doen als zij thuis zijn. Er zijn voorbeelden waarin het dagelijkse toezicht ontbreekt als de gezinshuisouder niet aanwezig is, of waar de jongeren in een apart deel van het huis slapen waar geen toezicht is.

#### *Vertrouwenspersonen voor jeugdigen*

Wat betreft de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon zien we enerzijds dat pleegouders voor de jeugdige een vertrouwd persoon kan zijn, waardoor het kind vertelt over eerder seksueel misbruik, of de pleegouder herkent (mede door de vertrouwensband) signalen die kunnen duiden op eerder seksueel misbruik. Ook zijn er voorbeelden waar de jeugdige in het weekendgezin of aan een JIM (Jouw Ingebrachte Mentor) vertelt over seksueel misbruik (disclosure). Maar uit de rapportages komt ook naar voren dat er geen andere vertrouwenspersonen (bekend) zijn waar de jeugdige naar toe kan, of dit nu een informele vertrouwenspersoon is, of een formele vertrouwenspersoon, zoals een medewerker van het AKJ (vertrouwenspersonen in de jeugdhulp). Als een jeugdige de pleegouders niet als vertrouwenspersoon ziet, of iets wil delen óver de pleegouders, kan deze niet altijd ergens terecht. Een gezinsvoogd wordt niet altijd gezien als de vertrouwenspersoon, zeker wanneer steeds een andere voogd betrokken is (verloop).

## **Professionele en pedagogische cultuur**

De professionele cultuur is van invloed op het kunnen herkennen van signalen en het durven bespreekbaar maken van vermoedens van seksueel grensoverschrijdend gedrag, zowel van hulpverleners naar jeugdigen, als signalen van seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen jeugdigen, zo komt uit de rapportages naar voren (zie ook het onderzoek van de commissie Samson). Er moet sprake zijn van een basisveiligheid in het team en het pedagogisch klimaat op de groep moet zodanig zijn dat jeugdigen hun ervaringen en vermoedens kunnen uiten bij de hulpverleners. In de rapportages komen voorbeelden voor van onprofessionele nabijheid van groeps werkers met een jeugdige, bijvoorbeeld door seksueel getinte opmerkingen. Te joviaal gedrag slaat om in ongepaste bejegening, bijvoorbeeld door het stellen van impertinente vragen en het vertellen over eigen seksualiteit terwijl de ander daar niet van is gediend. Er zijn voorbeelden van jeugdigen die niet de ruimte hebben gevoeld hun signalen duidelijk over te brengen op medewerkers, of waar het management niet adequaat reageert op het naar voren brengen van vermoedens van medewerkers. Het pedagogisch klimaat op de groep zou moeten uitnodigen tot het uiten van vermoedens en het spreken over ervaren grensoverschrijdend gedrag, zo wordt vermeld in een van de rapportages.

### *Gezinscontext*

Als het gaat om de gezinscontext zien we in de rapportages dat gezinshuizen en pleeggezinnen een vertrouwde plek zijn, zoals hierboven is beschreven onder "toezicht op jeugdigen en huisregels". Signalen worden opgevangen of jeugdigen nemen volwassenen in vertrouwen over seksueel misbruik in het verleden. Maar in de rapportages komen ook gezinshuizen en pleeggezinnen voor waar sprake is van een gesloten cultuur: er is geen reflectie op ongezonde nabijheid en grensoverschrijdend seksueel gedrag door jeugdigen onderling of door de gezinshuisouder of andere volwassenen, zoals het sturen van naaktfoto's van zichzelf door de gezinsmoeder. Door de gesloten cultuur was er slecht zicht op het dagelijkse reilen en zeilen. Seksualiteit is in de gezinscontext niet altijd een thema dat open bespreekbaar is.

### *Afstand versus nabijheid en gewenste intimiteit versus seksueel grensoverschrijdend gedrag*

Er is een belangrijk verschil tussen seksueel geweld en fysiek geweld. Fysiek geweld is doorgaans negatief, terwijl seksuele gedragingen positief zijn, tenzij het niet vrijwillig is. Seksualiteitsontwikkeling gaat met vallen en opstaan, en met het verkennen van grenzen. Of sprake is van grensoverschrijding heeft niet zozeer met gedragingen te maken, maar of er wederzijdse toestemming is en vrijwilligheid. Dit maakt het signaleren van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag ook zo moeilijk: wanneer betreft het iets te joviaal gedrag van een medewerker en wanneer is het grensoverschrijdend? Dit heeft vooral te maken met respect voor de ander en aanvoelen en respecteren of de ander het gedrag, de vragen en de ontboezemingen over het eigen seksuele leven op prijs stelt. Als het om seksuele intimiteiten tussen volwassenen en jeugdigen gaat, of tussen een hulpverlener en cliënt, is de grens duidelijk: seksuele relaties zijn niet toegestaan. Maar de grens tussen professionele afstand en nabijheid is diffuser. Bovendien kunnen onterechte beschuldigingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag ontwrichtend zijn, zoals in een van de rapportage naar voren kwam. Als het gaat om jeugdigen onderling, zijn de grenzen tussen verkennen, verleiden, opdringen en dwingen niet altijd duidelijk en daarom is niet altijd sprake van een (duidelijk) slachtoffer en een pleger. Intimiteit kan (na enige tijd) omslaan in seksueel geweld. Het met jeugdigen praten over een gezond zelfbeeld, seksualiteit en het belang van vrijwilligheid, hoe je grenzen aangeeft en elkaar respecteert is belangrijk. Het stelt hoge eisen aan leefgroepen, pleeggezinnen, gezinshuizen en andere (ambulante) zorg om op een open respectvolle manier over seksualiteit te spreken en signalen van seksueel grensoverschrijdend gedrag bespreekbaar te maken (zie ook Lünemann & Six, 2012; Commissie Samson, 2012).

### 3.3.4. Risico's die samenhangen met de betrokkenen (micro)

Persoonlijke kenmerken van jeugdige slachtoffers en plegers worden bij seksueel geweld vaker genoemd als aanleiding voor seksueel geweld dan bij fysiek en psychisch geweld. Ook wordt aandacht gegeven aan de context van volwassenen die seksueel grensoverschrijdend zijn of ervan worden beschuldigd.

#### *Jeugdigen*

Het risico op plegerschap wordt onder meer geweten aan een combinatie van persoonlijke achtergrondkenmerken, zoals een laag IQ, PTSS, sociaal emotionele kwetsbaarheid, zelf slachtoffer geweest zijn van seksueel misbruik in het thuisgezin en een verleden met grensoverschrijdend gedrag naar andere kinderen. Als het gaat om slachtoffers wordt de kwetsbaarheid voor slachtofferschap aangegeven in de rapportages, vooral als het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen jeugdigen. Een voorbeeld is een jeugdige die zelf jarenlang misbruikt is door een familielid en zo dissociatieve problematiek heeft ontwikkeld. Bij een andere casus wordt aangegeven dat het slachtoffer extra kwetsbaar is voor slachtofferschap van seksueel grensoverschrijdend gedrag, door een combinatie van ernstige traumaklachten, verstoorde gehechtheid en emotionele disregulatie. Ook lichte verstandelijke beperkingen worden genoemd in combinatie met andere persoonlijkheidsaspecten, zoals reactieve hechtingsstoornis, depressieve stoornis, beperkt ontwikkelde eigen identiteit en intern geweten en sociaal emotionele kwetsbaarheid.

#### *Volwassenen*

In geval van volwassenen werkzaam in residentiële of in de gezinsetting die pleger zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag (of beschuldiging ervan) zien we in de rapportages dat wordt ingegaan op signalen van onprofessionele nabijheid, bijvoorbeeld seksueel getinte gesprekken en intiem gedrag. Er wordt niet op de persoonlijke achtergrondkenmerken van de volwassene ingegaan. Daarnaast wordt de context waarin een onervaren hulpverlener zijn werk moest doen als risico aangegeven. De hulpverlener heeft bijvoorbeeld geen

handvatten gekregen hoe om te gaan met meiden die zich seksueel uitdagend gedragen door traumatische ervaringen (van seksueel misbruik) in het verleden. Juist slachtoffers van seksueel misbruik kunnen moeilijk grenzen aangeven, terwijl ze tegelijkertijd op zoek zijn naar intimiteit, wat zich kan uiten in seksueel uitdagend gedrag.

### 3.3.5. Risico's naar gezins- en instellingscontext

Als we kijken naar de risico's die een rol hebben gespeeld in het plaatsvinden van seksueel grensoverschrijdend gedrag zien we verschillende overeenkomsten tussen de instellings- en gezinscontext. Het plaatsen van jeugdigen die extra risico lopen op slachtofferschap bij jeugdigen die eerder pleger waren van seksueel grensoverschrijdend gedrag komt in beide omgevingen voor. Ook komt het zowel in de gezins- als instellingscontext voor dat er onvoldoende kennis is omtrent de achtergrond en geschiedenis van de jeugdigen, waardoor risico's niet goed worden ingeschat en veiligheidsplannen ontbreken. En in beide contexten ontbreekt voldoende openheid over seksualiteit en het aangeven van grenzen en vergroten van zelfrespect.

We zien ook verschillen, met name als het gaat om eisen die (kunnen) worden gesteld aan de vakkennis en professionele vaardigheden, de toezichtmechanismen en pedagogische en professionele cultuur. In geval een gezinsetting een meer gesloten cultuur kent en vertrouwenspersonen van buiten de gezinsituatie ontbreken, worden signalen niet opgepakt. Als de professionaliteit onvoldoende is, zijn er minder mogelijkheden om verandering te bewerkstelligen. De voordelen van het wonen in een 'natuurlijke' gezinsomgeving en de nadelen van het risico dat professionaliteit en kennis ontbreken liggen dicht tegen elkaar.

### 3.4. Suïcides in de jeugdzorg

In deze paragraaf staan we stil bij de rapportages die een suïcide of suïcidepoging betreffen. De opzet is hetzelfde als in de vorige paragrafen: eerst gaan we in op de achtergrond van de gepleegde suïcides. Daarna gaan we in op risico's naar macro, meso en micro niveau. We sluiten de paragraaf af met verschillen in risico's tussen gezinscontext en instellingscontext.

#### 3.4.1. Achtergrond suïcide

We hebben 17 rapportages bekeken rondom suïcide. In op een na alle gevallen is de jeugdige overleden. Bij één rapportage is er twijfel of er sprake is van een ongeluk of suïcide. De meeste rapportages betreffen suïcide in een thuissituatie of begeleid wonen (zonder verblijf, n=8) en in een gesloten 24-uursinstelling (n=6). Daarnaast betreffen twee rapportages een open 24-uursinstelling en in een rapportage gaat het om een pleeggezin waar een pleegouder suïcide pleegt. De rapportages betreffen tien jongens en zes meisjes, meestal in de leeftijd tussen 16 en 19 jaar. De jongste is een meisje van elf jaar.

De achtergrond van de suïcide of motieven voor suïcidaal gedrag verschilden. In de rapportages is te zien dat jeugdigen in 24-uursinstellingen soms al verschillende pogingen tot suïcide hebben gedaan en de jeugdige aangeeft het leven niet langer aan te kunnen of de jeugdige ervaart het wonen in de gesloten instelling als perspectiefloos en ondraaglijk. Er kan ook sprake zijn van een 'suïcide uit het niets'. De motieven kunnen sterk uiteenlopen (zie ook Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, 2012).

#### 3.4.2. Risico's die samenhangen met de maatschappelijke context (macro)

We zien in de rapportages een aantal aspecten terugkomen die samenhangen met de maatschappelijke context en die ook beschreven zijn voor incidenten rond fysiek en psychisch en seksueel geweld, zoals gebrek aan behandelplekken. Meer specifiek zien we belemmeringen door privacywetgeving, impact van corona en gescheiden financiering van jeugd en volwassenzorg.

##### *Een gebrek aan behandelplekken*

Jeugdigen met zeer complexe problematiek moeten soms lang wachten op benodigde hulp. Dit geldt met name voor complexe ggz-problematiek. Na een indicatie voor noodzakelijke psychiatrische zorg volgt bijvoorbeeld een wachttijd van 9 maanden. Ook als een expliciete uitspraak van de kinderrechter aangeeft dat de therapie zo snel mogelijk diende te starten. In deze wachperiode kan de situatie verslechteren. In twee gevallen viel de suïcide plaats tijdens deze wachttijd.

##### *Informatie-uitwisseling*

Knelpunten in de informatie-uitwisseling en samenwerking tussen instellingen wordt meer dan bij de geweldsmeldingen naar voren gebracht. Met name de samenwerking tussen ggz en JeugdzorgPlus is voor verbetering vatbaar, zeker als het gaat om de overdracht: bij de overdracht gaat veel kennis verloren. In de rapportages komt naar voren dat een gebrek aan uitwisseling van informatie tussen hulpverleners in verschillende organisaties een adequate signalering van suïcidaliteit verhindert. Wanneer signalen bekend zijn bij een organisatie die is betrokken bij de jeugdige, wordt dit niet altijd gedeeld met bijvoorbeeld de instelling waar een jeugdige woont. De privacywetgeving wordt onder meer genoemd als reden waarom de overdracht van informatie beperkt is, waardoor belangrijke informatie uit het verleden ontbreekt en waardoor signalen van suïcidaliteit niet worden gedeeld.

Bij de groep 16+ speelt mee dat zij zelf zeggenschap hebben over welke informatie wel en niet gedeeld wordt (zie ook onder 3.4.3). Zij gaan niet altijd akkoord dat dossiers gedeeld worden.

#### *Corona*

In een van de rapportages worden de beperkende coronamaatregelen expliciet als een van de aspecten genoemd die bijdragen aan suïcidaliteit. In enkele andere rapportages wordt de invloed van de coronamaatregelen niet als oorzaak benoemd, maar wordt wel genoemd in de context van de suïcide. De coronamaatregelen hebben enerzijds tot gevolg dat veel activiteiten niet of op een andere manier worden aangeboden en de vaste structuur vervalst, waardoor het drukker op de groep is, jeugdigen zich meer vervelen en meer negatieve gedachten hebben. Daarnaast zijn de mogelijkheden om naar huis te gaan verminderd of niet mogelijk. Jeugdigen raken daardoor nog verder geïsoleerd.

#### *Gescheiden financiering*

Naast wachtlijsten, onvoldoende behandelplekken en de invloed van de coronacrisis, komt ook de gescheiden financiering van hulp aan jeugdigen en volwassenen naar voren als een aspect dat kan leiden tot versnipperde hulp. In een casus leidde dit tot onvoldoende zorg voor een jeugdige.

### **3.4.3. Risico's die samenhangen met de instelling (meso)**

De meeste risico's die worden beschreven in de rapportages betreffen aspecten op mesoniveau. We zien hierbij weer de vier clusters: plaatsing en screening, personeelsbeleid, toezicht houden en professionele en pedagogische cultuur.

## **Plaatsing en screening**

### *Veel overplaatsingen*

Continuïteit van zorg is een groot aandachtspunt. Onvoldoende kwaliteit van de overdracht na overplaatsing naar een andere instelling wordt vaak genoemd als reden waarom signalen niet goed geïnterpreteerd zijn of passende hulp niet geboden is. Voor het inschatten van hulpbehoeften en tijdig signaleren van suïcidevoornemens is het van belang dat professionals jeugdigen leren kennen en een vertrouwensband opbouwen. Dit is niet of minder goed mogelijk bij discontinuïteit: een jeugdige die suïcide gepleegd heeft, had in haar leven al 13 voogden gekend. Ook komt naar voren dat instanties jongeren weigeren omdat zij de problematiek te complex vinden en zij aangeven geen passende zorg te kunnen leveren, waardoor jongeren lang in onzekerheid leven.

### *Onvoldoende screening en structuurdiagnoses*

In verschillende rapportages komt naar voren dat er niet of niet voldoende is gescreend op gevaar voor suïcide. Professionals zijn niet bekend met screeningsinstrumenten of deze worden niet (herhaaldelijk) afgenomen, bijvoorbeeld werd de suïcide-inschatting volgens de CASE methode niet ingezet. Risicotaxatie voor suïcide kan eveneens ontbreken bij overplaatsingen. Ook structuurdiagnoses worden niet altijd ingezet, waardoor maatwerk op de individuele situatie van de jeugdige ontbreekt. Bij jeugdigen met zeer complexe problematiek worden risico's dus niet altijd methodisch in kaart gebracht. Ouders, pleegouders of instellingen waar een jeugdige voor overplaatsing woonde, worden niet meegenomen in risicotaxaties, waardoor signalen mogelijk gemist worden. Nadat een jeugdige suïcide heeft gepleegd, wordt het doen van risicotaxaties en structuurdiagnoses in rapportages vaak als leerpunt benoemd.



Het valt ons als onderzoekers op dat de culturele achtergrond van jeugdigen in de rapportages niet wordt genoemd als aspect dat een rol kan spelen. Geen inzicht in de culturele achtergrond kan er toe leiden dat signalen worden gemist. In een geval riep de rapportage de vraag op of hier een culturele component speelde. Het betrof hier een tienermeisje met een Turkse achtergrond in een gezin waar huiselijk geweld speelt. Ook wordt niet of nauwelijks ingegaan op de problematiek van huiselijk geweld of eerder seksueel misbruik of ernstige vormen van pesterijen binnen een behandeling, terwijl dit gebeurtenissen kunnen zijn die ten grondslag liggen aan trauma of depressie (zie ook Van der Klein, Dane & Steketee, 2019; Lünemann & Steketee, 2019).

### **Personeelsbeleid**

Gebrek aan kennis is een belangrijk thema dat naar voren komt uit de rapportages. Daarnaast wordt als risico benoemd het onvoldoende betrekken van ouders of relevante personen en het ontbreken van zicht op kwaliteit van zelfsturende teams.

#### *Onvoldoende deskundigheid suicidaliteit*

Onder pedagogisch hulpverleners bij jeugdzorginstellingen is niet altijd voldoende deskundigheid en kennis aanwezig over suïcidepreventie en psychiatrische problematiek, bijvoorbeeld de combinatie van stemmingsproblematiek en ontwikkelingsstoornissen. Gedrag wordt daardoor niet op juiste waarde ingeschat en signalen die kunnen duiden op suicidaliteit worden gemist. In de rapportages komt naar voren dat jeugdigen die suïcide gepleegd hebben, voorafgaand hieraan expliciet hebben aangegeven dat zij geen suïcideplannen hebben of dat jeugdigen voorafgaand aan suïcide de indruk wekten dat het juist goed ging. Na een periode waarin het psychisch heel slecht ging, lijken jeugdigen een ervaring te hebben. Dit wordt door medewerkers die onvoldoende kennis hebben van signalen die op suicidaliteit kunnen wijzen, niet juist ingeschat: kennis ontbreekt dat het juist een signaal kan zijn dat de jeugdige het besluit heeft genomen om zelfmoord te plegen en dat dit opluchting geeft. Het gaat niet altijd om onbewuste onbekwaamheid. Uit enkele rapportages komt naar

voren dat hulpverleners expliciet aangeven behoefte te hebben aan kennisversterking rondom dit thema. Het gaat niet alleen om hulpverleners werkzaam in residentiële instellingen, maar ook om (ambulante) ggz-professionals, jeugd- en opvoedingsprofessionals en huisartsen: in al deze beroepsgroepen mist kennis omtrent suicidaliteit, zo komt uit de rapportages naar voren.

#### *Ontbreken betrekken informele context*

Niet altijd wordt systemisch gewerkt of worden ouders of andere relevante personen voldoende betrokken, zowel vanuit de residentiële instellingen als in de ambulante hulpverlening. Dit kan ertoe leiden dat signalen worden gemist. En er zijn ook voorbeelden dat door het niet betrekken van ouders bij belangrijke beslissingen een vertrouwensbreuk optreedt. Daarnaast komt naar voren dat vrienden soms beter op de hoogte zijn van hoe het met de jongere gaat, maar dat er geen contact is tussen hulpverleners en met vrienden van de jeugdige, waardoor hun zorgen niet bekend zijn.

#### *Onvoldoende zicht op kwaliteit van team*

Een ander aspect dat naar voren kwam is dat binnen de jeugdhulp zijn steeds meer zelfsturende teams zijn, en dat daarbij het gevaar is dat er onvoldoende zicht is op de kwaliteit van deze teams. Er ontbreken voldoende mechanismen om zicht te houden op de uitvoering van het werk. Belangrijke signalen over beperkte expertise kunnen daardoor onopgemerkt blijven.

### **Toezicht houden**

Uit de rapportages komen weinig aspecten naar voren die te maken hebben met het aspect van toezicht op de jeugdigen. Wel komt de rol van sociale media naar voren en het ontbreken van toezicht hierop. Sociale media spelen een belangrijke rol in het leven van jeugdigen. Zij leiden in wezen een parallel bestaan: in de fysieke en digitale wereld. Jeugdzorg richt zich (nog) vooral op de fysieke wereld, terwijl er na suïcide vaak veel signalen in de onlinewereld van de jongeren te zien waren. Ook komt uit de rapportages naar voren dat jeugdigen vooraf aan een zelfmoord suïcidale gevoelens op sociale media delen



of online informatie halen over suïcide. Ook komt het voor dat jeugdigen elkaar stimuleren tot zelfdestructief gedrag via sociale media. Uit rapportages komt niet naar voren dat dit in de leefgroepen wordt besproken.

Daarnaast komt gebrek aan toezicht in de avonduren bij een open 24-uursinstelling naar voren, en onvoldoende toezicht op een pleeggezin. Deze aspecten kwamen ook in de vorige paragrafen (3.2.3 en 3.3.3) naar voren. In een gezin waar de pleegvader suïcide pleegde, wordt onvoldoende begeleiding van en toezicht op het pleeggezin benoemd als mogelijke reden dat signalen niet zijn opgevangen.

### **Professionele en pedagogische cultuur**

Als het gaat om suïcidaliteit komen twee thema's uit de rapportages naar voren rondom de professionele en pedagogische cultuur: het ontbreken van perspectief door nadruk op beheersing van risico's en de eigen regie van de jongeren vanaf 16 jaar wat tot zorgmijding kan leiden.

#### *Ontbreken van perspectief*

In de rapportages waar jongeren in een gesloten 24-uursinstelling verblijven, hangt in een aantal gevallen de suïcide samen met het ontbreken van perspectief. Jeugdigen ervaren dat zij in een gesloten systeem van jeugdzorg leven, waaruit zij geen uitweg zien. In de rapportages wordt benoemd dat het gevoel van uitblijven van voortgang in behandeling of het ontbreken van uitzicht op een leven buiten de instelling mogelijk hebben bijgedragen aan achteruitgang van de psychische gesteldheid. Overplaatsing naar (weer) een andere plek, allerlei regels die de veiligheid moeten borgen en voorkomen dat suïcide wordt gepleegd en het ontbreken van een plek waar een jeugdige zich thuis en veilig voelt, lijken bij te hebben gedragen aan achteruitgang van de psychische gesteldheid.

Jeugdigen hebben vrijheden nodig om hun verbinding met maatschappij te versterken. Als het leefklimaat onvoldoende ontwikkelingsgericht is, en te veel gericht op beheersen van risico's kan dit tot hopeloosheid en gebrek aan perspectief leiden bij jeugdigen.

#### *Autonomie en zorgmijding*

Een ander thema betreft de grotere autonomie van jongeren vanaf 16 jaar. Vanaf 16 jaar is de instemming van de ouders wettelijk niet meer noodzakelijk en hebben jeugdigen meer zeggenschap over de behandeling. Jeugdigen krijgen vanaf deze leeftijd moeilijke keuzes voorgelegd over de vervolgbehandeling. In de rapportages komt zorgmijding onder deze jongeren naar voren: de aangeboden zorg wordt afgehouden, vaak door eerdere negatieve ervaringen met zorg. Ook het contact tussen hulpverlening en het familiaal netwerk houden zij af en professionals krijgen geen toestemming met hen contact op te nemen. Professionals hebben daardoor minder mogelijkheden om signalen te delen en informatie uit te wisselen met het sociale netwerk van de jeugdige om een goede inschatting te kunnen maken van de suïcidaliteit. In de rapportages is te zien dat voorafgaand aan suïcide zorg afgehouden is en/of contact met familiaal netwerk is afgehouden door de jeugdige. In de rapportages komt naar voren dat er meer aandacht moet komen voor het motiveren van jeugdigen bij zorgmijding (vermijdende coping) en dat meer aandacht moet komen voor de vraag of de jongere voldoende in staat is een inschatting te maken over zijn of haar eigen veiligheid.

#### **3.4.4. Risico's die samenhangen met de personen (micro)**

Als directe oorzaak van een suïcide worden persoonskenmerken (zoals depressiviteit, stemmingsklachten, gedragsproblemen, ASS) niet vaak genoemd. Wel worden achterliggende redenen naar voren gebracht in de rapportages, zoals een trauma door pesten, seksueel misbruik of geweld in de thuissituatie. Het ontbreken van behandeling van het trauma kan mogelijk invloed hebben gehad. Andere achterliggende redenen waardoor de jeugdige het leven

extra zwaar vindt gaan bijvoorbeeld om het ontbreken van toekomstperspectief. Grote veranderingen of levensgebeurtenissen kunnen onzekerheid en stress met zich meebrengen die het leven voor de jeugdige extra zwaar maken. Overplaatsingen, de overgang 18- naar 18+ en de onzekerheid die dit met zich meebrengt over welke zorg nog geboden kan worden, leiden tot grote onrust bij jeugdigen in residentiële setting. In twee gevallen viel de suïcide samen met het starten van een traumabehandeling. Uit de rapportages komt een beeld naar voren dat voorafgaand aan een suïcide er al meerdere suïcidepogingen zijn geweest (die soms worden beschreven als ‘theatrale’ suïcidepogingen), soms in korte tijd. De reden waarom iemand een suïcidepoging doet (de achterliggende oorzaak) wordt niet altijd grondig onderzocht, afgaande op de rapportages.

#### 3.4.5. Risico's naar gezins- en instellingscontext

Het grootste verschil tussen instellingscontext en gezinscontext is dat in de gezinscontext de jongere meer vrijheden heeft. De instellingscontext kan te beknellend zijn voor jeugdigen en dit kan leiden tot een sterk gevoel van hopeloosheid. In de gezinscontext is deze beknelling er niet, maar ontbreekt de expertise om suïcidaliteit te signaleren en ermee om te gaan. Ouders en pleegouders ontberen voldoende handvatten bij het signaleren van of omgaan met suïcidevoornemens van jeugdigen. In de rapportages komt tot uitdrukking dat er meer aandacht moet zijn voor wat ouders wel en niet moeten doen: ouders hebben vooral behoefte aan handvatten wat je als ouder wel kan doen. Ook in kleinschalige woonvormen is niet altijd expertise aanwezig over zeer complexe problematiek, en ontbreekt expertise op het gebied van signaleren van suïcidaliteit.

Een ander punt dat naar voren komt is dat bij suïcides in gezinssituaties de informatie-uitwisseling tussen betrokken hulpverleners mist, terwijl er veel betrokkenen rondom het gezin zijn (hulpverlening, school, familie, vrienden). Een duidelijk voorbeeld hiervan is de tiener die suïcide pleegde en eerder via een vragenlijst op school aangaf ernstige psychische problemen te ervaren.

Omdat dit niet paste in het beeld dat de school had van deze jeugdige, is dit signaal (vanuit school) niet opgepakt. De school had een beter beeld van het kind kunnen hebben, als Veilig Thuis een afsluitende brief aan de school had gestuurd waarin de ernst van het huiselijk geweld in het gezin naar voren was gekomen.

### 3.5. Conclusie

In grote lijnen zien we voor de drie vormen van geweld dezelfde thema's terugkomen op de drie niveaus. De meeste risico's worden gesignaleerd op instellingsniveau (mesoniveau). Aspecten die samenhangen met de maatschappelijke context (macroniveau) of aspecten die samenhangen met personen (microniveau) worden veel minder genoemd, maar vormen vaak wel de achtergrond voor de problemen op mesoniveau. Het is ook logisch dat in de rapportages vooral aandacht wordt besteed aan het mesoniveau omdat de inspectie het toezicht primair richt op organisaties die moeten leren. Er is minder aandacht voor professioneel en sectorbreed leren (Grit et al., 2018).

Er is een gebrek aan plaatsingsmogelijkheden door een onvoldoende zorgaanbod, met wachtlijsten tot gevolg. Veel jeugdigen zitten niet op de juiste plek, niet alleen door gebrek aan plaatsen, maar ook door het ontbreken van een goede (risico)analyse. Bovendien ontbreekt voldoende kennis bij medewerkers over de achtergrond van de jeugdigen, mede door het verloren gaan van informatie in de overdracht. Gebrek aan gekwalificeerd personeel en het inzetten van (veel) flexwerkers vergroot de kans dat signalen van grensoverschrijdend gedrag of suïcidaliteit niet worden opgemerkt of niet adequaat wordt gereageerd op conflicten. Dit kan op individueel niveau tot gevolg hebben dat er onzekerheid en spanningen zijn die de kans vergroten op agressie en geweld, maar het kan ook bijdragen aan het verliezen van perspectief waardoor de kans op suïcide wordt vergroot.

Daarnaast is toezicht op jeugdigen belangrijk om verbinding te houden met de jeugdigen en grensoverschrijdend gedrag of suïcide te voorkomen. Het is belangrijk dat binnen leefgroepen en gezinssituaties voldoende openheid en dialoog is en de ontwikkeling van de jeugdige voorop staat: een te veel op beheersing gerichte cultuur kan bijvoorbeeld bijdragen aan het vergroten van de kans op suïcide. Een open cultuur, waarin onderling feedback wordt gegeven, draagt eraan bij dat signalen van agressie en geweld, seksueel grensoverschrijdend gedrag en suïcidaliteit naar buiten komen. Voldoende verbinding met ouders en andere personen die van belang zijn voor de jeugdige is zowel van belang om de jeugdige te begrijpen, als om te kunnen reflecteren op de werkwijze en omgangsvormen.

Bovenstaande risico's gelden voor zowel de instellings- als gezinscontext. Een belangrijk verschil is dat in een gezinscontext niet de hulpverlening centraal staat maar een zo normaal mogelijk gezinsleven. Voor zowel gezinshuisouders als pleegouders geldt dat zij een grote autonomie hebben over hun gezinsleven. Dit heeft consequenties voor de eisen die gesteld kunnen worden aan professionaliteit van pleegouders, en ook aan gezinshuisouders, hoewel aan gezinshuisouders meer eisen gesteld kunnen worden aan het ontwikkelen van hun professionaliteit dan aan pleegouders, omdat laatste geen professional zijn, en een gezinshuisouder wel. Daarnaast is het toezicht op de gezinscontext lastiger dan in de instellingscontext. Het ontbreken van adequaat extern toezicht in de zin van de 'blik van buiten' door pleegzorginstellingen, zorgaanbieders of vertrouwenspersonen van de jeugdigen, is een risico.

# 4 Verbetermaatregelen na incidenten en calamiteiten

In dit hoofdstuk staan de verbetermaatregelen zoals genoemd in de rapportages centraal. Direct volgend op een incident wordt in alle gevallen actie ondernomen gericht op directbetrokkenen van het incident (verbetermaatregelen op microniveau). Soms worden ook verbetermaatregelen beschreven op organisatie-overstijgend niveau (macroniveau). De meeste maatregelen die worden genoemd betreffen het organisatieniveau (mesoniveau). Verbetermaatregelen zijn vaak geformuleerd als aanbevelingen, waarvan niet duidelijk is of deze daadwerkelijk uitgevoerd (gaan) worden. Ook worden er in de verbeterplannen verbetermaatregelen genoemd die al in gang waren gezet voor het betreffende incident, maar wel hierop aansluiten.

We bespreken achtereenvolgens per niveau (macro, meso en micro) de verschillende verbetermaatregelen en geven waar dit relevant is verschillen aan naar instellings- en gezinscontext. Daarbij geven we verschillende concrete voorbeelden, gevarieerd naar soort incident (fysiek en psychisch geweld, seksueel geweld en suïcide).

## 4.1. Verbetermaatregelen op macroniveau

Op macroniveau worden meestal geen verbetermaatregelen geformuleerd, terwijl oorzaken wel worden genoemd op macroniveau, die doorwerken op het meso- en microniveau (zie hoofdstuk 3). Wanneer wel verbetermaatregelen op macroniveau benoemd worden, gaat het om gesprekken over de financiering van voldoende deskundige krachten en voldoende aanbod om jeugdigen juist te kunnen plaatsen.

*Naar aanleiding van een incident waar een flexibele kracht fysiek heeft ingegrepen is een open 24-uursinstelling in gesprek gegaan met de gemeente. Dit gesprek ging over de financiering van een vast team, zodat meer consistente zorg geboden kan worden en de inzet van flexibele krachten afgebouwd kan worden.*

Bij incidenten waar een jeugdige suïcide pleegt, worden relatief veel verbetermaatregelen op macroniveau beschreven in de verbeterplannen. Een reden is dat suïcides die in geslotenheid plaatsvinden door de inspectie worden onderzocht, en de inspectie aanbevelingen doet op macroniveau, wat past in hun taakstelling. Hierbij gaat het om aanbevelingen richting gemeentelijk, regionaal of landelijk beleid om tijdig passende zorg te kunnen leveren aan jeugdigen met ggz-problematiek, met name in de groep 15-25 jaar.

*Naar aanleiding van suïcide van een jeugdige in een JeugdzorgPlus-instelling wordt door de inspectie aan de regio aangeraden om de beschikbaarheid van plaatsen in klinische behandelgroepen te vergroten, om zo meer maatwerk te kunnen bieden aan jeugdigen met complexe problematiek.*

In de gezinscontext (gezinshuizen en pleeggezinnen) worden vrijwel geen verbetermaatregelen op macroniveau genoemd in de onderzochte casussen. De enige genoemde verbetermaatregel rondom pleegzorg op macroniveau betreft de aanbeveling om landelijk een visie en werkwijze te ontwikkelen voor pleegoudervoogdij, waarbij de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor veiligheid van pleegkinderen wordt uitgewerkt. In het verbeterplan wordt benadrukt dat pleegzorgorganisaties meer betrokken moeten worden bij aanvragen van pleegoudervoogdij.

## 4.2. Verbetermaatregelen op mesoniveau

In de bestudeerde rapportages worden vrijwel altijd verbetermaatregelen of aanbevelingen genoemd op mesoniveau; het niveau van betrokken organisatie(s) of leefgroep. De verbeterplannen, en vooral verbetermaatregelen, zijn gericht op het personeelsbeleid, het instellen of handhaven van protocollen, verbetermaatregelen gericht op groepsdynamiek en intake/screening en technische veiligheidsmaatregelen.

*Het komt incidenteel voor dat een instelling geen verbeterpunten formuleert op mesoniveau. Het gaat daarbij om rapportages na fysiek geweld of suïcide. Zij geven in die gevallen aan dat het incident niet voorkomen kon worden en dat er daarom geen aanleiding is voor organisatorische verbeterpunten.*

### 4.2.1. Personeelsbeleid

Zoals bleek bij de analyse van risico's zien instellingen dat oorzaken van incidenten gedeeltelijk liggen in hun eigen personeelsbeleid. In de verbeterplannen worden dan ook verbetermaatregelen genoemd rondom personeelsbeleid, die zouden moeten bijdragen aan het voorkomen van fysiek, psychisch of seksueel geweld en suïcides. In de gezinscontext (pleeggezinnen en gezinshuizen) worden verbetermaatregelen rondom personeelsbeleid niet benoemd.

## Afbouw en toerusten flexibele krachten

Veelgenoemd is de positie en inzet van flexibele krachten in de residentiële jeugdhulp. In de verbeterplannen worden maatregelen voorgesteld gericht op een meer vaste basis van hulpverleners en afbouw van inzet van flexibele krachten. Waar flexibele inzet nodig is, willen instellingen meer werken met vaste teams van flexibele krachten en deze teams beter toerusten en meer toegang geven tot registratiesystemen.

*Naar aanleiding van fysiek ingrijpen door een flexwerker bij een JeugdzorgPlus-instelling wordt geïnventariseerd of flexwerkers op de hoogte zijn van protocollen van fysiek beperken en hoe te handelen bij incidenten. Op basis van de inventarisatie zal ook bijscholing plaatsvinden.*

In één casus worden juist ervaren flexibele krachten ingezet na een incident van psychisch grensoverschrijdend gedrag, om het pedagogisch klimaat in een instelling te verbeteren.

In de verbeterplannen worden nauwelijks verbetermaatregelen voorgesteld rondom de screening van hulpverleners, pleegouders en gezinshuisouders. De verbeteringen die wel worden genoemd zijn erop gericht om risico's op seksueel of fysiek geweld door hulpverleners of pleegouders/gezinshuisouders beter te signaleren.

## Deskundigheidsbevordering

In de rapportages formuleren instellingen verbeterpunten rondom kennis en deskundigheid bij hulpverleners in het voorkomen van en omgaan met incidenten. In ruim de helft van de rapportages worden verbetermaatregelen of aanbevelingen genoemd gericht op deskundigheidsbevordering. Bij fysiek geweld gaat het om het (opnieuw) aanbieden van veiligheidstrainingen en trainen van de-escalerend handelen. Bij seksueel geweld gaat het meestal om trainingen voor het personeel van de betrokken organisatie over het signaleren van risico's op seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jeugdigen.

Bij suicides in instellingen worden trainingen suïcidepreventie en bijscholing over complexe psychiatrische problematiek ingezet. Het gaat dan bijvoorbeeld om een jaarlijkse training suïcidepreventie. Een andere manier van deskundigheidsbevordering is het bezoeken van een andere open 24-uursinstelling, waar wettelijke kaders van veiligheidsbeperking goed worden toegepast.

*Nadat een jeugdige, die onder toezicht staat van de jeugdreclassering, een ernstige mishandeling pleegt wordt een themabespreking georganiseerd om kennis uit te wisselen over complexe problematiek bij jeugdigen.*

*In een kleinschalige woonvoorziening voor AMV-jongeren sluit een expert aan op het gebied van verslaving, om kennis bij te brengen en te benadrukken dat expertise van verslavingsexperts inzetbaar is.*

In de gezinscontext is deskundigheidsbevordering ook terug te zien in de verbeterplannen. Deze verbetermaatregelen zijn vaak gericht op pleegzorgondersteuning. Een uitzondering is een casus waar een pleegzorginstantie heeft besloten om een digitale training rondom seksuele ontwikkeling aan te bieden aan alle pleegouders.

*Nadat er seksueel misbruik tussen jeugdigen in een pleeggezin plaatsvindt, neemt de pleegzorginstelling zich voor om kennis en vaardigheden rondom kindermishandeling (waaronder seksueel misbruik) te versterken met trainingen. Ook wordt een training voorgesteld voor het systematisch monitoren van de balans draagkracht/draaglast in pleeggezinnen.*

### **Interne samenwerkingsafspraken**

In de verbeterplannen wordt ingezet op versterking van de samenwerking tussen hulpverleners binnen instellingen. Daarbij gaat het om het vastleggen van nieuwe of het agenderen van bestaande samenwerkingsafspraken. Bij fysiek geweld gaat het vooral om samenwerken gedurende en direct na het incident (de-escaleren en fysiek ingrijpen); bij seksueel geweld gaat het vooral om het delen van signalen en zorgen.

*Na een incident waar een invalkracht in een residentiële behandelgroep fysiek geweld heeft gebruikt bij een jeugdige wordt voorgesteld om de 'teamidentiteit' te versterken in een behandelgroep, in samenwerking met een gedragsdeskundige. Ook wordt benadrukt dat interne afspraken en beleid helder naar invalkrachten moet worden gecommuniceerd.*

*Nadat een kind in een pleeggezin seksueel misbruikt blijkt te zijn door een familielid van de pleegouders, wordt aanbevolen om de samenwerking tussen pleegzorgorganisatie en GI te versterken. Daarbij gaat het om het delen van veiligheidsinformatie, het benutten van elkaars expertise en het periodiek, gezamenlijk beoordelen van de veiligheidssituatie. Het wordt aanbevolen om pleegouders en netwerk van het gezin te betrekken bij het beoordelen van de veiligheidssituatie.*

In de verbeterplannen wordt kennisdeling binnen de instelling en met ouders van jeugdigen benoemd. Vooral de communicatie met ouders na een incident met seksueel geweld is voor verbetering vatbaar en in de verbeterplannen worden vaak concrete verbetermaatregelen voorgesteld hoe er met ouders gecommuniceerd moet worden. Ook zijn er voorbeelden te zien waarin organisaties verbeteringen voorstellen rondom het rapporteren van signalen die wijzen op risico's van slachtoffer- en plegerschap rond seksueel geweld, zowel bij jeugdigen als bij hulpverleners. Bij gezinshuizen en pleeggezinnen worden dergelijke verbetermaatregelen niet genoemd in de rapportages.

### **Externe samenwerkingsafspraken**

Naast interne verbetering van de samenwerking worden externe samenwerkingsafspraken genoemd in de verbeterplannen. Daarbij gaat het om afstemming van zorg en informatie-uitwisseling met verwijzers, zorgorganisaties, of partners uit de veiligheidsketen. De voorgestelde verbeteringen in de samenwerking met andere organisaties slechts in beperkte mate als concrete verbetermaatregelen gepresenteerd. Uitzonderingen zijn casussen waarin is besloten een periodiek multidisciplinair overleg te organiseren.

Een ander voorbeeld is een casus waar na suïcide van een jeugdige concrete richtlijnen zijn opgesteld door ketenpartners om samenwerking tussen jeugd-ggz, GI's en JeugdzorgPlus-instelling te versterken.

*Naar aanleiding van een vechtpartij tussen jeugdigen geeft een gesloten 24-uursinstelling (JeugdzorgPlus) in een verbeterplan aan dat zij in gesprek gaan met politie, jeugdbescherming en jeugdreclassering over hoe er beter samengewerkt kan worden bij jeugdigen die regelmatig in aanraking komen met politie en justitie.*

*Na een ruzie die uitloopt op fysiek geweld tussen twee jeugdigen die op een zorgboerderij wonen, wordt de samenwerking met de verwijzende GI versterkt en verantwoordelijkheden nadrukkelijk beschreven.*

Bij gezinshuizen en pleeggezinnen speelt mee dat er vaak onduidelijkheden zijn over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen pleegouders, pleegzorg, voogd en andere betrokken jeugdhulpinstellingen. In deze casussen wordt aanbevolen of voorgenomen om de rol en positie van pleegzorg te verhelderen naar ketenpartners.

*Na een incident van seksueel geweld binnen een pleeggezin bleek dat er onduidelijkheid was over wie er regie over de hulp in het pleeggezin had. De jeugdhulpinstelling en pleegzorginstelling namen van elkaar aan dat zij regie over de hulp hadden. Hierdoor konden reële zorgen en signalen rondom grensoverschrijdend gedrag op de achtergrond raken. De inspectie heeft aangeraden om de positie, rol en taken van de pleegzorgbegeleider rondom veiligheid en preventie helder uit te werken en deze te communiceren naar ketenpartners.*

### **Toegang tot en gebruik van registraties**

In de rapportages wordt benoemd dat de kwaliteit van registratie, de toegang tot registratiesystemen en bekendheid met dossiers het signaleren van risico's en het voorkomen van incidenten in de weg staat. In de verbeterplannen zijn verbetermaatregelen te zien gericht op registratiesystemen. Het gaat daarbij vooral om het verbeteren van de toegang tot registraties (in het bijzonder voor flexibele medewerkers), het verbeteren van de wijze van registreren of het verbeteren van de gebruiksvriendelijkheid van het registratiesysteem zelf. In de gezinscontext spelen dergelijke verbetermaatregelen geen rol, wat samen kan hangen met het feit dat er een persoonlijke band is met alle kinderen en kennis via dossiers minder een rol speelt.

*Naar aanleiding van een geweldsincident tussen een jeugdige en een flexwerker in een open 24-uursinstelling komt naar voren dat flexwerkers onvoldoende inzicht in dossiers hebben en daarom signalen bij jeugdigen niet goed oppakken. De instelling geeft aan dat zij uitzendkrachten toegang gaan verlenen tot een 'afgebakend, toegankelijk cliëntdossier', dan wel tot volledige dossiers.*

### **Intensiteit van zorg**

Naar aanleiding van incidenten zijn nauwelijks verbetermaatregelen te zien gericht op verbetering van de intensiteit van zorg. Een uitzondering is pleegzorg; hiervan is in de verbeterplannen te zien dat pleegzorg intensiever zou moeten zijn, in het bijzonder wanneer pleegouders aangeven hier behoefte aan te hebben.

*Na een suïcide van een pleegouder geeft de pleegzorgorganisatie aan dat zij de mogelijkheid willen om de intensiteit van pleegzorgbegeleiding te verhogen als de situatie daarom vraagt. Ook is benoemd dat de minimaal vastgestelde frequentie van huisbezoeken gemonitord moet worden.*



#### 4.2.2. Protocollen

Na een incident van fysiek, seksueel of psychisch geweld of een suïcide worden er in de meeste gevallen verbetermaatregelen ingezet rondom het creëren of opnieuw onder de aandacht brengen van protocollen. Dit is in lijn met de bevinding dat het niet naleven van of ontbreken van protocollen vaak als gedeeltelijke oorzaak van incidenten wordt gezien. Bij incidenten met fysiek geweld gaat het om verbeterpunten voor hulpverleners bij crisissituaties en om verdere escalatie te voorkomen. Hierbij gaat het om het verhelderen van bestaande afspraken over onder welke omstandigheden en op welke manier fysiek ingrijpen geoorloofd is.

*Na een incident waar een jeugdige in een JJI kokend water heeft gegooid over een medegedetineerde zijn BHV-ers geïnstrueerd over hoe te handelen na een incident waar brandwonden behandeld moeten worden.*

*Naar aanleiding van een suïcide heeft een JeugdzorgPlus-instelling de interne richtlijn suïcidaliteit geactualiseerd. In de interne richtlijn is opgenomen dat indien er sprake is van een psychiatrische aandoening, de JeugdzorgPlus-instelling altijd een structuurdiagnose opstelt.*

Bij seksueel geweld gaat het om het ontwikkelen, implementeren of opnieuw onder de aandacht brengen van protocollen rondom afstand, nabijheid en/of seksualiteit en het handelen na een incident van seksueel geweld. De nadruk ligt op het creëren van duidelijkheid over de betekenis van protocollen voor de werkprijktijk. Bij gezinshuizen en pleegzorg zijn protocollaire verbetermaatregelen nauwelijks genoemd in de verbeterplannen.

*Nadat een meisje in een JeugdzorgPlus-instelling seksueel is misbruikt door meerdere jeugdigen (waaronder een medebewoner) blijkt dat de coach concrete signalen niet gedeeld heeft met behandelcoördinatoren. Naar aanleiding hiervan worden richtlijnen aangescherpt over het informeren en betrekken van behandelcoördinatoren in de instelling.*

#### 4.2.3. Jeugdigen en groepsdynamiek

Naast verbetermaatregelen gericht op medewerkers en systemen zijn er ook verbetermaatregelen gericht op de begeleiding van jeugdigen en groepsdynamiek.

##### **Voorlichting/training cliënten**

Het valt op dat er niet vaak wordt ingezet op voorlichting of training van jeugdigen in de leefgroep of gezinscontext naar aanleiding van een incident. Waar het gaat om incidenten van seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt de bespreekbaarheid van seksualiteit en de grenzen van fysiek contact wel genoemd als verbeterpunt, maar concrete verbetermaatregelen worden nauwelijks genoemd. Organisaties richten de verbetermaatregelen niet of nauwelijks op het versterken van positieve seksualiteit en wederzijds consent, maar vooral op het verbieden en voorkomen van seksueel contact. Seksualiteit wordt op deze wijze vooral geproblematiseerd. Een uitzondering hierop is een gezinshuis dat naar aanleiding van een incident inzet op de bespreekbaarheid van grensoverschrijdend gedrag. Zij ontwikkelden zelf een spel dat zij met jeugdigen kunnen spelen, waarin moeilijke thema's en taboes (onder andere seksualiteit) open besproken worden.

Uit de rapportages is niet af te leiden of er aandacht is voor de aanwezigheid van vertrouwenspersonen voor de jeugdigen in formele zin (AKJ, binnen de instelling aangewezen vertrouwenspersonen) een JIM (Jouw Ingebrachte Mentor) of persoonlijke vertrouwenspersonen. De beschikbaarheid van vertrouwenspersonen wordt in enkele gevallen onder de aandacht gebracht in de verbeterplannen.

## Groepsdynamiek analyseren en bespreken

Er zijn enkele voorbeelden te vinden van verbetermaatregelen of aanbevelingen die betrekking hebben op de groepsdynamiek van leefgroepen in een instelling.

*Na een mishandeling door een jeugdige in een forensisch centrum wordt overwogen om in maandelijkse 'huiskamergesprekken' de onderwerpen groepsdynamiek, problemen tussen bewoners en huisregels te bespreken.*

Ook binnen een gezinshuis of pleeggezin is de pedagogische cultuur van groot belang in het voorkomen van seksueel geweld, bleek uit de risicoanalyse (zie hoofdstuk 3). Er zijn weinig concrete verbetermaatregelen gericht op cultuurverandering en bespreekbaarheid van taboes in de gezinscontext. Wel worden bij gezinshuizen trainingen voorgesteld gericht op bespreekbaarheid van thema's als seksualiteit. Verbetermaatregelen gericht op gezinshuizen en pleeggezinnen kunnen worden ervaren als een ingreep in de privésfeer van deze gezinnen. Het lijkt voor pleegzorgorganisaties en zorginstellingen of franchiseorganisaties waar de gezinshuizen onder vallen niet altijd duidelijk hoeveel en op welke manier er ingegrepen mag worden.

## Plaatsing en screening

Zoals bleek uit de risicoanalyse zien instellingen vaak problemen bij de intake en matching van cliënten. De verbeterplannen bevatten initiatieven om screening en matching beter in te richten. In de eerste plaats gaat het om het beter aansluiten van de hulpvraag van de jeugdige bij het hulpaanbod, maar er zijn ook voorbeelden waarbij wordt gekeken of iemand qua persoonlijkheid past in de bestaande groepsdynamiek in een woongroep. Na incidenten rond seksueel geweld wordt voorgesteld om seksualiteit aandacht te geven bij matchingsgesprekken, om zo meer zicht te krijgen op risico's op pleger- en slachtofferschap.

*Na een incident waar jeugdigen een medebewoner mishandelen van een Zeer Intensieve Behandellocatie voor jongeren met een LVB, wordt voorgesteld om de intake te verbeteren. Bij screening en matching in een locatie wordt bekeken of de jeugdige past bij de andere jeugdigen, waarbij gedragswetenschapper en intakefunctionaris nauw samenwerken. Ook wordt geopperd een onderzoek uit te voeren naar geautomatiseerde risicoanalyse op basis van cliëntdossiers. Dan zou bij een nieuwe intake risico's van inwonende jeugdigen gelinkt kunnen worden aan risico's bij een jeugdige die geplaatst gaat worden.*

*Nadat een jeugdige in een gezinshuis agressief is en geweld gebruikt tegen de gezinshuisouders, wordt voorgesteld om gezinsmanagers een afwegingskader te bieden voor een goede plaatsing van een jeugdigen in gezinshuizen.*

Het verbeteren van risicotaxatie blijkt voor instellingen een belangrijk verbeterpunt te zijn. In de rapportages komt naar voren dat bij aanmelding en gedurende trajecten niet altijd een risicotaxatie plaatsvindt, of dat de uitkomsten van de risicotaxatie niet in het behandelplan zijn opgenomen. Het onderwerp seksualiteit blijkt in de risicotaxatie vaak onderbelicht. In de verbeterplannen is te zien dat instellingen zich voornemen het gebruik van de risicotaxatie te vergroten bij de matching/aanmelding en tijdens het zorgtraject. Op deze manier willen de instellingen signalen beter oppakken om incidenten te voorkomen. Het gaat daarbij om risico's op zowel plegerschap als slachtofferschap. Hierbij moet in het bijzonder voor seksueel geweld opgemerkt worden dat slachtofferschap ook gezien wordt als risico voor plegerschap: wanneer er misbruik gepleegd is in het verleden is het risico dat een jeugdige zelf seksueel geweld pleegt groter. In de verbeterplannen is hier aandacht voor en instellingen laten concrete plannen zien om RiS 2.0 (Risicotaxatieinstrument Seksueel grensoverschrijdend gedrag) in te voeren.

Na suïcide van jeugdigen in instellingen wordt genoemd dat (pleeg)ouders bij de intake meer betrokken kunnen worden bij het inschatten van suïciderisico's en deze betrokkenheid tijdens de behandeling door te zetten. Tot slot wordt in meerdere gevallen voorgesteld om bij de aanmelding direct een signaleringsplan op te stellen en deze gedurende het verblijf bij te houden.

#### 4.2.4. Veiligheidsmaatregelen (technisch)

Het niet goed functioneren of ontbreken van technische veiligheidsmaatregelen wordt gezien als oorzaak van fysiek of seksueel geweld. Instellingen zien technische veiligheidsmaatregelen dan ook als een van de middelen om incidenten van fysiek geweld te voorkomen of om (ongewenst) seksueel contact tussen cliënten te voorkomen, bijvoorbeeld door toegang tot elkaars kamers te beperken in de nacht. Daarbij gaat het om het installeren of verbeteren van elektrische of mechanische middelen om toezicht te verbeteren of toegang tot ruimten te beperken.

*In een open 24-uursinstelling is een meisje geslagen door een medebewoner in haar eigen slaapkamer. Zij heeft daarna een babyfoon gekregen in haar kamer, zodat ze direct contact met begeleiders kan hebben, zonder haar kamer uit te hoeven. Ook is een 'verklisysteem' geïnstalleerd, zodat de nachtdienst gewekt wordt als iemand de kamer verlaat.*

*Na een geëscaleerde ruzie tussen twee jeugdigen in een gesloten 24-uursinstelling blijkt dat medewerkers geen vertrouwen hebben in het functioneren van 'piepers' (alarmknoppen). Daarop besluit de instelling om controle op de piepers uit te voeren en te onderzoeken of er een beter alternatief is voor deze alarmknoppen.*

### 4.3. Verbetermaatregelen en acties op microniveau

Verbetermaatregelen en acties op microniveau zijn direct gerelateerd aan betrokkenen rondom een incident. Verbetermaatregelen op dit niveau zijn onder te verdelen in maatregelen richting de pleger, slachtoffer en medewerkers. Bij suïcides zijn verbetermaatregelen op het microniveau gericht op medebewoners of het gezin waar het slachtoffer woonde en op de medewerkers van de hulpverlenende instelling.

#### 4.3.1. Gericht op jeugdige (pleger)

##### **Aangifte tegen de pleger**

In de rapportages is te zien dat er vaak aangifte wordt gedaan tegen de pleger van seksueel of fysiek geweld, ongeacht of dit een andere jeugdige, een hulpverlener of iemand van buiten de instelling of gezinscontext is. In ruim de helft van de incidenten met fysiek of seksueel geweld wordt aangifte bij de politie gedaan, door het slachtoffer of een naaste van het slachtoffer (bijv. de ouders). De instelling doet aangifte als een jeugdige of de wettelijk vertegenwoordiger geen aangifte wil doen.

*Een jeugdige heeft sinds enkele weken een noodbed gekregen in een open 24-uursinstelling, ondanks dat een noodbed eigenlijk voor maximaal 48 uur beschikbaar is. Een geschikte plek in de crisisopvang was niet beschikbaar. Op het terrein wordt hij fysiek mishandeld door twee medebewoners, waarbij hij ook fysiek letsel oploopt. De moeder van de jeugdige doet aangifte bij de politie.*

*Twee jeugdigen krijgen ruzie op hun dagbestedingslocatie. De ruzie escaleert en er wordt door een van hen kokend water over de ander gegooid. De moeder van het slachtoffer doet aangifte bij de politie, die vervolgens een melding bij Veilig Thuis doet.*

Uit de verbeterplannen komt naar voren dat instellingen drempels ervaren om interventies in te zetten gedurende de periode tussen een incident met seksueel geweld en het afsluiten van het onderzoek door de (zeden)politie. De betrokken instelling wil en mag het justitiële proces niet in de weg zitten. Er is een risico dat bewijs daardoor verloren gaat en er geen betrouwbare getuigenis meer gegeven kan worden. Dit maakt het bespreken van het incident met het slachtoffer of andere betrokkenen lastig. Het is voor instellingen niet altijd duidelijk wat zij wél kunnen doen voor slachtoffers, bijvoorbeeld in afwachting van het verhoor door de zedenpolitie.

*Een meisje vertelt aan een groepsgenoot dat zij gedwongen seks heeft gehad met een jongen van een andere groep in de instelling voor jeugdigen met een LVB waar zij woont. Wanneer dit signaal bij de groepsleiding terechtkomt, schakelen zij de zedenpolitie in. Zedenpolitie instrueert niet verder over het incident te praten, om het onderzoek niet te verstoren. Het onderzoek duurt echter lang en in de tussentijd kan er geen intern onderzoek gedaan worden naar wat er precies gebeurd is en kan het slachtoffer niet de ondersteuning krijgen die ze nodig heeft.*

### **Vrijheidsbeperking pleger**

In de rapportages zijn verschillende voorbeelden te zien waarop een bepaalde vrijheidsbeperking bij de pleger wordt opgelegd. De pleger wordt gearresteerd of krijgt een locatieverbod. Het komt ook voor dat een jeugdige pleger een time-out krijgt en hij of zij alleen onder voorwaarden (zoals een herstel- en excuusgesprek) mag terugkeren.

### **Tijdelijke veiligheidsafspraken**

Na een (vermoeden van) een incident van seksueel geweld worden verbetermaatregelen en acties ingezet gericht op het voorkomen van confrontatie tussen pleger en slachtoffer.

*Een pleegvader heeft grenzen overschreden in het fysiek contact met een pleegkind. Direct, nog voordat het onderzoek startte, is de veiligheidsafpraak gemaakt dat pleegvader en pleegkind niet zonder toezicht samen mogen zijn.*

### **Overplaatsing jeugdige (pleger)**

Na fysiek of seksueel geweld vindt meestal een overplaatsing van de pleger plaats. Ouders van het slachtoffer dringen vaak ook aan op overplaatsing, met name na seksueel geweld. Deze overplaatsingen hebben veel impact op jeugdigen.

*Een jeugdige heeft onvrijwillig seks gehad met een groepsgenoot in een gesloten residentiële 24-uursinstelling. De pleger is de dag na het incident overgeplaatst naar een andere groep. Het slachtoffer wilde geen aangifte doen.*

Overplaatsingen kunnen zowel als oorzaak en als gevolg worden gezien van geweldsincidenten: onrust voorafgaand en na overplaatsingen is een belangrijk risico (zie hoofdstuk 3). Overplaatsing kan bovendien zorgen voor extra victimisatie en trauma bij het slachtoffer; slachtoffers kunnen zich schuldig voelen dat de pleger weg moet, blijkt uit de rapportages.

Jeugdigen worden meestal overgeplaatst naar een vergelijkbare setting, maar in een aantal gevallen wordt een meer specialistische plek gezocht (bijv. van gezinshuis naar JeugdzorgPlus). Jeugdigen worden na een incident vaak geplaatst op een plek waarvan al bekend was dat deze meer geschikt voor hen was, maar waarvoor zij op een wachtlijst stonden. Bij zeer ernstige incidenten is een overplaatsing naar een forensisch centrum in gang gezet. Bij incidenten binnen een JJI worden plegers overgeplaatst naar een andere JJI.

*Na een geweldsincident op een AMV-locatie, waarbij een jeugdige met een mes zijn groepsgenoten en mentoren bedreigde, is de pleger overgeplaatst naar een kleinschaliger opvang, waar meer intensieve zorg geboden kan worden.*

### **Ondersteuning/nazorg plegers**

In de rapportage wordt niet gesproken over nazorg of ondersteuning van plegers. Bij één bestudeerde casus is afgesproken dat er medicatie kan worden toegediend als er spanningen zijn, om te voorkomen dat hij opnieuw fysiek geweld gebruikt.

#### **4.3.2. Verbetermaatregelen en acties gericht op slachtoffer (jeugdige)**

### **Nazorg slachtoffers**

De instellingen bieden nazorg naar aanleiding van seksueel geweld, fysiek geweld en suïcide. Daarbij gaat het om traumahulp of psycho-educatie. In de rapportages wordt zeer beperkt omschreven wat nazorg inhoudt. Bij suïcides is de nazorg gericht op omgang met het verlies van het slachtoffer bij groepsgenoten en hulpverleners. Hoewel gesprekken plaatsvinden met (pleeg)ouders na suïcide van een jeugdige, is het niet duidelijk of hier nazorg geboden wordt.

### **Overplaatsing jeugdige (slachtoffer)**

Het komt voor dat een slachtoffer wordt overgeplaatst naar aanleiding van een (seksueel) geweldsincident. Dit kan een tijdelijke time-out zijn, om de veiligheid van het slachtoffer te garanderen, maar het komt ook voor dat slachtoffers permanent worden overgeplaatst.

*Twee jeugdigen in een beschermde woonvoorziening hebben seks met elkaar gehad. Het meisje geeft aan dat zij dit niet wilde, maar stemde na lang aandringen toch toe. Wanneer dit na drie dagen bij de begeleiding bekend wordt, wordt besloten dat het slachtoffer wordt overgeplaatst, omdat haar veiligheid niet kan worden gegarandeerd. De pleger wordt niet overgeplaatst, omdat er geen andere plek voor hem beschikbaar zou zijn. Wel is een 'uitgebreide RiS' uitgevoerd.*

*Nadat blijkt dat een pleegvader seksueel grensoverschrijdend is geweest richting zijn pleegkind, is het pleegkind overgeplaatst naar een crisisgroep. De voogd heeft aangifte gedaan bij de politie.*

In de gezinscontext komen overplaatsingen minder voor. Wanneer dit wel voorkomt, gaat het om een overplaatsing van de jeugdige van een pleeggezin naar een instelling.

### **Aanpassen zorg/veiligheidsplan**

In de rapportages is te zien dat het zorg- of veiligheidsplan voor pleger en/of slachtoffer soms bijgesteld wordt naar aanleiding van een incident. Het incident legt een bepaalde bestaande problematiek bloot of heeft zodanige impact dat er een nieuwe hulpvraag ontstaat.

#### **4.3.3. Verbetermaatregelen gericht op medewerkers van instellingen**

### **Nazorg medewerkers**

In ruim de helft van de rapportages wordt gesproken over nazorg voor medewerkers en andere betrokkenen rondom het incident. In verschillende rapportages wordt gesproken van een 'Nazorgteam' binnen de instelling. In geen van de rapportages wordt toegelicht wat deze nazorg inhoudt.

## Ontslag medewerker

In de rapportages zijn voorbeelden te vinden van hulpverleners die pleger blijken te zijn van fysiek geweld of seksueel misbruik. Waar het gaat om seksueel geweld, is de medewerker direct geschorst nadat dit aan het licht kwam en na onderzoek ontslagen. Bij fysiek en verbaal geweld blijft het bij een waarschuwing, overplaatsing of tijdelijke schorsing.

*Een hulpverlener in een open 24-uursverblijf blijkt seksueel contact te hebben gehad met een jeugdige cliënte. De jeugdige verblijft in deze instelling voor traumabehandeling voor seksueel misbruik. Wanneer dit naar boven komt, wordt de hulpverlener direct op non-actief gezet en is vervolgens op staande voet ontslagen.*

## 4.4. Bij wie worden verbetermaatregelen belegd?

Wanneer verbetermaatregelen genoemd worden, wordt meestal een partij benoemd die erop moet toezien dat de maatregel wordt doorgevoerd. Het wordt over het algemeen niet gespecificeerd wanneer en op welke manier hierop wordt toegezien.

Verbetermaatregelen en acties op *microniveau* zijn meestal belegd bij uitvoerend hulpverleners en zijn vaak concrete taken. Deze maatregelen op *microniveau* zijn bij het schrijven van het verbeterplan vaak al uitgevoerd. Wanneer verbetermaatregelen op *mesoniveau* belegd worden bij een concrete partij is dit meestal bij gedragswetenschappers, de raad van bestuur of kwaliteitsfunctionarissen. Bij verbetermaatregelen op *macroniveau* wordt er in veel gevallen geen concrete partij benoemd die moet toezien op de uitvoer. Wanneer *macro-interventies* wel belegd worden bij een concrete partij is dit meestal bij de raad van bestuur van de instelling.

## 4.5. Conclusie

Na een incident nemen instellingen verschillende maatregelen om incidenten in de toekomst te voorkomen en om slachtoffers en betrokkenen rond het incident te ondersteunen. Verbetermaatregelen zijn vooral gericht op het onder de aandacht brengen of vernieuwen van protocollen, personeelsbeleid en technische veiligheidsmaatregelen. Hoewel incidenten vaak gerelateerd worden aan omstandigheden op *macroniveau* (beschikbaarheid van plaatsen, financiering, beleidskeuzes) worden de verbetermaatregelen vooral op *meso-* en *microniveau* voorgesteld.

In de verbeterplannen is vooral aandacht voor het voorkomen van incidenten en minder voor preventieve maatregelen om bijvoorbeeld de groepsdynamiek te verbeteren of de pedagogische en professionele cultuur te verbeteren. Voorlichtingen en trainingen gericht op (positieve) seksualiteit en wederzijds consent worden nauwelijks ingezet.

Overplaatsingen worden als risico benoemd bij fysiek geweld en suïcide, maar worden ook vaak ingezet als interventie bij plegers en in mindere mate bij slachtoffers na seksueel of fysiek geweld. Overplaatsingen zijn ingrijpend voor pleger, slachtoffer en leefgroepen. Als er snel tot overplaatsing wordt besloten en niet via bijvoorbeeld (herstel)bemiddeling wordt onderzocht wat de beste interventie is, kan dit eraan bijdragen dat slachtoffers minder snel naar buiten komen met ervaringen van grensoverschrijdend seksueel gedrag.

Tot slot zien we in de rapportages geen signalen dat instellingen van elkaar leren. Instellingen hebben te maken met hetzelfde type incidenten in dezelfde context, maar creëren hun eigen verbeterplannen op hun eigen wijze. Verwijzingen naar bewezen effectieve interventies worden nauwelijks gemaakt in de verbeterplannen.

# 5 Conclusies en aanbevelingen

In dit onderzoek zijn 75 onderzoeksrapportages geanalyseerd die door instellingen of de inspectie zijn opgesteld naar aanleiding van calamiteiten en ernstige geweldsincidenten in de jeugdzorg. Met de resultaten van het onderzoek wil de inspectie haar eigen werk verbeteren en het gesprek met het veld en de overheid aangaan over mogelijkheden om de zorg voor kinderen in de jeugdhulp te verbeteren zodat ieder kind in de jeugdzorg veilig is.

Het onderzoek is gedaan aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke achterliggende (groepen) risico's, patronen en thema's zijn zichtbaar in de rapportages, onderverdeeld naar soorten jeugdhulporganisatie?
2. Tot welke soorten interventies komen organisaties in hun verbeterplannen en op welk niveau in de organisatie worden deze belegd (professional, bestuurder, etc.)?
3. Hoe kan de IGJ de opbrengsten van onderzoeksvragen 1 en 2 gebruiken in haar risicogerichte toezicht en in het adresseren van thema's richting stakeholders?

In hoofdstuk 3 hebben we antwoord gegeven op de eerste vraag, en in hoofdstuk 4 op de tweede vraag. In dit hoofdstuk komen we tot een eindconclusie en gaan in op de betekenis van deze resultaten voor het risicogerichte toezicht en in het adresseren van thema's richting stakeholders.

## 5.1. Conclusie

Er zijn vier hoofdconclusies te trekken: risico's en interventies worden vooral op mesoniveau benoemd, instellingen zetten vooral in op beheersen na een calamiteit of geweldsincident, er is in de rapportages weinig aandacht voor de stem van het kind en er is meer aandacht nodig voor het verschil in gezinscontext en instellingscontext

### Risico's en interventies vooral op mesoniveau

Risico's die een aanleiding kunnen vormen voor incidenten van ernstig fysiek, psychisch en seksueel grensoverschrijdend gedrag en suicide worden vooral op instellingsniveau (mesoniveau) benoemd, evenals de voorgestelde verbetermaatregelen, zo komt uit de analyse van de rapportages naar voren. Risico's op macroniveau zijn zeker aanwezig, zoals schaarste aan goed gekwalificeerd personeel, en gebrek aan plaatsingsmogelijkheden door een onvoldoende zorgaanbod, waardoor er wachtlijsten zijn en jeugdigen (lang) op een plek wonen die niet geschikt is. Deze risico's op macroniveau worden minder genoemd in de rapportages. Deze knelpunten op macroniveau werken echter door op instellingsniveau. Gebrek aan (financiering voor) plekken en onvoldoende gekwalificeerd personeel heeft tot gevolg dat passende hulp onvoldoende aanwezig is in de instellingen. Dit leidt weer tot te veel doorplaatsing, met alle gevolgen voor de individuele jeugdige en zijn of haar leefomgeving. In zo'n context ontstaan incidenten die mede door het ontbreken van voldoende gekwalificeerd personeel kunnen escaleren, of (seksueel) grensoverschrijdend gedrag en suicidaliteit worden niet tijdig gesignaleerd. De risico's op macroniveau liggen grotendeels buiten de macht/kracht van de instellingen, waardoor de symptomen van macroproblemen op mesoniveau worden bestreden, zoals het inzetten van flexibele krachten bij gebrek aan personeel.



## Instellingen zetten vooral in op beheersen

Instellingen lijken vooral in te zetten op het voorkomen van incidenten door versterken van protocollering en beheersmatig optreden. Er wordt minder ingezet in het aanpakken van kernoorzaken. Investeren in vakbekwaamheid van de medewerkers, gezinshuisouders en pleegouders, verbeteren van dialoog en onderlinge feedback, stimuleren van het pedagogische klimaat door meer herstelgericht en ontwikkelgericht werken of inzetten op preventie komt weinig voor. Er is bijvoorbeeld nauwelijks aandacht voor positieve seksualiteit en het belang van wederzijdse toestemming (consent) ter preventie van seksueel geweld. De interventies op microniveau zijn vooral gericht op hulp aan het slachtoffer en het straffen van de pleger, waarbij te weinig aandacht is voor mogelijkheden tot herstel en te weinig wordt aangesloten bij het perspectief van de jeugdigen. Het ontbreken van een open cultuur, met aandacht voor dialoog en vakbekwaamheid en een pedagogische aanpak is een risico op geweldsincidenten en calamiteiten, maar in de verbeterplannen wordt hier weinig aandacht aan besteed. De verbeterplannen zijn niet altijd in heldere, haalbare termen geformuleerd, of als er meer een open resultaat wordt geformuleerd, welke weg wordt bewandeld om dichterbij dit doel te komen. Hierdoor blijft onduidelijk hoe groot de kans is dat het verbeterplan daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Dit geldt zowel gezins- als instellingscontext. Er zijn echter ook voorbeelden waar een geweldsincident of calamiteit heeft geleid tot positieve, concrete veranderingen, zoals het beter begeleiden van jeugdigen die overgeplaatst worden en het inzetten van een spel over moeilijk bespreekbare onderwerpen dat jeugdigen onderling spelen, onder begeleiding van een hulpverlener.

## Weinig aandacht voor de stem van het kind

In de rapportages is weinig ruimte voor het perspectief van de jeugdige. Dit wil niet zeggen dat er niet met hen is gesproken, maar in de rapportages wordt dit perspectief zelden expliciet verwoord. Eerder zien we het tegengestelde, zeker als het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag. Er is weinig aandacht voor herstellbemiddeling, of voor hulp zoeken bij het Centrum Seksueel Geweld, waar ondersteuning van het slachtoffer, het getuigenverhoor en het veiligstellen van forensisch bewijs samen gaan. Onduidelijk blijft of de cliëntenraden worden gesproken in het kader van onderzoek na een incident.

## Meer aandacht verschil gezinscontext en instellingscontext

In de gezinscontext staan autonomie en een gewoon gezinsleven centraal, terwijl in de instellingscontext de hulpverlening en collegiale samenwerking centraal staan. De risico's op grensoverschrijdend gedrag in de instellingscontext en gezinscontext overlappen echter: gebrek aan kennis van (psychiatrische) achtergronden van jeugdigen, onvoldoende vaardigheden om responsief te reageren op destructief gedrag en het ontbreken van een open cultuur zijn bijvoorbeeld risico's die in beide contexten spelen. Een verschil is dat in geval van de gezinscontext er minder mogelijkheden zijn in het professionaliseren van de hulp: als pleegouders niet open staan voor coaching en scholing, zijn er nauwelijks sturingsmechanismen. Pleegzorgbegeleiding biedt ondersteuning aan pleeggezinnen, maar dit is beperkt (zie ook Lünemann & Six, 2012). In geval van gezinshuizen zijn er meer mogelijkheden voor professionalisering. Minimaal een van de gezinshuisouders is een beroepskracht en er worden eisen gesteld aan scholing. Interne toezichtmechanismen en sturen op kwaliteit via personeelsbeleid zijn belangrijk in de instellingscontext, maar in geval van een gezinscontext veel minder, hoewel dit in geval van gezinshuizen meer mogelijk is dan bij pleeggezinnen. Toezichtmogelijkheden door bijvoorbeeld audits vinden in gezinshuizen plaats. Ook gelden er kwaliteitscriteria. Dit neemt niet weg dat de privacy van het gezinsleven grenzen stelt aan de professionalisering van gezinshuisouders.



## 5.2. Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen die van belang zijn voor de interpretatie van de uitkomsten

Allereerst hebben we slechts één bron geraadpleegd, namelijk de onderzoeksrapportages die door instellingen of de IGJ zelf zijn opgesteld. De risico's en verbetermaatregelen zijn daarom van daaruit beschreven: er wordt één verhaal naar buiten gebracht. De perspectieven van andere organisaties, jeugdigen zelf en hun ouders/verzorgers zijn niet zichtbaar in de rapportages. Bovendien hebben we alleen inzicht in de verbeterplannen, maar er is geen inzicht in de uitvoering en resultaten van de verbetermaatregelen. In deze verbeterplannen zijn de interventies meestal nog niet in gang gezet en er is geen zicht op of deze daadwekelijk zijn uitgevoerd.

Een ander punt betreft de vorm, inhoud, omvang en kwaliteit van de rapportages. In het verleden gebruikte de IGJ een vast format voor calamiteiten en geweldsmeldingen. Inmiddels biedt de IGJ meer ruimte aan instellingen om rapportages op hun eigen manier op te stellen, om daarmee een meer lerende houding van instellingen te stimuleren. De rapportages zijn daardoor op heel verschillende manieren opgesteld, wat de analyse intensief en complex maakt. De kwaliteit, helderheid, en lengte loopt sterk uiteen. Het is mogelijk dat de analyse hierdoor beïnvloed is; minder heldere, kortere rapportages hebben minder voeding geboden voor de analyse.

Het feit dat geen directe codering van de rapportages mogelijk was, omdat de rapportages alleen in te zien waren op computers van de IGJ, waarop geen codeersoftware geïnstalleerd kon worden, betekende dat in de codering informatie verloren ging omdat eerst van de 75 rapportages geanonimiseerde, thematische samenvattingen gemaakt moesten worden in een matrix. Vervolgens zijn deze gecodeerd in een codeerprogramma. Dit heeft de analyse beïnvloed, doordat steeds de samenvattingen en niet de brondata geraadpleegd werden voor de analyse.

## 5.3. Aanbevelingen

De aanbevelingen betreffen enerzijds thema's die van belang zijn om te adresseren bij de stakeholders en anderzijds betreft het aanbevelingen voor de inrichting van het risicogericht toezicht.

### 5.3.1. Aanbevelingen rond thema's

*Besteed meer aandacht voor plaatsen jeugdigen op de juiste plek*

Betere screening en het doen van verklarende analyses zou uitgangspunt moeten zijn in de plaatsing van jeugdigen. Verklarende analyses kunnen het risico verkleinen dat jeugdigen niet op de goede plek komen. Uit experimenten in Groningen met het gebruik van verklarende analyses komt naar voren dat daardoor kinderen vaker op een passende plek terechtkomen, omdat duidelijk is wat ze nodig hebben en eventueel welke extra hulp nodig is om de plek passend te maken. Direct de juiste zorgplek bespaart veel leed op individueel niveau, want door de overplaatsingen kunnen kinderen zich ontheemd voelen of het perspectief op een beter leven verdwijnt. Ook de continuïteit op leefgroepen en binnen gezinssituaties wordt zo versterkt. Veranderingen in de leefsituatie doet de onrust toenemen evenals risico's op alle vormen van geweld.

*Verbeter de warme overdracht en voorkom zo veel mogelijk overplaatsing*

Overplaatsing zal er altijd zijn. In dat geval is een goede overdracht belangrijk. Er zijn mooie voorbeelden van warme overdracht, waar medewerkers van de instelling waar de jeugdige naar toe gaat, een dag(deel) gaat werken bij de instelling waar de jeugdige op dat moment verblijft. Deze vormen van warme overdracht verdienen navolging. Daarnaast is meer aandacht nodig voor de vraag of overplaatsing werkelijk noodzakelijk is. Overplaatsing vanuit beheersing van conflicten zou een laatste middel moeten zijn in plaats van een eerste reflex. Een ander punt is dat de zorg in residentiële instellingen meer de status van tijdelijkheid heeft gekregen vanuit het uitgangspunt dat kinderen beter af zijn in pleeggezinnen en gezinshuizen (Commissie De Winter, 2019).

Er is echter een groep jongeren die juist binnen de residentiële setting beter gedijt. Overplaatsing naar een gezinscontext kan een risico vormen voor terugval of suïcide (zie ook Harder, 2018).

#### *Besteed meer aandacht aan vakbekwaamheid*

Duidelijk is dat het ontbreken van vakkennis en vakbekwaamheid binnen de jeugdhulp een punt van zorg is. Meer aandacht voor scholing is van belang, om nieuwe wetenschappelijke kennis te implementeren, zoals kennis over *evidence based* interventies en methoden van screening en risicotaxatie. Het gaat echter ook om het versterken van vakbekwaamheid, waarin de professional de ruimte heeft een pedagogische relatie aan te gaan met jeugdigen en vanuit vakkennis beslissingen kan nemen. Daar waar psychologische ruimte en veiligheid voor professionals gepaard gaan met hoge ambities is de kans groter op betere prestaties en een prettige werksfeer en zijn er minder ongelukken en minder separaties (Zie Lünemann & Six, 2012; Beweging van O, 2021). Bovendien moet er aandacht zijn voor besturen van jeugdzorginstellingen, die over inhoudelijke kennis moeten beschikken om hun organisatie niet alleen bestuurlijk, maar ook inhoudelijk kunnen aansturen.

Aandacht voor vakbekwaamheid geldt zowel voor de instellingscontext als de gezinscontext. Door meer jongeren in pleeggezinnen en gezinshuizen te plaatsen, komt een grotere groep getraumatiseerde, kinderen met complexe problematiek in deze gezinssituaties, wat meer vraagt van deze ouders aan kennis en professionaliteit.

#### *Investeer in een open professionele en pedagogische cultuur of leefklimaat*

Wat zijn voorwaarden voor een respectvol, open leefklimaat, hoe creëren we weer een professioneel klimaat waar er sprake is van open communicatie en korte lijnen en waar het normaal is voor hulpverleners om aan een collega te vragen even mee te kijken? Hierin is het ook belangrijk dat hulpverlening open staat voor klachten van jeugdigen en ouders. Aandacht voor het bespreken van thema's die in de taboesfeer liggen is eveneens onderdeel van een open cultuur.

Het gaat dan om onderwerpen zoals seksualiteit, suicidaliteit, professionele nabijheid (wanneer fysiek contact geoorloofd is), maar ook het aanspreken op professionaliteit en het omgaan met conflicten. In de naar voren gebrachte verbetermaatregelen in de rapportages is weinig aandacht de voor pedagogische aanpak, gezonde (seksuele) ontwikkeling en oplossingsgerichte, herstelrechtelijke manieren van ingrijpen (zie ook Kok, 2021).

#### *Geef de stem van het kind en zijn of haar omgeving (ouders, familie, vrienden) een plek.*

Het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) is de basis onder het jeugdhulpstelsel en artikel 3 bepaalt dat het belang van het kind in alle beslissingen altijd een eerste overweging moet vormen. Dit geldt niet alleen voor kinderen als groep maar ook op het niveau van het individuele kind. De stem van het kind meer ruimte geven kan op verschillende manieren. Het gaat niet alleen om het betrekken van jeugdigen en hun ouders in het onderzoek en verbeterplannen: geef jeugdigen en ouders een stem in welke verbetermaatregelen passend zijn, luister naar hoe zij aankijken tegen de veiligheid en de kwaliteit van zorg. Ouders en kinderen kunnen meer betrokken worden bij het beleid en de leefregels. Als het gaat om suïcidepreventie zou er meer aandacht moeten komen voor de *peers* om de jeugdige heen als belangrijke steungroep. Daarnaast zouden klachten van ouders en meldingen van ouders bij het landelijk meldpunt zorg meer gebruikt kunnen worden om zicht te krijgen op (structurele) knelpunten zoals het ontbreken van een open cultuur, ontbreken voldoende kwaliteit van het team en/of individuele hulpverleners. Inzicht in klachten en meldingen van ouders en kinderen kan handvatten bieden voor instellingen tot mogelijkheden van preventie (zie ook Kok, 2021; Beweging van O, 2021).

#### *Investeer in de aansluiting tussen strafrechtelijk onderzoek en zorg*

In de helft van de door ons onderzochte onderzoeksrapportages is er een aangifte gedaan. Op het moment dat dit gebeurt, gaat het strafrechtelijke onderzoek voor en dit kan een (grote) negatieve impact hebben op het slachtoffer en andere betrokkenen. Er moet gekeken worden naar manieren waarop

het strafrechtelijk onderzoek niet ten koste gaat van de zorg voor slachtoffer en pleger. Betrek bij mogelijke zedendelicten in de jeugdzorg een Centrum voor Seksueel Geweld, daar zit expertise in het zowel begeleiden van slachtoffers als waarborgen van bewijsmateriaal.

#### *Meer aandacht voor toezichtmechanismen in de gezinscontext*

Opgroeien in een gezinssituatie of een kleinschalige setting heeft de voorkeur boven een residentiële setting. Een zwak punt is dat 'de blik van buiten' kan ontbreken en er een gesloten cultuur kan ontstaan vanuit het beroep op de privacy van het gezin. Het is belangrijk aandacht te besteden aan verschillende vormen van toezicht. Dit kan zijn meer mogelijkheden voor pleegzorg-begeleiding om intensiever gezinnen te begeleiden als dit nodig is, of vormen van toezicht op de kwaliteit van de gezinshuizen door zorgaanbieder of franchiseorganisatie en het houden van audits. Maar ook het zorgdragen voor de aanwezigheid van formele of informele vertrouwenspersonen van buiten de gezinscontext (AKJ, JIM of anderszins) is van belang. Het versterken van het vermogen tot reflecteren en leren zou hierin uitgangspunt moeten zijn.

### 5.3.2. Aanbevelingen die het toezicht betreffen

#### *Rapportages dienen meer gericht te zijn op leren dan beheersen*

Het voormalige format stimuleerde instellingen om zich vooral te verantwoorden en beheersmaatregelen te benoemen. Instellingen lijken zich vooral beheersmatig te verantwoorden en op controlemechanismen in te zetten. Het is mogelijk dat dit voortkomt uit (de verwachting van) wat de IGJ van de instellingen vraagt. Hoewel het format voor rapportages inmiddels is losgelaten, is de verwachting van wat de IGJ 'wil lezen' misschien nog niet veranderd. Er is geen nieuw format gekomen, om meer maatwerk mogelijk te maken. Onderzoek welke rol de inspectie kan hebben in het stimuleren van een lerende houding en betrek instellingen hierbij.

De inspectie kan samen met de instelling bepalen hoe er het beste geleerd kan worden van de gebeurtenis, om vervolgens daar het onderzoek op in te richten. Wellicht is het wenselijk een instructie/format te ontwikkelen dat instellingen stimuleert om te leren van incidenten en calamiteiten in plaats van te verantwoorden en dat preventie stimuleert in plaats van beheersmatige maatregelen.

#### *Ondersteun instellingen in het verbeteren van de kwaliteit*

De inspectie kan op verschillende manieren instellingen stimuleren de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Aandacht kan worden besteed aan effectieve interventies en deze onder de aandacht brengen van instellingen: agendeer en stimuleer de implementatie van methodieken die zich bewezen hebben in de praktijk. Daarnaast kan de inspectie het gezamenlijk leren tussen instellingen die te maken hebben met vergelijkbare incidenten/problematiek faciliteren of het leren van best practices, zodat instellingen kunnen voortbouwen op elkaars ervaringen en kennis. De inspectie kan instellingen stimuleren door thema's die vaak voorkomen in calamiteiten(onderzoeken) te selecteren en daar thematisch toezicht op te doen. In het lerende proces is het belangrijk om als inspectie zicht te houden op dit proces van leren. Feedback van buiten helpt om in verandering te blijven. Monitor de implementatie van verbeterplannen, want het is onduidelijk in hoeverre deze daadwerkelijk uitgevoerd worden.

## 6 Literatuurlijst

Beweging van O (2021). *Op de groei. Een uitnodiging om samen te investeren in wat jonge mensen doet floreren*. Verkregen van: [www.bewegingvannul.nl](http://www.bewegingvannul.nl).

Grit, K., Kam, D., de, Bouwman, R., Harmsen, M., Friele, R., & Bal, R. (2018). *Kennissynthese Calamiteitentoezicht*. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management.

Harder, A. T. (2018). *Residential care and cure: Achieving enduring behavior change with youth by using a selfdetermination, common factors and motivational interviewing approach*. *Residential Treatment for Children & Youth*, 35(4), 317-335. doi:10.1080/0886571X.2018.1460006.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de Inspectie Justitie en Veiligheid, Vries, J.F., de, & Bos, J.G. (2018, december). *Leidraad Meldingen Jeugd*. Verkregen van: [www.igj.nl](http://www.igj.nl).

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019). *Kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd. Toezicht bij de jeugdbescherming en jeugdreclassering*. Verkregen van: [www.igj.nl](http://www.igj.nl).

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Diemen-Steenvoorde, R., van. (2020). *Jaarbeeld 2019. Jaarverslag*. Verkregen van: [www.igj.nl](http://www.igj.nl).

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Eckenhausen, M. (2021). *2020 in Vogelvlucht. Jaarverslag*. Verkregen van: [www.igj.nl](http://www.igj.nl).

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2021, januari). *Wat kunnen we leren van meldingen seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gehandicaptenzorg? Analyse van SGOG-meldingen in de gehandicaptenzorg in 2017, 2018 en 2019*. Verkregen van: [www.igj.nl](http://www.igj.nl).

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2021, maart). *Onvoldoende tijdige en juiste hulp voor jongeren met ernstige psychische problemen, Factsheet*. Verkregen van: [www.igj.nl](http://www.igj.nl).

Klein, M., van der, Dane, J., Steketee, M. (2019). *Eindrapport: Geweld in de kinder- en jeugdpsychiatrie, 1945-heden*. Utrecht: Verwey Jonker Instituut / Commissie De Winter.

Kok, J.H. (2021). *A Standard story. On the use and consequences of standards in healthcare regulation*. Thesis. Verkregen van: <https://www.eur.nl/en/eshpm/media/2021-06-standard-story-thesis-jhkokembargo-versieO>.

*Kwaliteitscriteria Gezinshuizen, Kwaliteit van jeugdhulp in professionele gezinsvormen*. (2019). Verkregen van [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).

Lammers-Winkelmann, F. & Tierolf, B. (2012). *Literatuurstudie, interviews en dossierstudie seksueel misbruik in pleeggezinnen en instellingen voor jeugdzorg*. Verwey-Jonker Instituut / Commissie Samson.

Lünnemann, K.D. & Steketee, M. (2019). *Bronstudie interviews over geweld in kinder- en jeugdpsychiatrie, 1945-heden*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Lünnemann, K.D. & Six, F.E. (2012). *Seksueel misbruik in de jeugdzorg. Governance vanuit het kindperspectief*. Verwey-Jonker Instituut en VU.

*Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Samenvatting*. (2012). Utrecht: De Tijdstroom.

Schippers, E.I., & Dijkhoff, K.H.D.M. (2017, 15 augustus). *Beleidsregels meldplicht geweld tussen cliënten*. Verkregen van: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-46305.html>.

# Bijlage 1 Verantwoording keuze dossiers

In deze bijlage verantwoorden we de selectie van de onderzochte dossiers tijdens de verdiepende fase van het onderzoek. We gaan in op de achtergrond dossieronderzoek (1) en het selectieproces voor 2019 en 2020 (2). Vervolgens geven we een grafische weergave van de selectiecriteria in tabellen (3) en het proces van selectie via een flow chart (4).

## 1. Achtergrond dossieronderzoek

Het dossieronderzoek heeft tot doel inzicht te krijgen in (patronen van) risico's die een rol spelen in het kunnen ontstaan van geweldsincidenten en calamiteiten, en in de verbetermaatregelen die worden voorgesteld en/of in gang worden gezet.

Het dossieronderzoek betreft de kern van het onderzoek als aanvulling op het cijfermatige overzicht van een aantal achtergrondkenmerken van de geweldsmeldingen en calamiteiten uit 2019 (zie hoofdstuk 2). Het is beperkt tot analyse van de onderzoeksrapportages opgesteld door de instelling en soms door de Inspectie. Om toegang te krijgen tot de dossiers, ondertekenden de onderzoekers een integriteitsverklaring en kregen ze tijdelijk via een laptop van de IGJ toegang tot de onderzoeksrapportages van de geselecteerde dossiers. Vervolgens is per rapportage het codeerformat ingevuld. Hierbij zijn privacygevoelige gegevens geanonimiseerd. De ingevulde formats zijn opgeslagen op een beveiligde omgeving van het Verwey-Jonker Instituut waar alleen de onderzoekers van het onderzoek toegang toe hadden.

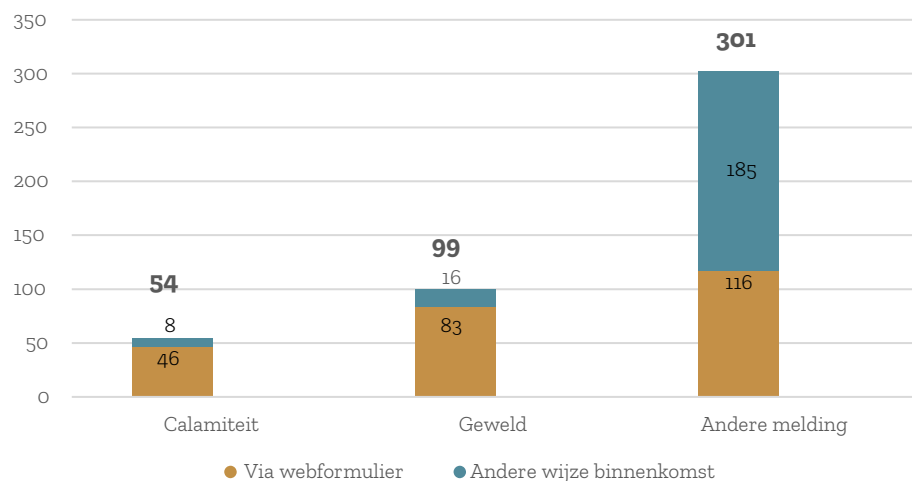
## 2. Het selectieproces

In totaal zijn 75 rapportages onderzocht: respectievelijk 38 dossiers uit 2019 en 37 dossiers uit 2020. In de selectie van de rapportages voor 2019 is erop gelet dat er voldoende spreiding is gewaarborgd naar type melding (calamiteit, geweldsmelding, overige melding), type jeugdzorgorganisatie en aard van de melding (psychisch, fysiek, seksueel geweld en suicide). Bij typen jeugdzorgorganisatie waar relatief minder meldingen zijn, zijn naar verhouding meer rapportages geselecteerd om zo toch iets over dit type jeugdzorgorganisatie te kunnen zeggen (dit betrof pleegzorg) en wat betreft aard van de melding zijn er relatief meer suïcidemelding geselecteerd. (zie Tabel B.1.1a)

Voor 2020 hebben we de selectie alleen op grond van type melding en aard van de melding kunnen doen en niet naar type instelling. Dit verschil in selectie komt voort uit een verschil in registratie. Bij de start van het onderzoek bleek dat de registratie van de calamiteiten en geweldsmeldingen uit 2020 in een nieuw systeem waren geregistreerd. Dit nieuwe registratiesysteem voldeed niet aan de eisen en verwachtingen van de IGJ, vandaar dat het oude systeem weer in gebruik is genomen vanaf 2021, en de meldingen uit 2020 hierin gevoegd moesten worden (zie ook hoofdstuk 1.4). Dit proces heeft in een verlies aan gegevens geresulteerd: de aard van de melding is op een andere manier geregistreerd in 2020, waardoor de thema's gehercodeerd moesten worden. Bovendien ontbreken gegevens over het type instelling. (zie Tabel B.1.1b)

We hebben alleen onderzoeksrapportages onderzocht. Als de melding via het webformulier wordt gedaan, is dit een melding van een instelling en is de kans groter dat er een onderzoeksrapportage is opgesteld. Zie onderstaande tabel voor de verdeling naar soort melding.

Tabel B1-1 Aantal meldingen naar soort melding en wijze binnenkomst (2019)



### Het selectieproces dossiers 2019

Aan het selectieproces in 2019 liggen de volgende overwegingen ten grondslag (zie ook Tabel B.1.2.):

- *Wijze binnenkomst*: In geval meldingen binnenkomen via e-mail, telefoon, brief en via het Landelijk Meldpunt Zorg zijn dit doorgaans meldingen of klachten van personen. Daarover kan al een melding van de instelling ontvangen zijn. Deze klachten en meldingen worden door de Inspectie bekeken en geregistreerd, en kunnen in behandeling worden genomen of als signaal worden meegenomen in het risicogestuurd toezicht.
- *Type melding*: In overleg met de klankbordgroep van de IGJ zijn voornamelijk (maar niet uitsluitend) calamiteit- en geweldsmeldingen geselecteerd, omdat hier de hoofdtaak ligt van de IGJ. In geval van 'andere meldingen' gaat het bovendien veel minder vaak om een incident waar een rapportage op volgt.

- *Type instelling*: Bij type instellingen waar relatief minder (web)meldingen zijn, zijn relatief meer dossiers geselecteerd om zo toch iets over dit type instelling te kunnen zeggen. Een aantal type instellingen (namelijk Meldpunt Veilig Thuis, Raad voor de Kinderbescherming en Schippersinternaat) zijn niet meegenomen in de selectie omdat hier vrijwel geen meldingen van zijn binnengekomen bij de IGJ in 2019.
- *Aard van melding*: '(on)natuurlijke dood', 'ongeval met lichamelijk letsel' en 'anders' zijn niet meegenomen omdat deze meldingen nauwelijks zijn gemeld in 2019.
- *Dader-slachtoffer*: Geweld door of richting ouder(s) of derden is niet meegenomen omdat dit nauwelijks wordt gemeld.
- *Rapportage*: Na het toepassen van de voorgaande exclusiecriteria blijven 138 van de 454 dossiers in 2019 over. Hieruit zijn vervolgens de 38 dossiers geselecteerd. Het geselecteerde dossier blijkt echter niet altijd een rapportage van de instelling of het IGJ te bevatten, bijvoorbeeld omdat de melding niet in behandeling is genomen. In dat geval is een vervangend en indien mogelijk vergelijkbaar dossier geselecteerd. In totaal is 41 keer een ander dossier gekozen. Het ontbreken van een onderzoeksrapportage betreft vooral het type melding 'andere meldingen' (31 andere meldingen, 6 calamiteiten, 4 geweldsmeldingen). Zie Figuur B.1.3 voor een flowchart.

Tabel B.1.1a Overzicht geselecteerde dossiers 2019

TYPE MELDING	TOT	WEB	SEL	DAADW	GESELECTEERD PER TYPE HULP	TOT	WEB	SEL	DAADW	GESELECTEERD PER GEW CAT	TOT	WEB	SEL	DAADW
Calamiteit	54	46	15	12	Jeugdhulp – open 24uurs-verblijf	194	112	17	22	SGOG	90	69	13	16
Geweldsmelding	99	83	11	23	Jeugdhulp – pleegzorg	33	26	7	6	FGOG	112	86	12	15
Andere melding	301	116	12	3	Jeugdhulp – zonder verblijf	72	29	4	2	Suicide(poging)	38	29	7	6
					Opvangvoorziening alleenstaande minder-jarige vreemdeling	37	37	2	3	Kwaliteit van hulp (incl ke-ten/netwerkhulp)	109	19	5	0
					Jeugdhulp – gesloten 24 uren-verblijf	40	15	5	4	PGOG	8	8	1	1
					GI - Jeugdbescherming	21	8	2	0	Ongeval met lichamelijk letsel	4	3	0	0
					GI - Jeugdreclassering	5	3	1	1	(on)natuurlijke dood	12	9	0	0
					Meldpunt Veilig Thuis	5	4	0	0	Anders (incl klachtprocedure)	77	22	0	0
					Raad voor de Kinderbescherming	3	3	0	0	Toegang hulp	4	0	0	0
					Schippersinternaat	1	1	0	0					
					Anders	43	7	0	0					
	454	245	38	38		454	245	38	38		454	245	38	38

### Selectie dossiers 2020

Voor 2020 was het niet mogelijk op dezelfde wijze als 2019 te selecteren. We hebben niet kunnen selecteren op meldingen die via een webformulier zijn binnengekomen, met als gevolg een trager selectieproces; veel dossiers omvatten geen rapportage (voorwaarde voor inclusie) en vervolgens is een nieuw dossier bekeken. Daarnaast is alleen geselecteerd op type melding en aard van de melding. Om op aard van de melding te kunnen selecteren heeft een hercodering plaatsgevonden. In het tijdelijk systeem zijn namelijk een of twee thema's gekoppeld aan de melding, waarbij onder thema 1 veel verschillende vormen van incidenten vallen en onder thema 2 onderwerpen die meer het werkproces betreffen (zie Tabel B.1.4). De onderwerpen onder thema 1 of 2 zijn niet altijd duidelijk herleidbaar naar de aard van de melding en/of de velden zijn niet gevuld. De onderwerpen onder de 2 thema's zijn zo goed mogelijk gehercodeerd naar dezelfde aard van de melding zoals geregistreerd in 2019, bijvoorbeeld is seksueel misbruik gehercodeerd naar seksueel grensoverschrijdend gedrag. Voor sommige thema's bleek hercoderen lastig, bijvoorbeeld valt bejegening onder kwaliteit van hulp of psychisch grensoverschrijdend gedrag. Zie Figuur B.1.5 voor een flowchart van de selectie voor 2020.

Tabel B.1.1b Overzicht geselecteerde dossiers 2020

TYPE MELDING	TOT	SEL	DAADW	GESELECTEERD PER GEW CAT	TOT	SEL	DAADW
Calamiteit	49	13	14	SGOG	77	12	14
Geweldsmelding	94	16	20	FGOG	66	11	10
Andere melding	192	8	3	Suicide(poging)	28	9	10
				Kwaliteit van hulp (incl ke-ten/netwerkhulp)	59	2	0
				PGOG	8	3	3
				Ongeval met lichamelijk letsel	1	0	0
				(on)natuurlijke dood	5	0	0
				Onbekend	91	0	0
	<b>335</b>	<b>37</b>	<b>37</b>		<b>335</b>	<b>37</b>	<b>37</b>



### 3. Tabellen met informatie over selectiecriteria

Tabel B.1.2 Selectiecriteria dossiers 2019

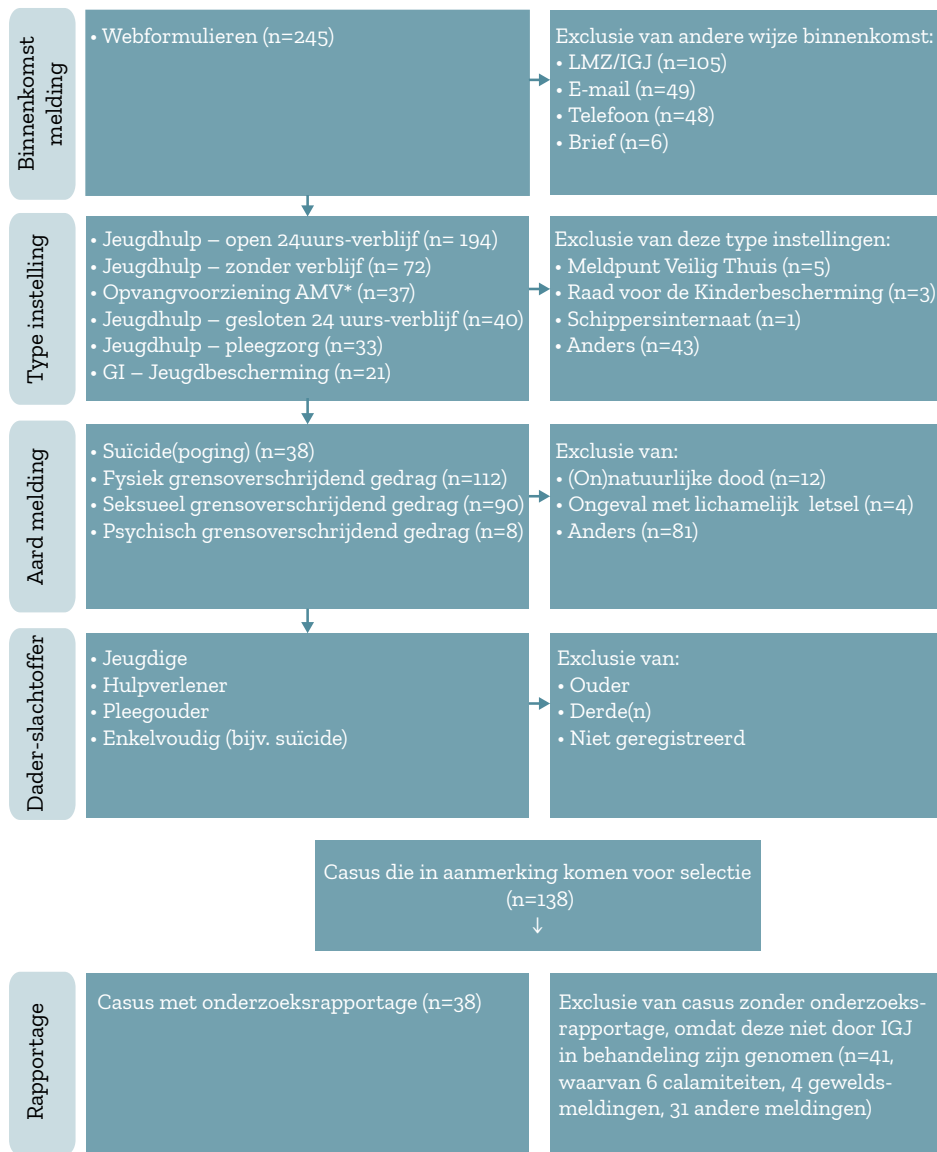
Stap	Selectie criterium	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
<b>STAP 1</b>	<b>Wijze binnenkomst</b> <i>Niet mogelijk voor 2020</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Webformulier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LMZ/IGJ</li> <li>• E-mail</li> <li>• Telefoon</li> <li>• Brief</li> </ul>
<b>STAP 2</b>	<b>Type melding</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calamiteit</li> <li>• Geweldsmelding</li> <li>• Andere melding</li> </ul>	N.v.t.
<b>STAP 3</b>	<b>Type instelling</b> <i>Niet mogelijk voor 2020</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeugdhulp – open 24uurs-verblijf</li> <li>• Jeugdhulp – zonder verblijf</li> <li>• Jeugdhulp – gesloten 24 uurs-verblijf</li> <li>• Jeugdhulp – pleegzorg</li> <li>• GI - Jeugdbescherming</li> <li>• GI - Jeugdreclassering</li> <li>• Opvangvoorziening AMV*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meldpunt Veilig Thuis</li> <li>• Raad voor de Kinderbescherming</li> <li>• Schippersinternaat</li> <li>• Anders</li> </ul>
<b>STAP 4</b>	<b>Aard van melding</b> <i>Beperkt mogelijk voor 2020 via hercodering van gekoppelde thema's</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suicide(poging)</li> <li>• Fysiek grensoverschrijdend gedrag</li> <li>• Psychisch grensoverschrijdend gedrag</li> <li>• Seksueel grensoverschrijdend gedrag</li> <li>• Kwaliteit van hulp (incl keten/netwerkhulp)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (On)natuurlijke dood</li> <li>• Ongeval met lichamelijk letsel</li> <li>• Anders</li> </ul>
<b>STAP 5</b>	<b>Dader-Slachtoffer</b> <i>Beperkt mogelijk voor 2020 via hercodering van gekoppelde thema's</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeugdige</li> <li>• Hulpverlener</li> <li>• Pleegouder</li> <li>• Enkelvoudig (bijv. suicide)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouder</li> <li>• Derde(n)</li> <li>• Niet gespecificeerd</li> </ul>
<b>STAP 6</b>	<b>Rapportage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapportage instelling of IGJ aanwezig</li> </ul>	<i>Geen onderzoeksrapportage aanwezig, bijv. omdat melding niet in behandeling is genomen.</i>

Tabel B.1.4. Verschil oude en tevens huidige registratiesysteem (2019) versus tijdelijke registratiesysteem (2020)

Item	
<b>Aard van melding (2019)</b>	Fysiek grensoverschrijdend gedrag, (on)natuurlijke dood, Keten- of netwerkhulp, Klachtprocedure, Kwaliteit van hulp, Natuurlijke dood, Ongeval met lichamelijk letsel, Onnatuurlijke dood, Psychisch grensoverschrijdend gedrag, Seksueel grensoverschrijdend gedrag, Suicide, Suicidepoging, Toegang tot hulp, Anders
<b>Thema's van de melding (2020)</b>	<p><b>Thema 1:</b> Aangifte politie, (vermeend) disfunctioneren/deskundigheid), Bedreiging</p> <p><i>Beëindiging/continuïteit zorgrelatie, Bejegening, Communicatie, Cultuur, Deskundigheid/beschikbaarheid personeel, Fraude, Fysiek grensoverschrijdend gedrag, Hygiëne, Infectiepreventie, Klachtenbehandeling, Mishandeling (of gewelddadig gedrag), Netwerkgzorg, Niet van toepassing, Oneens met behandelplan, Onnodig dwang in plaats van vrijwillige zorg, Ontbreken behandelplan, Preventie, Schiet- en steekincident, Seksueel grensoverschrijdend gedrag, Seksueel misbruik, Slik / stikincident, Staat en veiligheid gebouw, Suicide vanuit gedwongen zorg, Thermisch incident, Titelmisbruik, Traumatische ervaring cliënt, Vaccinatie, Vermissing/ontsnapping patiënt/cliënt, Vertraagde diagnose, Verwaarlozing, Wachttijden / toegankelijkheid, (leeg), Overig</i></p> <p><b>Thema 2:</b> (tentamen) suicide, Bestuur / organisatie, Diagnose en behandeling, Gedrag patiënt / cliënt, Gedrag Professional, Onbekende oorzaak of natuurlijk letsel/overlijden, Ongeval, Onvrijwillige/verplichte zorg en opname, Preventie en Publieke Gezondheid, Samenwerking, Sociale omgeving cliënt, Overig</p>

#### 4. Het selectieproces weergegeven in een flow-chart

Figuur B.1.3 Flow chart selectieproces dossiers voor verdiepend onderzoek 2019



Figuur B.1.5 Flow chart selectieproces dossiers voor verdiepend onderzoek 2020



## Bijlage 2 Format codering

Elk rapportage is geanalyseerd op een aantal thema's, waarbij er door de onderzoekers een korte geanonimiseerde samenvatting op een aantal thema's is gemaakt: type melding, aard van het geweld, locatie van het incident, betrokken instelling(en), dader-slachtofferrelatie, directe en indirecte oorzaken van het incident, type interventies en aanbevelingen op micro-, meso- en macroniveau (inclusief bij welke partij dit belegd is). Daarnaast gaf de onderzoeker in een aparte kolom opvallendheden met betrekking tot de casus en leerpunten voor de IGJ aan. De eerste vijf rapportages zijn door meerdere onderzoekers gecoördeneerd en vervolgens binnen het onderzoeksteam besproken. Naar aanleiding van deze besprekingen zijn de volgende onderdelen toegevoegd aan het format: indirecte oorzaken van het incident en aanbevelingen op micro-, meso- en macroniveau. Bij het coderen van de eerste rapportages bleek namelijk dat er soms ook indirecte oorzaken waren of dat er soms geen concrete SMART-geformuleerde interventies gekoppeld waren aan een aanbeveling. Op basis daarvan is het definitieve format vastgesteld.

**Tabel B.2.1** *Format samenvatting per dossier*

Thema	Codes	Tekstuele samenvatting
<b>Korte samenvatting (5 zinnen)</b>	<i>Alleen tekstuele toelichting</i>	Beschrijf de casus en het incident: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeugdige (m/v, geboortjaar)</li> <li>• Woonsituatie</li> <li>• Incident in max. 3 zinnen</li> </ul>
Type melding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calamiteit</li> <li>• Geweldsmelding</li> <li>• Andere melding</li> </ul>	Geef aanvullingen op het geregistreerde type melding. Bijv.: het type incident hoort eigenlijk bij een ander type melding.
<b>Onderzoeksmethode + tijdsplan</b>	<i>Alleen tekstuele toelichting</i>	Onderzoek door: Methode: Tijdsplan onderzoek
<b>Soort geweld/ calamiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suicide</li> <li>• Suicidepoging</li> <li>• Seksueel grensoverschrijdend gedrag</li> <li>• Fysiek grensoverschrijdend gedrag</li> <li>• Psychisch grensoverschrijdend gedrag</li> </ul>	Beschrijf het (gewelds)incident en eventueel letsel. Licht toe waar het afwijkt van het geregistreerde type geweld (bijv.: er zijn meer soorten geweld)
<b>Locatie en hulpinstelling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeugdhulp – open 24 uren verblijf</li> <li>• Jeugdhulp – gesloten 24 uren verblijf</li> <li>• Jeugdhulp – zonder verblijf</li> <li>• Jeugdhulp – pleegzorg</li> <li>• Opvangvoorziening AMV</li> <li>• GI – Jeugdbescherming</li> <li>• GI - Reclassering</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waar vond het incident plaats?</li> <li>2. Welk type instelling was betrokken? Als er meer dan één instelling betrokken was bij het incident, beschrijf hier de rollen.</li> </ol>
<b>Dader-slachtoffer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeugdige</li> <li>• Hulpverlener</li> <li>• Pleegouder</li> <li>• Overig</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Daderschets (ong. 3 regels)</li> <li>2. Slachtoffer-schets (ong. 3 regels)</li> <li>3. Beschrijf de relatie tussen DD en SO</li> </ol>

Thema	Codes	Tekstuele samenvatting
<b>Directe oorzaken incident</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aard problematiek (bijv. verslaving)</li> <li>• Leefruimte (bijv. ruimte te klein)</li> <li>• Grootte en samenstelling leefgroep</li> <li>• Opvoed- en straffklimaat</li> <li>• Arbeidsomstandigheden</li> <li>• Aanwezigheid vertrouwenspersoon</li> <li>• Deskundigheid</li> <li>• Netwerksamenwerking (afstemming, opschalen)</li> <li>• Regievoering</li> <li>• Systeemproblematiek (overgang jeugdwet, naar wlz/wmo, wachtlijsten, financiën, inkoop)</li> <li>• Discrepantie beleid-regels-praktijk</li> <li>• Overig</li> </ul>	Welke oorzaken worden er aangegeven in de rapportage die direct aanleiding/trigger waren voor incident? (waar was het incident een reactie op/direct gevolg van)
<b>Indirecte oorzaken incident</b>	Alleen tekstuele toelichting	Welke achterliggende oorzaken worden er aangegeven? (denk aan leefklimaat, organisatiecultuur, hvl geschiedenis, problematiek)
<b>Oorzaken (interpretatie)</b>	Alleen tekstuele toelichting	Welke overige oorzaken zie jij zelf, die niet zo benoemd worden in de rapportage.
<b>Type interventie/aanbeveling (micro)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aangifte politie</li> <li>• Ontslag</li> <li>• Plaatsing andere locatie</li> <li>• Aanpassen zorgplan</li> <li>• Scheiden SO-DD</li> <li>• Contact onder toezicht</li> <li>• Voorlichting SO</li> <li>• Voorlichting DD</li> <li>• Corrigerend gesprek</li> <li>• Vrijheidsbeperking DD</li> <li>• Schorsing DD</li> <li>• Overig</li> <li>• Geen</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welke interventies zijn er op het niveau van de betrokken jeugdige of betrokken hulpverlener ingevoerd of aanbevolen?</li> <li>2. Bij wie belegd?</li> </ol>

Thema	Codes	Tekstuele samenvatting
<b>Type interventie/aanbeveling (meso)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocol</li> <li>• Kennisbevordering</li> <li>• "Deskundigheidsbevordering</li> <li>• Vaardigheden/thema"</li> <li>• Verbeterplan</li> <li>• Samenwerkingsafspraken (intern)</li> <li>• "Veiligheidsmaatregelen</li> <li>• Vb. camera, pieper, deurverklikker"</li> <li>• Registratiesysteem</li> <li>• Handelen in crisissituaties</li> <li>• Methodieimplementatie</li> <li>• Voorlichting/training cliënten</li> <li>• Overig</li> <li>• Geen</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welke interventies zijn er op instellingsniveau ingevoerd of aanbevolen?</li> <li>2. Bij wie belegd?</li> </ol>
<b>Type interventie/aanbeveling (macro)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenwerkingsafspraken (extern)</li> <li>• "Interventies m.b.t. IGJ</li> <li>• Bijv. snelheid, werkwijze IGJ of perspectieven includeren inspectieonderzoek"</li> <li>• Landelijk beleid</li> <li>• Regionaal beleid</li> <li>• Lokaal/gemeentelijk beleid</li> <li>• Overig</li> <li>• Geen</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welke interventies zijn er op organisatie-overstijgend niveau ingevoerd of aanbevolen?</li> <li>2. Bij wie belegd?</li> </ol>
<b>Wat was opvallend in deze casus?</b>	Alleen tekstuele toelichting	Beschrijf hier in je eigen woorden hoe deze casus opvalt, wat je verraste/verbaasde. Bijvoorbeeld: zijn er bepaalde aanbevelingen niet gedaan, die jij wel zou doen?
<b>Leerpunten voor IGJ?</b>	Alleen tekstuele toelichting	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat komt vanuit de dossiers naar voren?</li> <li>2. Wat zou jij zelf de IGJ meegeven over deze casus? Hoe kunnen zij in hun rol als inspecteurs bijdragen aan het voorkomen van of beter omgaan met dit 'type' melding?</li> </ol>
<b>Aanpassingen codeerformat</b>	Alleen tekstuele toelichting	Geef hier aan als je aanpassingen wil doen in het codeerformat. Pas het format niet aan, maar bespreek dit met het team.

# Bijlage 3 Deelnemers reflectiebijeenkomst

Naam	Functie en organisatie
Hèlen Heskes	Coördinerend Specialistisch Inspecteur bij de IGJ (Domein Jeugd, coördinator programma Passende Hulp).
Maureen Olsman-Olierook	Coördinerend Specialistisch Inspecteur bij de IGJ (GGZ) en tijdelijk waarnemend voorzitter Commissie Meldingen Jeugd
Suzanne Rutz	Coördinerend Specialistisch Inspecteur bij de IGJ (Domein Jeugd, Coördinator programma Werkend Toezicht)
Booy 't Hart	Senior beleidsadviseur bij de Raad voor de Kinderbescherming
Kor Grit	Assistant professor faculteit Erasmus School Health Policy & Management van de Erasmus Universiteit
Monique Veldhuis	Adviseur beleid jeugdreclassering bij Jeugdzorg Nederland
Peter Dijkshoorn	Landelijk ambassadeur Lerend jeugdstelsel bij de VNG en kinder- en jeugdpsychiater
Trudy Mooren	Bijzonder hoogleraar bij de afdeling Klinische Psychologie van de Universiteit Utrecht en klinisch psycholoog.

## COLOFON

Opdrachtgever	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd
Auteurs	Mr. dr. K.D. Lünemann M. Kwakernaak, MSc M. Compagner, MSc T. Voorwinden, MSc
Foto omslag	Adobe Stock, motortion, 245216434
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E <a href="mailto:secr@verwey-jonker.nl">secr@verwey-jonker.nl</a> I <a href="http://www.verwey-jonker.nl">www.verwey-jonker.nl</a>

De publicatie kan gedownload worden via onze website:  
<http://www.verwey-jonker.nl>

ISBN 978-94-6409-111-3

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, september 2021.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.