

Aanbieders van gesloten jeugdzorg

Een overzicht van de stand van zaken

Aanbieders van gesloten jeugdzorg

Een overzicht van de stand van zaken

Verslag van de kenniskring gesloten jeugdzorg
december 2006-mei 2007

Leonieke Boendermaker
Wieneke Bruinsma

Nederlands Jeugdinstituut/NJi
Utrecht, juli 2007

© 2007 Nederlands Jeugdinstituut / NJi

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteurs

Leonieke Boendermaker

Wieneke Bruinsma

Nederlands Jeugdinstituut / NJi

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 63 44

Fax (030) 230 63 12

Website www.nederlandsjeugdinstituut.nl

Infolijn (030) 230 65 64, e-mail infojeugd@nji.nl

Inhoud

1	Inleiding	7
1.1	Een kenniskring	7
1.2	Onderzoek en ontwikkeling	8
1.3	Thema 's van de kenniskring	9
1.4	Dit verslag	9
2	De aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg	11
2.1	Aanbieders gesloten/besloten jeugdzorg	11
2.2	Typering van het aanbod	15
3	Wat is geslotenheid?	17
3.1	Wat staat er in de gewijzigde Wet op de Jeugdzorg?	17
3.2	Vrijheidsbeneming	18
3.3	Welke maatregelen past men toe?	19
3.4	Wat is er nodig voor verantwoorde zorg?	20
4	De doelgroep van de gesloten/besloten jeugdzorg	25
4.1	De doelgroep	25
4.2	Ontwikkelingen forensische jeugdpsychiatrie/ orthopsychiatrie	26
4.3	Populatie orthopsychiatrie	28
4.4	Toeleiding	29
4.5	Wat is er nodig voor verantwoorde zorg?	30
5	Het zorgaanbod binnen de gesloten/besloten jeugdzorg	31
5.1	Overeenkomsten en verschillen	31
5.2	Wat is er nodig voor verantwoorde zorg?	32
6	Wettelijk kader	34
6.1	Toelichting wetsvoorstel	34
6.2	Vragen en probleempunten	35
6.3	Wat is er nodig voor verantwoorde zorg?	37
7	Competenties van personeel	38
7.1	Waarom zijn de competenties van belang?	38
7.2	Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg	39
7.3	Competenties	39
7.4	De opleidingen	40
7.5	Wat is er nodig voor verantwoorde zorg?	41
8	Samenvatting en randvoorwaarden	42
8.1	Doel van de kenniskring	42
8.2	Randvoorwaarden voor verantwoorde zorg in geslotenheid	43
8.3	Hoofdpunten	45
8.4	Tot slot	46

1 Inleiding

In december 2007 is de 'kenniskring gesloten jeugdzorg' van start gegaan. De start van de kenniskring vond plaats op verzoek van het Ministerie van VWS. Aanleiding voor de kenniskring is de (komende) wijziging van de Wet op de Jeugdzorg, waardoor het Ministerie van VWS verantwoordelijk wordt voor de gesloten of 'besloten' jeugdzorg aan onder toezicht gestelde jeugdigen met ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen.

Jeugdzorg is, volgens de Wet op de jeugdzorg, bedoeld voor jeugdigen tot 18 jaar (met een uitloopmogelijkheid tot 23 jaar) met ernstige opvoed- en opgroei-problemen, die niet te helpen zijn via algemene voorzieningen zoals het onderwijs, de jeugdgezondheidszorg of het maatschappelijk werk.

De jeugdzorg krijgt o.a. te maken met jeugdigen met zeer ernstige problemen, waarbij een deel van deze jeugdigen zich aan de benodigde zorg onttrekt. In dergelijke gevallen werden jongeren vaak in het kader van een ondertoezichtstelling (ots) ter behandeling opgenomen in een justitiële jeugdinrichting. De reguliere (niet-justitiële) jeugdzorg had onvoldoende mogelijkheden om deze groep te helpen. Het feit dat in zo'n geval jongeren met een jeugdbeschermingsmaatregel (ots) en jongeren die een straf of strafrechtelijke maatregel opgelegd hebben gekregen in één inrichting verblijven wordt naar de huidige maatschappelijke opvattingen als ongewenst beschouwd. Hierdoor is de behoefte ontstaan aan de mogelijkheid tot gedwongen opnemings, gesloten verblijf en de toepassing van maatregelen binnen de niet-justitiële jeugdzorg, dus binnen het kader van de Wet op de jeugdzorg.

In de periode van 2005 tot en met 2010 zal stapsgewijs nieuw jeugdzorgaanbod beschikbaar komen voor onder toezicht gestelde jeugdigen die op dit moment nog in de justitiële jeugdinrichtingen geplaatst worden.

In 2006 en 2007 is er op zes plaatsen nieuw zorgaanbod tot stand gekomen voor deze onder toezicht gestelde groep. In totaal zullen er medio 2007 rond de 140 plaatsen beschikbaar zijn in nieuw gesloten of 'besloten' jeugdzorgaanbod. In de komende jaren wordt dat aantal plaatsen uitgebreid met nog eens ruim honderd plaatsen. Daarnaast zijn er zeven (onderdelen van) justitiële jeugdinrichtingen aangewezen die de komende jaren overgedragen zullen worden van Justitie naar VWS.

Er ontstaat daarmee een nieuwe werksoort binnen de jeugdzorg. Dit veld bestaat uit zorgaanbieders die al veel ervaring hebben met het werken met onder toezicht gestelde jongeren met ernstige problemen in een gesloten of 'besloten' omgeving (de voormalige justitiële jeugdinrichtingen) en zorgaanbieders voor wie deze doelgroep en/of het werken met geslotenheid nieuw is. De kenniskring is gestart om de zorgaanbieders in dit nieuwe werkveld in de gelegenheid te stellen om ervaringen en kennis uit te wisselen en te leren van elkaar.

1.1 Een kenniskring

Anders dan in een platform waar kennisoverdracht of belangenbehartiging voorop staat, is een kenniskring gericht op het delen, expliciteren en ontwikkelen van (nieuwe) kennis door de leden. Door uitwisseling over werkwijzen en ervaringen wordt impliciete kennis expliciet gemaakt. De geëxpliciteerde kennis wordt vastgelegd in een bepaald product, zodat ook anderen de kennis tot zich kunnen nemen.

De kenniskring gesloten jeugdzorg is gericht op het uitwisselen van kennis en ervaring rond de nieuwe vormen van gesloten jeugdzorg die op diverse plaatsen in ons land zijn gestart of binnenkort van start zullen gaan.

Waar bestaat het nieuwe jeugdzorgaanbod uit? Om hoeveel plaatsen gaat het? Welke thema's zijn van belang als het om gesloten of besloten jeugdzorg gaat? Waar loopt men in de praktijk tegen aan? Welke vragen leven er, welke knelpunten of dilemma's zijn er? Door de onderlinge uitwisseling van informatie ontstaat er een overzicht van de stand van zaken in het nieuwe veld van de 'gesloten'/'besloten' jeugdzorg. Ook wordt er een eerste stap gezet in het expliciteren van hetgeen nodig is om goede zorg te bieden aan jeugdigen met ernstige gedragsproblemen die in de 'reguliere' jeugdzorg onvoldoende geholpen kunnen worden (randvoorwaarden voor het realiseren van gesloten/besloten jeugdzorg). Deze informatie biedt aanknopingspunten voor VWS om met zorgaanbieders in gesprek te gaan over de aanpak van de belangrijkste dilemma's van het 'gesloten werken' binnen de jeugdzorg.

In de eerste bijeenkomsten van de kenniskring werd duidelijk dat er bij de zorgaanbieders veel vragen leven over de inrichting van dit nieuwe jeugdzorgveld. De voorgestelde wetswijziging is nog niet door de Tweede Kamer goedgekeurd, zodat het wettelijk kader nog bestaat uit voorlopige afspraken en regelingen. Ook zijn er allerlei praktische en organisatorische vragen rond bijvoorbeeld de overdracht van Justitie inrichtingen naar VWS en de 'toeleiding' van jeugdigen naar de nieuwe inrichtingen. In dit eerste overzicht van het veld van de gesloten/besloten jeugdzorg wordt daarom vooral een overzicht gegeven van alle vragen die spelen en de dilemma's waarvoor men zich gesteld ziet.

1.2 Onderzoek en ontwikkeling

Het nieuwe veld van aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg is een veld in ontwikkeling. Nieuwe instellingen openen hun deuren, anderen verkeren nog in een voorbereidende fase en zeven (onderdelen van) justitiële jeugdinstellingen moeten in de komende jaren gaan werken binnen andere (nieuwe) wettelijke kaders. Daardoor zijn er verschillende trajecten die zich naast elkaar afspelen.

Zo zijn er diverse onderwerpen die nog nadere uitwerking behoeven en waarover nog afspraken op bestuurlijk niveau gemaakt moeten worden. Daarnaast is er in 2006 een onderzoeks- en een ontwikkelopdracht verstrekt door Zorgonderzoek Nederland (ZonMw). Het gaat hier om:

- een meerjarig onderzoek met als opdracht een proces en effectevaluatie uit te voeren naar vijf van de zes nieuw gestarte initiatieven in 2006.
- een ontwikkelopdracht om met vijf van de zes nieuw gestarte initiatieven de methodiek te beschrijven en verder te ontwikkelen.

Deze vijf nieuwe zorgaanbieders zijn daardoor op allerlei fronten betrokken bij overleg, uitwisseling en ontwikkeling. De kenniskring is naast deze trajecten een relatief kortlopende activiteit. In de periode december 2006 – juni 2007 hebben er vier bijeenkomsten van de kenniskring plaatsgevonden. Daaraan is deelgenomen door alle (potentiële) aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg. Een overzicht van de deelnemers is opgenomen in bijlage 1.

1.3 Thema's van de kenniskring

In de eerste bijeenkomst is geïnventariseerd welke thema's volgens de deelnemers aan de kenniskring van belang zijn als het gaat om gesloten jeugdzorg. Daarbij werd direct duidelijk dat de diverse zorgaanbieders uiteenlopende termen gebruiken om hun zorgaanbod aan te duiden. Gebruikt wordt de term gesloten jeugdzorg, maar ook 'besloten' of gedwongen jeugdzorg. De geïnventariseerde thema's betreffen de volgende: (een lijst van alle genoemde thema's is opgenomen in bijlage 2)

1. Geslotenheid: wat is dat?
2. De doelgroep
3. Het zorgaanbod
4. Het personeel
5. Het wettelijk kader
6. Het gezin
7. Selectie
8. Onderzoek naar (diagnostiek) en volgen van jongeren
9. Onderwijs, scholing, werk en arbeidstoeleiding
10. Nazorg / ketensamenwerking
11. De regio / regionaal werken
12. Veiligheid
13. Platformfunctie (er is een platform nodig voor het nieuwe veld)

Na prioritering is door de deelnemers besloten om vijf thema's in de bijeenkomsten van de kenniskring verder uit te werken en is aangegeven wát er aan de orde zou moeten komen. Het gaat om:

- Geslotenheid: wat is dat?
- De doelgroep: voor wie is het nieuwe zorgaanbod bedoeld?
- Het zorgaanbod: wat voor aanbod is er nodig?
- De benodigde competenties van personeel
- Het wettelijk kader

1.4 Dit verslag

In dit rapport doen we verslag van de inhoudelijke behandeling van de vijf uitgekozen thema's en onderwerpen. In hoofdstuk 2 wordt eerst een overzicht gegeven van de aanbieders van de nieuwe vorm van jeugdzorg. Daarna komt in hoofdstuk 3 het thema 'geslotenheid' aan de orde. In de daarop volgende hoofdstukken doen we telkens kort verslag van de inhoud van de bijeenkomst en zetten de genoemde vragen en dilemma's en genoemde randvoorwaarden rond het behandelde thema op een rij. De sheets van bijdragen van externe sprekers zijn opgenomen in de bijlagen. Daar waar die niet beschikbaar zijn, vatten we de gegeven voordracht kort samen. Achtereenvolgens komen op die manier alle behandelde thema's aan de orde. Het gaat nadrukkelijk *niet* om een uitputtende beschrijving van elk van de onderwerpen. Over elk onderwerp valt er nog veel uit te zoeken, te ontwikkelen of te verduidelijken. Dit verslag biedt een eerste verkenning van de thema's die van belang zijn voor de verdere ontwikkeling van de gesloten jeugdzorg. We sluiten het verslag af met een overzicht van alle vragen, dilemma's en geformuleerde randvoorwaarden en enkele aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van de nieuwe jeugdzorg sector.

2 De aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg

In dit hoofdstuk komen de resultaten aan bod van een eerste globale inventarisatie van de kenmerken van aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg. In de eerste bijeenkomst van de kenniskring hebben deelnemers aan de kenniskring informatie over hun zorgaanbod genoteerd en onderling uitgewisseld. Op basis daarvan geven we hieronder eerst een overzicht van de algemene kenmerken van deze voorzieningen. Daarna komt een korte typering van het zorgaanbod aan de orde.

2.1 Aanbieders gesloten/besloten jeugdzorg

In de periode 2005 tot en met 2010 zal stapsgewijs nieuw jeugdzorgaanbod beschikbaar komen voor onder toezicht gestelde jeugdigen met ernstige gedragsproblemen. In totaal zijn er vijftien zorgaanbieders van 'gedwongen' jeugdzorg reeds in bedrijf of nog in voorbereiding. Het gaat om acht nieuwe initiatieven, waarvan er twee nog moeten starten. Daarnaast zijn er zeven instellingen, die nu nog justitiële jeugdinrichting zijn, maar in de komende jaren overgedragen worden van het Ministerie van Justitie naar het Ministerie van VWS. In tabel 1 is een overzicht opgenomen van deze initiatieven met enkele algemene kenmerken. Het gaat hierbij om een eerste inventarisatie.

Toelichting tabel 1

In het eerste deel van tabel 1 staan enkele algemene kenmerken van de nieuw gestarte zorgaanbieders. In het tweede deel van de tabel staan de kenmerken van de initiatieven die momenteel in voorbereiding zijn. Jeugdformaat/Jutters Combinatie (JJC) en Transferium Jeugdzorg zullen (deels) eind 2007 respectievelijk in 2008 operationeel zijn.¹ In het derde deel van de tabel zijn de kenmerken opgenomen van de justitiële jeugdinrichtingen die in de komende tijd zullen worden overgedragen van Justitie naar VWS. Deze inrichtingen hebben een jarenlange ervaring in het werken met de doelgroep van de gesloten jeugdzorg: zij nemen sinds jaar en dag onder toezicht gestelde jongeren met ernstige gedragsproblemen op.

Samenwerking nieuwe initiatieven

Kenmerkend voor de meeste nieuwe zorgaanbieders is de intersectorale samenwerking die de basis is voor de nieuwe instellingen. Om de doelgroep goed te kunnen bedienen, zijn de nieuwe initiatieven ontwikkeld door samenwerkende instellingen uit de jeugdzorg, het onderwijs, de jeugd-ggz, de verslavingszorg en/of de sector voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen.

Leefgroepen

Het aantal leefgroepen per instelling loopt erg uiteen. Zo zijn er bij Horizon twee leefgroepen operationeel, terwijl er bij de Koppeling acht leefgroepen zijn. In de jji's is het aantal leefgroepen vaak nog groter, bij Den Engh zijn er bijvoorbeeld zestien leefgroepen. Ook het aantal jongeren per leefgroep loopt uiteen. Bij de besloten groep van Horizon zijn de groepen het kleinst en bestaan uit vijf kinderen. Bij 'de Juiste hulp' (Hoenderloo Groep) wordt er

¹ Jeugdformaat/Jutters Combinatie (JJC) vormt een onderdeel van een groter project: Jeugdzorg Extra. JJC opent eind 2007 al de deuren, daarnaast zijn er voorbereidingen gaande om rond 2010 op een andere locatie in Zuid-Holland zorgaanbod gereed te hebben.

Tabel 1 Algemene informatie over de nieuwe initiatieven

	Samenwerking nieuwe initiatieven	Aantal leefgroepen	Omvang leefgroepen	Typering gebouw
<i>Nieuwe initiatieven</i>				
Doen wat werkt Operationeel sinds 01-01-2006 (ambulant) en 01-10-2006 (residentieel)	Base-groep, Accare, Jeugdzorg Drenthe, het Poortje, Poortjesschool, Tjallingahiem	1 gesloten time-out, 2 besloten behandeling (nu 1 BB, per juni 2007 2 BB). Naast de leefgroepen ook ambulante plaatsen: 15 MST, 23 FFT	8 jongens en meisjes samen in een groep	Time-out: Alle voorzieningen in een gesloten gebouw (hek) (inclusief school). BB: een besloten/ open gebouw (geen hek) in combinatie met voorzieningen school in omgeving of bij jongere in omgeving. MST en FFT: thuis bij de jongere
Hand in Hand Operationeel sinds 01-12-2005	Horizon, Jongerenhuis Harreveld, RMPI, de Jutters, zorgaanbieders, Bureau Jeugdzorg	1 gesloten groep op Harreveld en 1 open groep op Horizon Rijnhove (op korte termijn 3 groepen)	10 jongens op Harreveld en 8 jongens (op korte termijn 24) op Horizon	Voorzieningen in een klein losstaand gesloten gebouw. Onderwijs op het terrein in de open school
Horizon besloten groep Operationeel sinds 01-05-2005	Horizon, RMPI, de Jutters, zorgaanbieders, Bureau Jeugdzorg	2 leefgroepen in een besloten gebouw.	5 jongens en meisjes van 9 t/m 12 jaar samen op een groep	Alle voorzieningen in een besloten gebouw
De Juiste hulp Operationeel sinds 01-12-2005	De Hoenderloo Groep	Capaciteit op termijn: 20 leefgroepen, 9 zijn operationeel	Variërend, minimaal 8 jongens.	Open terrein met paviljoens. Onderwijs op het terrein. Vrije tijd gebruikmakend van faciliteiten op terrein
De Koppeling Operationeel sinds juni 2007	Spirit, de Bascule, Altra, Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (BJAA), Amstelduin (LVG)	8, waarvan 2 GGz en 6 Jeugdhulpverlening leefgroepen.	8 jongens of meisjes; er is een gemengde groep van jongens en meisjes	Alle voorzieningen in een gesloten gebouw
Paljas Plus Operationeel sinds 01-10-2005	Tender, Bijzonder Jeugdwerk Brabant, Den Hey Acker, de Viersprong, Saltho, Novadic & Kentron (verslavingszorg), Bureau jeugdzorg Noord-Brabant, GGz Eindhoven, de Catamaran, het Driespan en REC Chiron (onderwijsinstellingen REC 4)	5 besloten leefgroepen	2 groepen van 10 jongens, een groep van 10 meisjes en twee gemengde groepen voor 5 jongens en meisjes	Alle voorzieningen in een gesloten gebouw, een open terrein met paviljoens (onderwijs eerst intern, later op het terrein; vrije tijd gebruikmakend van faciliteiten open groepen)
<i>Initiatieven in voorbereiding</i>				
Jeugdzorg Extra (JX) met als onderdeel: Jeugdformaat/ Jutters Combinatie (JJC)	In Jeugdzorg Extra werken samen: Jeugdformaat, de Jutters, de Bruggen (LVG), JJI Teylingereind, speciaal onderwijs, Bureau Jeugdzorg Haaglanden. Eén onderdeel van JX: JJC gaat eind 2007 open.	Op termijn: 6 leefgroepen met in totaal 50 plaatsen: 1 crisisunit (BOPZ- aanmerking), 1 behandelunit psychiatrie (BOPZ- aanmerking), 1 unit t.b.v. meiden, 3 behandelunits	8-9 jongens en meisjes (met uitzondering van de unit voor meiden), met een verticale leeftijdsopbouw	Gesloten gebouw, uiteenlopende mate van geslotenheid en structuur

Vervolg tabel 1

Transferium Jeugdzorg	Parlan, RIJ de Doggershoek, OCK-het Spalier, Amstelduin (LVG), 's Heerenloo, Triversum	Maximaal 8 (mate van geslotenheid wordt individueel bepaald)	8 jongens en meisjes samen in een groep	Alle voorzieningen in een gesloten gebouw, het gebouw kan per individu schakelen van gesloten naar open
<i>Justitiële jeugdinstellingen die 'overgaan' naar VWS</i>				
Alexandra (Jongeren huis Harreveld)		8	6 behandelgroepen ad 10 plaatsen voor meisjes, 2 groepen ad 6 plaatsen voor meisjes (FOBA)	Alle voorzieningen in een gesloten gebouw
Den Engh		16	12 jongens	Bij een deel van de leefgroepen zijn alle voorzieningen in een gesloten gebouw, bij de overige leefgroepen zijn alle voorzieningen in een niet-beveiligd gebouw. Daarnaast vier schepen
Het Keerpunt		13, waarvan 5 gesloten opvang, 3 gesloten behandeling en 5 open behandeling (vanaf 01-01-2008 5 leefgroepen gesloten jeugdzorg)	Variërend van 8-12 jongens	Bij een deel van de leefgroepen zijn alle voorzieningen in een gesloten gebouw, bij andere leefgroepen zijn de voorzieningen in een niet-beveiligd gebouw en er is een open terrein met paviljoens en alle voorzieningen
De Lindenhorst		3 gesloten leefgroepen (waarvan 1 lvg) en 3 open leefgroepen (waarvan 1 lvg)	9 meisjes	Open en gesloten groepen op een open terrein, waar ook andere voorzieningen zich bevinden.
O.G. Heldring		13, waarvan 1 gesloten (normaal beveiligd, hek) en 12 besloten (beperkt beveiligd)	1 groep voor 11 meisjes (gesloten), 1 groep voor 12 jongens, 2 groepen voor 12 meisjes, 1 groep voor 10 meisjes en de rest van de groepen is gemengd (10 of 12 jongeren)	Bij een leefgroep bevinden alle voorzieningen zich binnen het gesloten gebouw. De overige leefgroepen en voorzieningen bevinden zich op een open terrein met paviljoens
Het Poortje		7 geheel gesloten en 3 open/ besloten NB. afhankelijk van de vraag kan een deel van de gesloten groepen ook min of meer beveiligd worden.	12 jongens of 12 meisjes, niet gemengd (huidige justitie norm; onbekend wat groeps grootte wordt, wens is 8)	Een gesloten gebouw verdeeld in twee delen. Hoog hekwerk om gebouw heen. Sluis met hekken om op terrein te komen. Een open/ besloten gebouw zonder hek. Gesloten deuren, maar door jongeren afhankelijk van fase met pasje te bedienen
Rentray		10 besloten/ open groepen	Variërend van 6-12 jongeren. Er zijn groepen voor jongens en voor meisjes	Een open terrein met paviljoens

gewerkt op een nieuw verworven en afgelegen terrein, waar op termijn 20 leefgroepen zullen functioneren. Op dit moment is er één leefgroep operationeel. Over het algemeen bestaan de leefgroepen uit acht tot tien jongeren. In de justitiële jeugdinstellingen gaat het meestal om twaalf jongeren per leefgroep. Ook daar zijn echter in verschillende instellingen kleinere leefgroepen. Bij diverse nieuwe aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg kunnen jongens en meisjes in één leefgroep geplaatst worden. Binnen de justitiële jeugdinstellingen is dit alleen het geval in een deel van de leefgroepen in OGH.

Uit een typering van de leefgroepen wordt duidelijk dat vrijwel alle nieuwe initiatieven werken vanuit een trajectgedachte: de mogelijkheid bestaat om jeugdigen gesloten te plaatsen, maar er wordt toegewerkt naar behandeling in een open groep. Om deze reden zijn er vaak zowel gesloten als open leefgroepen aanwezig. Bij Doen Wat Werkt, Paljas Plus en de besloten groep van Horizon spreekt men van *besloten* leefgroepen. Er is sprake van een minder grote mate van geslotenheid (bijvoorbeeld laag hek, deuren die jeugdigen zelf kunnen openen). Bij Doen Wat Werkt is er een 'time-out', een afdeling waar gedurende korte tijd geplaatst kan worden en crisisinterventie plaats vindt. Ook bij Jeugdzorg Extra zal er straks een crisisunit aanwezig zijn.

Binnen de justitiële jeugdinstellingen wordt onderscheid gemaakt tussen normaal beveiligde instellingen of afdelingen daarbinnen en beperkt beveiligde instellingen of afdelingen. Normaal beveiligde instellingen bevinden zich in een behoorlijk streng beveiligd gebouw: er is een hoog hek, er zijn bewakingscamera's en in het gebouw kunnen veel deuren alleen via een centrale beveiligingspost geopend worden. Ook de deuren van de kamers (cellen) gaan op slot. In de beperkt beveiligde instellingen is dat anders. Deze instellingen bestaan doorgaans uit diverse gebouwen die verspreid liggen op een open terrein. Enkele van de gebouwen zijn *besloten*: de voordeur kan op slot en de deuren van de slaapkamers kunnen op slot. Bij de andere gebouwen is dat niet het geval, daar is geen fysieke beveiliging. Wanneer de verantwoordelijkheid voor de ondertoezichtgestelde jongeren met ernstige gedragsproblemen wordt overgedragen van Justitie naar VWS vervalt het onderscheid tussen normaal beveiligd en beperkt beveiligd. VWS spreekt van gesloten (gedwongen) en besloten jeugdzorg, hetgeen ongeveer op hetzelfde neer komt. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de vraag wat geslotenheid precies is.

Bij Doen Wat Werkt wordt, naast de residentiële leefgroepen, ook voornamelijk ambulante gewerkt. Hierin verschilt de aanpak van de andere initiatieven. Jongeren komen binnen in een zogenaamde 'time-out' afdeling. In 60 procent van de gevallen kan een jongere binnen zes weken terug naar de eigen leefomgeving. Daar gaat een gezinstherapeut intensief aan de slag met het hele gezin. Deze jongeren volgen een ambulante traject, waarbij Family Functioning Therapy of Multi System Therapy wordt ingezet. De jongeren die niet binnen zes weken naar huis kunnen, worden geplaatst in een besloten behandelgroep.

Typering gebouw

De gebouwen verschillen, de meeste instellingen hebben een gesloten gebouw. Het gebouw biedt dan vaak de mogelijkheid om meer of minder structuur en geslotenheid in te zetten. Dit past bij de trajectgedachte van waaruit veel instellingen werken, ofwel van gesloten naar besloten naar open. De mate van structuur en geslotenheid kan per jongere verschillen, waarmee hulp op maat gegarandeerd is. Bij Doen Wat Werkt bevindt de time-out groep zich in het gesloten gebouw van Het Poortje (één van de overkomende justitiële jeugdinstellingen). De besloten behandelgroepen bevinden zich in een besloten/ open gebouw zonder hek. Ook bij De Juiste hulp, de Lindenhorst en Rentry is sprake van voorzieningen op een open terrein.

2.2 Typering van het aanbod

In tabel 2 is een korte typering van het zorgaanbod opgenomen, zoals de deelnemers aan de kenniskring dit in de eerste bijeenkomst hebben ingevuld.

Zowel bij de nieuwe initiatieven als bij de justitiële jeugdinstellingen bestaat het aanbod uit diverse trainingen en therapieën, bijvoorbeeld sociale vaardigheidstraining (SOVA), Agression Replacement Training (ART) en dramatherapie of psychomotorische therapie (PMT). Ook genoemd worden cognitieve gedragstherapie (CGT) en het gebruik van het sociaal competentie model (SCM) in de leefgroepen.

Bij een deel van de zorgaanbieders worden vormen van (intensieve) ambulante gezinsbegeleiding ingezet, zoals Functional Family Therapy (FFT), Multi System Therapy (MST), gezinsbegeleiding of een oudertraining (training in opvoedingsvaardigheden). Ook wordt samengewerkt met andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld in de verslavingszorg, de jeugdzorg of de forensische kinder- en jeugdpsychiatrie / orthopsychiatrie (JFP).

Voor wat betreft het onderwijs wordt er samengewerkt met scholen voor speciaal (basis of voortgezet) onderwijs. Het gaat om scholen voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen (ZMOK) of om scholen voor jeugdigen met psychiatrische of gedragsstoornissen (REC 4). Vaak zijn de scholen intern aanwezig op het terrein van de instelling, maar het komt ook voor dat jeugdigen buiten het terrein naar school gaan.

Tabel 2 Typering aanbod van de nieuwe initiatieven

	Interventies (naast leefgroepen)	Onderwijs
Nieuwe initiatieven		
Doen wat werkt	Individuele ART en behandelingen via indicatie (Accare). FFT, MST, screening en diagnostiek. Verslavingsconsulent, meisjeszorg en arbeid	ZMOK/ VSO school: Poortjesschool, voorzieningen/ scholen in de regio
Hand in hand	Behandeling gericht op toekomstperspectief (toewerken naar open jeugdzorg), gezinsbegeleiding, individuele therapie (op indicatie)	Cluster 4 onderwijs, VMBO TL en kader beroeps 'Op maat' (in ontwikkeling)
Horizon besloten groep	Behandeling/ individuele therapie, SOVA, PMT	Aanwezig in leefgroep en overig onderwijs op terrein
De Juiste hulp	Verschillende therapie- en trainingsvormen, o.a. SOVA, ART, Dramatherapie en PMT	VSO – ZMOK Praktijkscholing en diploma gerichte scholing
De Koppeling	FFT, ART (diverse trainingen), vaktherapie (drama/ muziek, PMT/ sport, beelden/ creatief), screening, diagnostiek, psychiatrische behandeling, CGT, verslavingszorg	Altra: VMBO - theorie en praktijk, REC 4, HAVO/ VWO, ROC, werk/ stage
Paljas Plus	Allerlei therapieën/ trainingen, gezinsbegeleiding	Eerst intern ± 6 weken, daarna instromen onderwijs op terrein, eventueel extern stage/ werk

Vervolg tabel 2

Initiatieven in voorbereiding		
Jeugdzorg Extra (JX)	SCM, diverse trainingsgroepen, FFT, MDFT, diverse verbale en non-verbale therapieën (individueel en in groep)	Dependance (in pandig), J.C. Pleijsierschool (VSO/ ZMOK). Concept: een kind, een plan, behandeling en onderwijs zoveel als mogelijk geïntegreerd aangeboden, sterk praktijkgericht
Transferium jeugdzorg	FFT, SCM, diverse individuele therapieën, vaktherapieën, trainingen (ART, SOVA, etc.)	REC 4.5 De Spinaker
Justitiële jeugdinrichtingen die 'overgaan' naar VWS		
Alexandra (Jongerenhuis Harreveld)	Individuele therapie, geprotocolleerde programma's, voorlichtingsprogramma's, resocialisatieactiviteiten. Op FOBA vooral observatie en diagnostiek	Interne school (VSO-ZMOK)
Den Engh		Experiment integratie REC-onderwijs met SGS
Het Keerpunt	SCM (RBG methodiek), ART, SOVA, Non-verbale therapie, muziek, PMT, JFP Sedna, FFT, cognitieve gedragstherapie	Geïntegreerd onderwijs/ dagonderwijs, theoretisch en praktijkonderwijs, ZMOK, VSO, REC 4
De Lindenhorst	Behandeling, therapie	ZMOK
O.G. Heldring	Workwise, verbale en non-verbale therapieën, psychiatrische behandeling, diverse trainingen (SOVA, ART, EMDR, budget, etc.), gezinsmaatschappelijk werk	VSO/ ZMOK op eigen terrein
Het Poortje	Naast pedagogisch basisleefklimaat maatwerk behandeling via indicatiestelling bij derden (Bijv. Accare). In organisatie aanwezig: EMDR, ART, ervaringsleren, meisjeszorg en arbeid, training hygiëne en seksualiteit, verslavingsconsulent	Poortjeschool intern en via inkoop tijdens open/ besloten verblijf reguliere scholen of reboundachtige instellingen
Rentray	REE, FFT, Brains 4 use, ART, SOVA, delictanalyse, Workwise, cognitieve gedragstherapie	VSO-ZMOK, inkoop ROC

3 Wat is geslotenheid?

Onlangs (mei 2007) is het voorstel tot wijziging van de Wet op de Jeugdzorg ingediend bij de Tweede Kamer. In de gewijzigde wet wordt vastgelegd wat de 'gesloten jeugdzorg' inhoudt: de (controle)maatregelen die toegepast kunnen worden staan benoemd, evenals de mogelijkheden die een jongere en zijn/haar ouders hebben om tegen de toegepaste vrijheidsbenemende maatregelen in beroep te gaan. Zolang de wetswijziging nog niet door de Tweede Kamer is goedgekeurd, vallen de 'nieuwe initiatieven' onder een voorlopige regeling, waarin voor elk van de initiatieven afspraken gemaakt zijn tussen het Ministerie van VWS en de zorgaanbieders over de maatregelen die toegepast mogen worden.

De 'overkomende' justitiële jeugdinstellingen werken binnen het kader van de Beginselenwet Justitiële Jeugdinstellingen (BJJ). In de BJJ zijn de maatregelen die toegepast mogen worden gedetailleerd vastgelegd, evenals de rechtspositie van jeugdigen (recht op onderwijs, recht op verblijf in een leefgroep in plaats van 'op cel' en bijvoorbeeld het recht op persoonlijke en medische verzorging).

3.1 Wat staat er in de gewijzigde Wet op de Jeugdzorg?

De kern wordt gevormd door artikel 29b waarin wordt bepaald dat de kinderrechter op verzoek een machtiging kan verlenen om een jeugdige in een accommodatie te doen opnemen en te doen verblijven, ongeacht of hij daarmee instemt. Deze machtiging kan slechts worden verleend indien naar het oordeel van de kinderrechter de jeugdige ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen heeft die zijn ontwikkeling naar volwassenheid ernstig belemmeren en die maken dat de opnemings- en het verblijf noodzakelijk zijn om te voorkomen dat de jeugdige zich aan de zorg die hij nodig heeft zal onttrekken of daaraan door anderen wordt onttrokken.

Daarnaast is artikel 29o van belang waarin wordt bepaald dat het hulpverleningsplan ten aanzien van een met een machtiging opgenomen jeugdige maatregelen kan bevatten op grond waarvan hij tegen zijn wil of die van degene die het gezag over hem uitoefent, binnen de accommodatie in zijn vrijheden kan worden beperkt. In het hulpverleningsplan dient opgenomen te worden welke maatregelen men kan toepassen en in welke gevallen. De maatregelen kunnen inhouden:

- Het verbod zich op te houden op in het hulpverleningsplan aangegeven plaatsen en zonodig de tijdstippen waarop dat verbod geldt;
- Tijdelijke plaatsing in afzondering;
- Tijdelijke overplaatsing binnen de accommodatie of naar een andere accommodatie die is aangewezen voor gesloten jeugdzorg;
- Het vastpakken en vasthouden.

Deze maatregelen kunnen worden toegepast voor zover dit nodig is om te voorkomen dat de jeugdige zich onttrekt aan de noodzakelijke jeugdzorg of voor zover dit nodig is voor de veiligheid van de jeugdige of anderen. De maatregelen kunnen ook worden toegepast indien dit nodig is voor handhaving van de huisregels.

Bovendien kunnen in het hulpverleningsplan hulpverleningsprogramma's worden opgenomen waaraan de jeugdige moet meewerken. Ook het moeten accepteren van geneeskundige behandelingsmethoden, waaronder het toedienen van medicijnen, hoort hierbij (artikel 29p).

Daarnaast kan in het hulpverleningsplan worden opgenomen dat een jeugdige beperkt wordt in brief- en telefoonverkeer (of andere communicatiemiddelen) of bezoek (artikel 29q).

Tot slot kunnen in het hulpverleningsplan controlemaatregelen worden opgenomen, namelijk:

- Onderzoek aan lichaam en kleding;

- Onderzoek van urine op aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen;
- Onderzoek van de kamer van de jeugdige op de aanwezigheid van voorwerpen die hij niet in zijn bezit mag hebben;
- Onderzoek van poststukken afkomstig van of bestemd voor de jeugdige op de aanwezigheid van voorwerpen, doch slechts in aanwezigheid van de jeugdige.

Voor alle maatregelen geldt dat zij slechts in het behandelplan opgenomen kunnen worden indien dit noodzakelijk is om het doel te bereiken dat men met de opname en het verblijf voor ogen heeft. De toe te passen maatregelen zijn gelijk aan de maatregelen die – binnen het kader van de BJJ – toegepast mogen worden in een justitiële jeugdinrichting.

3.2 Vrijheidsbeneming

In een presentatie tijdens de tweede bijeenkomst van de kenniskring wees Liefwaard² op het internationaal mensenrechtelijk perspectief dat zowel bij de justitiële jeugdinrichtingen als in de nieuwe zorgaanbod van belang is. In internationale verdragen is vastgelegd dat iedereen recht heeft op vrijheid van zijn persoon³. Dit recht is niet absoluut, er zijn omstandigheden waarin die vrijheid ingeperkt mag worden. Vrijheidsbeneming, door opname in een gesloten inrichting, is dus mogelijk, maar mag niet onwillekeurig of onrechtmatig worden toegepast⁴, en alleen als *uiterste middel* en voor de *kortst passende duur*⁵ en in het geval van minderjarigen met opvoeding als doel⁶. Indien vrijheidsbeneming plaats vindt, heeft de overheid - blijkens de internationale verdragen - een positieve verplichting om in een rechtspositie te voorzien die erkent dat elke jongere mens is en menselijk moet worden behandeld met respect voor zijn waardigheid en waarin rekening gehouden wordt met de algemene en specifieke behoeften van de jongere. Ook dient voorzien te worden in zorg, behandeling en rechtswaarborgen. Voor de invulling van de rechtspositie zijn de UN Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty (Havana Rules) uit 1990 van belang, evenals de European Prison Rules for Minors die in ontwikkeling zijn. Ook dient er sprake te zijn van goed hulpverlenerschap en verantwoorde zorg. In de Beginselenwet Justitiële Jeugdinrichtingen wordt een gedetailleerde uitwerking gegeven van de rechtspositie van de opgenomen jeugdigen (zoals bijvoorbeeld het recht op onderwijs, verblijf in de leefgroep in plaats van ‘op cel’, recht op verlof, recht op bezoek, op minimaal een uur in de buitenlucht per dag) en de zorg die de inrichting/ directeur dient te geven.

Als een jongere wordt opgenomen in een voorziening die gesloten/besloten jeugdzorg biedt, is er dan sprake van vrijheidsbeneming? Volgens de Havana Rules is vrijheidsbeneming ‘any form of detention or imprisonment or the placement of a person in a public or private custodial setting, from which this person is not permitted to leave at will, by order of any judicial, administrative or other public authority’⁷. Of er sprake is van vrijheidsbeneming is afhankelijk van de aard, duur en wijze van tenuitvoerlegging (het regime); het doel van de maatregel; de intensiteit (is er bijvoorbeeld sprake van vrijheden en in welke mate); de mogelijkheid van contact met de buitenwereld en de mogelijkheid tot inspraak⁸. Op basis hiervan dient geconcludeerd te worden dat een plaatsing in het nieuwe zorgaanbod vrijheidsbeneming kan opleveren. Dit betekent een dergelijke opname alleen als uiterste middel mag plaatsvinden en dat de positieve verplichting om in een rechtspositie te voorzien aanwezig is.

² Deze tekst is gebaseerd op de presentatie van mr. Ton Liefwaard, zie de sheets in bijlage 3.

³ Artikel 5, lid 1 EVRM.

⁴ Artikel 37, sub b IVRK.

⁵ Artikel 37, sub b IVRK.

⁶ Artikel 5, lid 1, sub d EVRM.

⁷ Havana Rules, rule 11 (b).

⁸ art 5 EVRM.

In vergelijking met de BJJ biedt de gewijzigde Wet op de Jeugdzorg minder rechtswaarborgen. Voor het opleggen van beperkende maatregelen en het toepassen van controlemaatregelen wordt uitgegaan van het beginsel van *verantwoorde zorg* (zoals vastgelegd in artikel 25 van de Wet op de Jeugdzorg). Dit kwaliteitscriterium is uitgewerkt in het opstellen van een individueel hulpverleningsplan, waarin de opvoedings- en behandeldoelen worden vermeld. In dit plan wordt ook opgenomen welke maatregelen men ten aanzien van een jongere nodig denkt te hebben, evenals de omstandigheden waarin zij toegepast mogen worden. Dit plan wordt minimaal vier maal per jaar geëvalueerd en de ouders worden minstens twee maal per jaar op de hoogte gesteld. Als een jeugdige of diens wettelijke vertegenwoordiger het niet eens is met de toegepaste maatregelen, dan kan er een klacht ingediend worden bij de regionale klachtencommissie, die in het kader van de Wet op de Jeugdzorg is ingesteld in elke regio. In de BJJ is voorzien in een commissie van Toezicht voor elke inrichting die onder meer klachten behandelt, hetgeen voor ouders en jongeren een veel duidelijker toegang biedt.

Anders dan in de BJJ laat de gewijzigde wet de instellingen die gesloten/besloten jeugdzorg aanbieden vrij om de huisregels en bevoegdheidsregeling (wie mag besluiten tot het toepassen van de maatregelen) per instelling vast te leggen. Liefwaard⁹ stelt dat juist vanwege de positieve verplichting die de overheid heeft om het recht op een menselijke behandeling (waarin rekening gehouden wordt met de individuele behoeften van een jeugdige) te waarborgen, van de overheid verwacht mag worden dat zij minimumnormen stelt (zoals in de BJJ) met het doel willekeur te voorkomen.

3.3 Welke maatregelen past men toe?

Welke maatregelen past men nu toe? In de tweede bijeenkomst van de kenniskring hebben de deelnemers genoteerd welk van de beperkende of controle maatregelen zij toepassen (vooruitlopend op de wetswijziging of op basis van de BJJ) of denken toe te gaan passen. Een overzicht hiervan is opgenomen in tabel 3 aan het einde van het hoofdstuk.

Daarna zijn de overeenkomsten en verschillen tussen instellingen uitgewisseld en benoemd. Duidelijk wordt dat alle instellingen het merendeel van de maatregelen nodig denkt te hebben.

In verschillende instellingen bestaan zowel gesloten als besloten (beperkt beveiligde) leefgroepen. De beperkende maatregelen worden vaak alleen ingezet in de gesloten leefgroepen. In sommige instellingen worden bepaalde voorwaarden opgesteld waaraan eerst moet zijn voldaan, voordat de maatregelen gebruikt kunnen worden. En in een deel van de instellingen bepaalt het gedrag of de fase van de jongere in hoeverre de beperkende maatregelen gebruikt kunnen worden. Alle instellingen vinden het noodzakelijk dat er een duidelijke fasering is van gesloten naar open. Instellingen moeten het hele traject kunnen aanbieden. De beperkende maatregelen worden dus niet standaard toegepast, hoewel onderzoek aan lichaam en kleding wel in veel gevallen wordt toegepast (na bezoek bijvoorbeeld).

Een lastig punt is dat de beperkende maatregelen vooraf opgenomen moeten worden in het behandelplan. Vaak is er vooraf nog niet precies te overzien wat er precies nodig is. Meestal wordt pas op een later moment duidelijk welke beperkende maatregelen bij een jongere nodig zijn. Het gevaar is dat standaard alle beperkende en controlerende maatregelen opgenomen worden, om zo alles te kunnen doen.

De instellingen zeggen behoefte te hebben aan het kunnen toepassen van de beperkende maatregelen om de jongeren te kunnen hanteren, maar ook om negatieve invloeden van buitenaf buiten te kunnen sluiten. Een deel van de instellingen wil ook dwangmedicatie

⁹ Zie ook: Ton Liefwaard (2006). *Editorial*, Tijdschrift voor familie en jeugdrecht, nummer 10.

kunnen toepassen (dit is op basis van de gewijzigde Wet op de Jeugdzorg mogelijk). Andere instellingen benadrukken dat dit veel te ver gaat en dat het toedienen van medicatie onder dwang alleen binnen een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie (door een psychiater) gedaan mag worden. Daarop stellen anderen dat de jeugdpsychiatrische instellingen deze groep van gedragsproblematische jongeren juist niet opneemt. Daarom moet het toepassen van dwangmedicatie binnen het nieuwe zorgaanbod juist wel mogelijk zijn. In de wet Bijzondere Opnemings Psychiatrie (BOPZ) worden duidelijke criteria gesteld rond de situaties waarin het toepassen van dwangmedicatie mogelijk is en de wijze waarop dit wordt gedaan. Een deel van de deelnemers aan de kenniskring roept op om die criteria dan ook toe te passen binnen het nieuwe zorgaanbod, om zo de rechten van jeugdigen voldoende te kunnen beschermen.

Tot slot werden er nog enkele andere vragen gesteld:

- Moeten de instellingen voor gesloten/besloten jeugdzorg iedereen opnemen? Zijn de instellingen gezamenlijk voorbereid op de allermoeilijkste groep? Wat te doen met jongeren die zelfs hier uitvallen? Moet er nog een achtervang voorziening komen? Enkele instellingen waren van mening dat zij er inderdaad zijn voor iedereen en niemand kunnen afwijzen. Anderen zouden willen kunnen selecteren. Hoe gaat dat er straks uitzien? Moet elke regio straks over al het aanbod beschikken of komen er toch nog enkele landelijke specialismen?
- Er is, vooral ten aanzien van de justitiële jeugdinrichtingen nog veel onduidelijk. Hoe zal de overheveling gaan verlopen? Hoe komen jongeren straks nog in de inrichting terecht? Blijven er speciale busjes rijden (nu is er de dienstvervoer van de DJI), blijft er een landelijke toewijzing van jeugdigen (zoals nu de dienst individuele jeugdzaken bij de DJI)? Er is behoefte aan duidelijkheid op veel van dergelijke praktische punten.
- Het feit dat de wetwijziging nog niet definitief is, stelt de nieuwe zorgaanbieders voor veel praktische problemen in afspraken met ouders, kinderrechters e.d. Het is van belang dat er snel duidelijkheid komt op dit punt.
- Er is meer duidelijkheid nodig over de samenhang en de verschillen tussen de BOPZ en de (gewijzigde) Wet op de Jeugdzorg. Kunnen jongeren door elkaar geplaatst worden?

3.4 Wat is er nodig voor verantwoorde zorg?

Ter afsluiting van dit hoofdstuk zetten we de punten op een rij die genoemd zijn als voorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg in geslotenheid. Ook noemen we de vragen, knelpunten en dilemma's die rond dit thema naar voren kwamen.

Voorwaarden voor verantwoorde zorg in geslotenheid:

1. Erkennen van de positieve verplichting om het recht op een menselijke behandeling (waarin rekening gehouden wordt met de individuele behoeften van een jeugdige) te waarborgen en in het verlengde daarvan het vastleggen van rechten van de jeugdigen (zoals het recht op onderwijs en het recht om een bepaald aantal uren per dag buiten de eigen kamer door te brengen).
2. Eisen stellen aan het expliciteren van de beperkende en controlerende maatregelen per instelling.
3. Stellen van minimumeisen aan uitwerking van huisregels en een bevoegheidsregeling (wie mag besluiten tot inzet beperkende maatregelen).
4. Het uitwerken van eisen op het punt van de uitwerking van een fasering (van gesloten naar besloten naar open).
5. Het uitwerken van eisen rond het toedienen van dwangmedicatie (valt ook onder de bevoegheidsregeling).
6. Meer duidelijkheid bieden rond de vraag wat er in het kader van het behandelplan wel en niet gerechtvaardigd is.

Vragen en dilemma's:

- Hoe kan voorkomen worden dat standaard alle beperkende maatregelen in de hulpverleningsplannen opgenomen worden om zo over alle mogelijkheden te beschikken?
- Hoe komen jongeren in de instellingen? Blijft er een centrale toewijzing en een centrale vervoersdienst bestaan?
- Kunnen jongeren die binnen het kader van de BOPZ of de gewijzigde Wet op de Jeugdzorg door elkaar geplaatst worden en mogen dan dezelfde beperkende maatregelen toegepast worden?
- Hoe gaat de overheveling van de justitiec capaciteit geregeld worden?
- Moeten de instellingen alle jongeren opnemen of kan er geselecteerd worden en komen er enkele landelijke specialisten?

Tabel 3 Overzicht beperkende maatregelen

Geslotenheid door:	Doen wat werkt	Hand in hand	Horizon besloten groep	De juiste hulp (Hoenderloo-groep)	De Koppeling	Paljas Plus
Hek om gebouw	wel (time-out) en niet (besloten)	ja	ja	nee	ja	ja
Voordeur op slot	wel (time-out) en soms (afhankelijk van fase besloten)	ja	ja	nee	ja	ja
Deur leefgroep op slot	wel (time-out) en niet (afh. fase besloten)	nee	nee	nee	ja	ja
Kamerdeur door jongeren zelf te openen van binnenuit	niet (time-out) en soms (afh. fase besloten)	nee	ja	ja	ja	ja
Kamerdeur op slot	wel (time-out) en soms (afh. fase besloten)	wel en niet (afhankelijk van fase jongere)	nee	nee	ja	nee
Gebruik veiligheidsglas	ja	ja	ja	nee	ja	nee
Cameratoezicht in gebouw	ja	ja, alleen slaapgang	nee	ja	in deel van het gebouw	ja
Signalering bij openen deuren slaapkamers	ja	ja	ja	nee	ja	nee
Beetpakken	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Afzonderen in aparte ruimte	ja	ja, indien noodzakelijk	ja	nee	ja	ja
Onderzoek kleding	wel (time-out) en soms (besloten)	ja	nee	nee	nee	ja
Onderzoek kamer	ja	ja	nee	nee	soms	ja
Onderzoek lichaam	soms (time-out) en soms (besloten)	ja, indien noodzakelijk	nee	nee	nee	nee
Controle briefwisseling	wel (time-out) en soms (besloten)	nee	nee	nee	nee	ja
Controle telefoon	wel (time-out) en soms (besloten)	nee	nee	nee	in deel van de leefgroepen	ja
Bewegingsvrijheid buiten gebouw	niet (time-out) en wel (besloten)	ja	afhankelijk van fase	ja	afhankelijk van de leefgroep	ja
Gezinsleden toegang tot leefgroep	ja	ja	ja, op afspraak	ja	ja	ja
Vrienden toegang tot leefgroep	niet (time-out) en wel (besloten)	ja, in overleg en afhankelijk van de fase	ja, op afspraak en in overleg	ja	ja	soms
Urinecontrole	ja	ja, indien nodig	nee	ja	afhankelijk van situatie	ja
Slaapdiensten groepsleiding	niet (time-out) en wel (besloten)	nee	ja	ja	ja	ja
Anders, namelijk:		inzet nachtwakers				inzet bewakingsdienst
Reactie weglopen	melding bij voorval./op aangeven voogd op telex, voogd haalt op binnen 24 uur (time-out). binnen 24 uur zelf ophalen, daarna op telex/ door voogd laten ophalen (besloten)	melden bij voogd/ ouders/ verzorgers		vlgs. protocol	melding via de telex, informeren gezinsvoogd en ouders/verzorgers.	correctieplaatsing, fixering van fasesysteem, evt. andere straf.
Duur van geslotenheid	2 tot 6 weken in time out 2 tot 6 maanden BB	maximaal 3 maanden	6 maanden	er is geen sprake van geslotenheid		9-12 maanden

Geslotenheid door:	Jeugdzorg Extra	Transferium	Alexandra	Den Engh	JJI Het Keerpunt	De Lindenhorst
Hek om gebouw	gedeeltelijk	wel en niet (gedrag jongere is bepalend)	Ja	wel en niet	wel (gesloten) en niet (beperkt beveiligd)	ja
Voordeur op slot	ja	wel en niet (gedrag jongere is bepalend)	ja	ja	ja	ja
Deur leefgroep op slot	ja	wel en niet (gedrag jongere is bepalend)	ja	ja	ja	nee
Kamerdeur door jongeren zelf te openen van binnenuit	ja	wel en niet (gedrag jongere is bepalend)	nee	nee	ja	nee
Kamerdeur op slot	nee	wel en niet (gedrag jongere is bepalend)	ja	ja	wel en niet	ja
Gebruik veiligheidsglas	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Cameratoezicht in gebouw	nee	ja	ja	ja	ja	nee
Signalering bij openen deuren slaapkamers	nee	ja	ja	ja	ja	ja
Beetpakken	ja, onder voorwaarden (juridisch kader)	ja	ja	ja	ja	Ja, in uiterste geval
Afzonderen in aparte ruimte	ja, onder voorwaarden	ja	ja	ja	wel en niet	ja
Onderzoek kleding	ja, onder voorwaarden	ja	ja	ja	ja	ja
Onderzoek kamer	ja, onder voorwaarden	ja	ja	ja	ja	ja
Onderzoek lichaam	ja, onder voorwaarden	ja	ja	ja	wel en niet	ja
Controle briefwisseling	nee	nee	op indicatie	ja	ja	ja
Controle telefoon	nee	wel en niet (gedrag jongere is bepalend)	op indicatie	ja	ja	Ja, in uiterste geval
Bewegingsvrijheid buiten gebouw	ja, onder voorwaarden	wel en niet (gedrag jongere is bepalend)	niet, tenzij verlofregeling	ja, alleen onder begeleiding	wel en niet	Ja, alleen bij open
Gezinsleden toegang tot leefgroep	ja	nee	alleen bij eerste bezoek krijgen ouders rondleiding inclusief groep en kamer jeugdige	nee	wel en niet	Ja, alleen bij open
Vrienden toegang tot leefgroep	ja, onder voorwaarden	nee	nee	nee	wel en niet	nee
Urinecontrole	ja, onder voorwaarden	ja	op indicatie; op verslavingsafdeling standaard	ja	ja	ja
Slaapdiensten groepsleiding	nee	nee	ja	nee	wel en niet	nee
Anders, namelijk:						
Reactie weglopen	juridische kaders, behandelplan	multidisciplinair overleg over aanpassing behandelplan.	telex plaatsing		procedure ongeoorloofde afwezigheid	alleen onttrekkingen (??)
Duur van geslotenheid	alleen instroom en orthopsychiatrische units (bopz-maatregelen)	zo lang als nodig	zo lang als nodig en foba in principe maximaal 3 maanden		zo kort mogelijk	zo kort mogelijk

Geslotenheid door:	O.G.Heldring	JJI het Poortje	Rentray
Hek om gebouw	ja, alleen gesloten groep	wel (gesloten) en niet (besloten)	wel en niet
Voordeur op slot	ja	wel (gesloten) en soms (besloten)	ja
Deur leefgroep op slot	ja	wel (gesloten) en niet (besloten)	ja
Kamerdeur door jongeren zelf te openen van binnenuit	ja	wel (besloten) en niet (gesloten)	ja
Kamerdeur op slot	ja	ja	wel en niet
Gebruik veiligheidsglas	ja	ja	ja
Cameratoezicht in gebouw	ja	ja	ja
Signalering bij openen deuren slaapkamers	ja	ja	wel en niet
Beetpakken	ja	ja	ja
Afzonderen in aparte ruimte	ja	ja	wel en niet
Onderzoek kleding	ja niet standaard	wel (gesloten) en soms (besloten)	ja
Onderzoek kamer	ja niet standaard	ja	ja
Onderzoek lichaam		wel (gesloten) en soms (besloten)	ja
Controle briefwisseling	ja niet standaard	wel (gesloten) en soms (besloten)	ja
Controle telefoon	nee	wel (gesloten) en soms (besloten)	ja
Bewegingsvrijheid buiten gebouw	ja alleen bij besloten	wel (besloten) en niet (gesloten)	wel en niet
Gezinsleden toegang tot leefgroep	ja	wel (besloten) en niet (gesloten)	ja alleen bij besloten
Vrienden toegang tot leefgroep	ja	wel (besloten) en niet (gesloten)	ja alleen bij besloten
Urinecontrole	ja	ja	ja
Slaapdiensten groepsleiding	nee	wel (besloten) en niet (gesloten)	ja
Anders, namelijk:	inname mobiele telefoon		
Reactie weglopen	na overleg bij telex plaatsing	melding bijz. voorval/ op telex met toestemming voogd, of voogd haalt op. (gesloten). binnen 24 uur zelf ophalen, daarna op telex/ door voogd laten ophalen (besloten).	telex inclusief aanpak
Duur van geslotenheid	3-5 maanden	zo lang als nodig.	zo kort mogelijk

4 De doelgroep van de gesloten/besloten jeugdzorg

In de eerste bijeenkomst van de kenniskring werd de vraag gesteld voor welke doelgroep het nieuwe zorgaanbod nu precies bedoeld is. Is het bijvoorbeeld ook bedoeld voor jongeren met angststoornissen? Wat is de afgrenzing met de orthopsychiatrische voorzieningen en de forensische jeugdpsychiatrie?

4.1 De doelgroep

Er is een behoorlijke hoeveelheid onderzoek beschikbaar waarin de kenmerken en problemen beschreven worden van onder toezicht gestelde jongeren die nu in de justitiële jeugdinrichtingen verblijven¹⁰. Om wat voor jongeren gaat het? Waar krijgen de aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg mee te maken?

Uit het beschikbare onderzoek wordt duidelijk dat – gemiddeld genomen – bij de ondertoezicht gestelde jongeren opgenomen in de justitiële jeugdinrichtingen een oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD) op de voorgrond staat en dat er daarnaast bij een groot deel van de groep sprake is van een conduct disorder (CD) en/of ADHD (ongeveer één op de vijf).

Deze jongeren zijn – ook weer gemiddeld genomen – vaak afkomstig uit probleemgezinnen waarmee zich al diverse hulpverleners hebben bemoeid. Uit een onderzoek onder ots-ers in de opvanginrichtingen bleek dat er bij één op de vijf sprake is van een licht verstandelijke handicap¹¹.

In de diverse onderzoeken worden verschillende percentages delictplegers gerapporteerd. Afhankelijk van de gebruikte bron komen percentages tussen de 45% en 77% voor. Tussen de 25% en 33% heeft een geweldsdelict gepleegd (tegen 72% van de strafrechtelijk geplaatsten). De meisjes plegen gemiddeld genomen (als groep) minder en minder ernstige delicten dan de jongens en vanaf 16 jaar zijn de aard en frequentie van de delicten die jongens plegen niet erg verschillend van die van strafrechtelijk geplaatste jongens.

We weten op basis van het beschikbare onderzoek ook dat er bij 35% - 50% sprake is van overmatig of riskant middelen gebruik. In één onderzoek onder meisjes is gebruik gemaakt van een diagnostisch interview aan de hand waarvan een DSM classificatie toegekend kan worden (Disc). Hier wordt 52% drugsmisbruik en 30% drugsafhankelijkheid gerapporteerd en 19% alcoholmisbruik en 9% alcoholafhankelijkheid (Hamerlynck e.a., 2006)¹².

Over weglopen melden de verschillende onderzoeken telkens min of meer hetzelfde: ongeveer de helft van de groep is wel eens weggelopen.

Tot slot worden er internaliserende problemen in kaart gebracht: depressieve klachten worden gerapporteerd (afhankelijk van de gebruikte bron variëren de percentages tussen de 23% en 32%) en tussen de 15% en 25% beschadigd zichzelf. Uit het onderzoek van Hamerlynck blijkt dat er bij een kwart sprake is van een matige tot ernstige depressie en bij één op de vijf van matige tot ernstige post-traumatische stressstoornis die ontstaan is na het meemaken van (veel) ingrijpende gebeurtenissen.

De zorgaanbieders krijgen dus te maken met jongens en meisjes van uiteenlopende leeftijden en met verschillende etnische achtergronden, van wie een deel licht verstandelijk gehandicapt is. Zij zijn veelal afkomstig uit problematische gezinnen, waarbij - over het

¹⁰ Zie: Boendermaker & Uit Beyerse (nog te verschijnen).

¹¹ Boendermaker, L., Eijgenraam, K. & E. Geurts. (2004). *Crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen*. Utrecht: NIZW.

¹² Zie: Hamerlynck, S.M.J.J., Doreleijers, Th., Cohen-Kettenis, P.T., Vermeiren, R. & L.M.C. Nauta-Jansen (2006). *Agressie en psychische stoornissen bij meisjes in justitiële jeugdinrichtingen. Onderzoek naar de sociaal-demografische, psychiatrische en agressiegerelateerde kenmerken van meisjes van 12 tot 18 jaar die in gesloten justitiële jeugdinrichtingen zijn geplaatst*. Den Haag/Amsterdam: Vumc/de Bascule (te downloaden via www.wodc.nl).

geheel genomen - sprake is van ODD, CD, depressieve klachten, ingrijpende gebeurtenissen, veel blowen en een geschiedenis van het plegen van delicten.

Juist vanwege deze combinatie van problemen, wordt bij het ontwikkelen van nieuw zorgaanbod voor de ots-ers door het Ministerie van VWS aangedrongen op intersectorale samenwerking tussen jeugdzorg, jeugd-ggz en lvg-instellingen.

Naast het nieuwe werkveld van de gesloten/besloten jeugdzorg is er sprake van een substantiële uitbreiding van het aantal orthopsychiatrische of forensisch jeugdpsychiatrische 'bedden'. Na een schets van de kenmerken en problemen van de ots-ers die nu nog (deels) in de justitiële jeugdinrichtingen terecht komen, kwam in de kenniskring aan de orde wat de stand van zaken is de forensische jeugdpsychiatrie/ orthopsychiatrie en wat voor jongeren daar opgenomen worden. Wat is het verschil met het nieuwe zorgaanbod?

4.2 Ontwikkelingen forensische jeugdpsychiatrie/ orthopsychiatrie¹³

Mario Monasso schetste in de derde bijeenkomst van de kenniskring kort de geschiedenis van de orthopsychiatrie en forensische jeugdpsychiatrie, waarvan de basis in de vorige eeuw in de Verenigde Staten werd gelegd. In eerste instantie richtten een aantal maatschappelijk bevlogen psychiaters en gedragswetenschappers zich op het terugdringen van sociaal-economische misstanden in de stormachtig gegroeide grootstedelijke agglomeraties. Redl en Wineman ontwikkelden vervolgens in de jaren '50 een op psycho-analytische leest geschoeide aanpak voor kinderen met grensoverschrijdend gedrag in het 'Pioneerhouse'. In ons land werd een zelfde type aanpak voor jongens geïntroduceerd in 'Zandwijk', een samenwerkingsproject tussen het Ministerie van Justitie en de Universiteit Utrecht. In 1973 werd Zandwijk gesloten. Dit had te maken met problemen rond de financiën tussen Volksgezondheid en Justitie, maar ook en vooral met het falende behandelconcept. In de jaren die volgden ging de aandacht meer uit naar het ontwikkelen van leertheoretische en gedragstherapeutische aanpakken. Heiner, Slot en Bartels introduceerden de leertheoretische werkwijze in ons land en ontwikkelde het taak-vaardigheidsmodel en de competentiegerichte, cognitief gedragstherapeutische aanpak van delinquent gedrag.¹⁴ Inmiddels zijn de ontwikkelingen weer verder gegaan en wordt ook het belang van zgn. kindfactoren, waaronder (neuro)biologische factoren, onderkend.¹⁵ Ook is er meer aandacht gekomen voor de invloed van factoren binnen het gezin, hetgeen onder andere af te leiden is van de recente introductie van intensieve, evidence based gezinsbehandelingen zoals Multisystem Therapie (MST), Functional Family Therapy (FFT) en Multidimensional Family Treatment (MDFT) in ons land.

Na de sluiting van Zandwijk duurde het tot begin jaren '90 tot er initiatieven werden genomen om een oplossing te vinden voor gedragsgestoorde jongeren met psychiatrische problemen. Eind jaren '90 openden vier klinieken voor delinquente en gedragsproblematiese jongeren met stoornissen de deuren: de Catamaran (Eindhoven), De Fjord (Capelle a/d IJssel), De Derde Oever (Amsterdam) en Het Palmhuis (Den Haag). In de afgelopen jaren zijn daar op diverse plaatsen in ons land plaatsen bijgekomen. In totaal zijn er momenteel 64 'bedden' orthopsychiatrie en 32 klinische plaatsen jeugdforensische psychiatrie operationeel. Over een jaar of twee á drie, als het nieuwe intersectorale zorgaanbod is gerealiseerd, zullen er ca. 216 klinische plaatsen orthopsychiatrie zijn (deels opgenomen in het nieuwe zorgaanbod). Daarnaast is het streven om in elk Hofressort 24

¹³ Deze tekst is gebaseerd op een lezing van Mario Monasso in de derde bijeenkomst van de kenniskring en op Schrameijer, F. (1997). *Volharding beloond. Nieuwe opvang binnen de GGZ van jeugdige delinquenten en moeilijk hanteerbare jongeren met psychiatrische stoornissen*. Utrecht: Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid.

¹⁴ Zie bijvoorbeeld Slot (1988). *Residentiële hulp voor jongeren met anti-sociaal gedrag*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger. (dissertatie).

¹⁵ Zie Popma, A. (2006). *Neurobiological factors of antisocial behavior in delinquent male adolescents*. Amsterdam: Arne Popma (dissertatie).

plaatsen jeugdforensische psychiatrie te creëren. Op die manier zullen er zo'n 120 jeugdforensische bedden ontstaan. (tabel 4).

Daarnaast bestaat er op diverse plaatsen orthopsychiatrische of jeugdforensische dag-/deeltijdbehandling. In totaal zijn momenteel 32 orthopsychiatrische dagbehandelingsplaatsen en 48 plaatsen voor de forensische jeugdpsychiatrie.

Wat is het verschil? Voor wat betreft de populatie en inhoud van de behandeling zijn er veel overeenkomsten. In de orthopsychiatrische instellingen verblijven voornamelijk onder toezicht gestelde jongeren, en een enkele jongere die geplaatst is in het kader van een strafrechtelijke maatregel (plaatsing in een inrichting voor jeugdigen: pij). In de forensische jeugdpsychiatrie is dat andersom: daar verblijven voornamelijk strafrechtelijk geplaatsten en minder onder toezicht gestelde jongeren. In de orthopsychiatrie ligt daarom het accent wat meer op een ontwikkelingsgerichte aanpak, in de jeugdforensische klinieken op risicomangement en delictpreventie. De pij-ers hebben immers vaker een ernstig delict gepleegd.

Tabel 4 klinische plaatsen ('bedden') in jeugdforensische en orthopsychiatrische klinieken

Regio	Aanbieder	aantal plaatsen	Hoe?
<i>Orthopsychiatrie</i>			
Noord Nederland	Accare	24	Intersectoraal aanbod: Doen Wat Werkt)
Oost Nederland	Karakter	24	KJP Oost Nederland, Pompe kliniek, GGZ-Nederland
Utrecht/Flevoland	Barentsz	24	GGZ Altrecht
Brabant (Oost)	De Catamaran	24 *	GGZ-Eindhoven
Brabant (West)	Viersprong	24 *	Intersectoraal aanbod: Paljas Plus
Zuid Nederland	Mondriaan	24	
Noord Nederland	zorggroep De Bascule	16 *	Intersectoraal aanbod: De Koppeling
Zuid Holland	De Fjord	32 *	GGZ Bavo Europoort
Zuid Holland	De Jutters	24	Intersectoraal aanbod: Jeugdformaat – Jutters Combinatie
<i>Totaal</i>		<i>216</i>	
<i>Forensische jeugdpsychiatrie</i>			
Amsterdam	Derde Oever / Bascule	24	Samenwerkingsverband met De Koppeling
Eindhoven	Catamaran	24	GGZ Eindhoven
Den Dolder	Barentsz	12	Barentz / Altrecht
<i>Totaal</i>		<i>60</i>	

4.3 Populatie orthopsychiatrie

Ellen van Noort, kinder- en jeugdpsychiater en als beleidspsychiater werkzaam bij Barentsz (een centrum voor orthopsychiatrie en jeugdforensische psychiatrie) ging vervolgens in op de doelgroep en het behandel aanbod van Barentsz¹⁶.

Barentsz is in september 2002 van start gegaan met 16 orthopsychiatrische bedden voor 15 tot 21 jarigen, gesloten. In 2005 zijn daar nog eens 8 bedden bijgekomen, gericht op resocialisatie (niet gesloten). In 2007 wordt gestart met een afdeling voor deeltijdbehandeling en het is de bedoeling dat er in 2008 12 jeugdforensische bedden bijkomen voor 13 tot 21 jarigen.

Barentsz is bestemd voor jongeren met gedragsstoornissen in combinatie met andere stoornissen en hanteert enkele contra-indicaties. Niet opgenomen worden jongeren met verslaving als primaire problematiek, jongeren met een IQ lager dan 70, jongeren met een ernstige vorm van autisme (niet groeps geschikte jongeren), jongeren met een ernstig mate van psychopathie (volgens hun score op de PCL-R), vluchtgevaarlijke jongeren die een hoge graad van bescherming nodig hebben en/of zeer structuurbehoefstig zijn en jongeren die het verblijf als sanctie/ strafrechtelijke maatregel opgelegd krijgen.

De specifieke expertise van de orthopsychiatrie ligt op het gebied van psychiatrische diagnostiek en behandeling. Het gaat bij deze jongeren vaak om een combinatie van meerdere stoornissen, zoals schizofrenie, ernstige stemmingsstoornissen, PDD NOS¹⁷, ADHD of ernstige leerstoornissen. Het verschil tussen bijvoorbeeld de diagnose schizofrenie of een schizotypische persoonlijkheidsstoornis is van grote invloed op de behandeling. Dit benadrukt het belang van accurate psychiatrische diagnostiek. Bij veel nieuwe initiatieven voor gesloten jeugdzorg ontbreekt de psychiatrische diagnostiek en die is dus hard nodig.

Het geboden programma verschilt niet wezenlijk van dat in de justitiële jeugdinrichtingen en de (toekomstige) aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg. Specifiek is wel de inzet van ouderavonden, ouderbegeleiding of oudertraining náást FFT.

In sommige gevallen wordt medicatie of zelfs dwangmedicatie gegeven. Omdat er weinig onderzoek is gedaan naar het gebruik van medicatie bij kinderen en adolescenten is klinische ervaring en expertise daarbij van groot belang. Het behandelklimaat is zo natuurlijk mogelijk. Dit betekent dat jongens en meisjes door elkaar worden geplaatst. In geval van verliefdheid krijgt dit een plaats binnen de behandeling.

Wat anders is, zeker in vergelijking met een justitiële jeugdinrichting, is het gebouw. Er is geen beveiliging en een symbolische afgrenzing (geen hoog hek). Er zijn weinig mogelijkheden tot sanctionering. De plaatsen van Barentsz zijn hierdoor bijvoorbeeld niet geschikt voor meisjes die beschermd moeten worden tegen loverboys. Dit verklaart ook het feit dat vluchtgevaarlijke jongeren niet bij Barentsz geplaatst kunnen worden. Er kan alleen morele druk worden opgelegd, bijvoorbeeld door ouders te betrekken bij de hulpverlening. Er kan vaak geen druk opgelegd worden vanuit een juridisch kader en al helemaal niet door mogelijkheden van het gebouw.

De populatie in Barentsz verschilt van ots-populatie die geschetst is op basis van het beschikbare onderzoek. Het verschil zit in de specifieke psychiatrische stoornissen (schizofrenie, PDD NOS, stemmingsstoornissen, ADHD) die de mogelijkheden tot behandeling beïnvloeden.

In de discussie constateren de aanwezigen dat er sprake is van grote overlap in de aard en ernst van de problemen van jongeren binnen de orthopsychiatrie en de groep ots'ers met ernstige gedragsproblemen. In beide sectoren kunnen deze jongeren geholpen worden. De psychiatrische component lijkt groter bij jongeren uit de orthopsychiatrie.

¹⁶ De sheets van de presentatie zijn opgenomen in bijlage 4.

¹⁷ Pervasive developmental disorder not otherwise described.

Geconcludeerd wordt dat de orthopsychiatrie en gesloten/besloten jeugdzorg te maken hebben met dezelfde doelgroep. Voor al deze jongeren is een goede psychiatrische diagnose van belang, waarna zorg op maat geboden kan worden. Van de negen nieuwe initiatieven voor gesloten/besloten jeugdzorg, worden er vijf intersectoraal vorm gegeven. De samenwerking tussen de verschillende sectoren is een belangrijke ontwikkeling. De kinderen jeugdpsychiater vanuit de orthopsychiatrie kan dan dáár worden ingezet waar het nodig is en een meerwaarde heeft.

Verdere afgrenzing tussen de beide sectoren wordt als contra-productief beschouwd. De orthopsychiatrie en de gesloten jeugdzorg zouden geïntegreerd moeten worden tot één veld voor jeugdigen met gedrags- en andere stoornissen. Binnen het aanbod kunnen wel verschillende doelgroepen worden onderscheiden. Gewezen wordt op de vergelijking met specialisaties van verschillende academische ziekenhuizen, die wel door VWS gemaakt wordt. Volgens de deelnemers moet de forensische jeugdpsychiatrie wél als een apart werkveld gezien worden, aangezien de jongeren die daar verblijven een straf of een strafrechtelijke maatregel opgelegd hebben gekregen. Hier zou een integratie met de justitiële jeugdinrichtingen voor de hand liggen voor het realiseren van een passend zorgaanbod.

Wanneer orthopsychiatrie en de gesloten/besloten jeugdzorg geïntegreerd worden tot één werkveld, kunnen er gespecialiseerde instellingen ontstaan voor jongeren met gedragsstoornissen in combinatie met andere stoornissen. Binnen dit werkveld is dan alle expertise aanwezig en kunnen dus ook geen jeugdigen afgewezen worden. De gesloten jeugdzorg moet dus wel kunnen omgaan met de jongeren met deze complexe problematiek. Dit wordt door het veld als een uitdaging beschouwd. Wel vraagt men zich af wie de kwaliteitsstandaard bepaald en wat er gebeurt als men daar niet aan voldoet.

4.4 Toeleiding

Omdat er – vooral bij de justitiële jeugdinrichtingen – veel vragen leven over de toeleiding van jongeren naar de inrichtingen licht Ariane Westhuis (MO-groep) ter afsluiting van het thema ‘doelgroep’, de stand van zaken van zaken hieromtrent toe. Zij vertelt dat nog niet helder is wie er verantwoordelijk wordt voor de toeleiding. VWS en MO groep hebben gezamenlijk een inhoudelijk kader hiervoor opgesteld, maar dit is nog niet bestuurlijk besproken.

Toeleiding

Er dienen criteria opgesteld te worden rond de vraag wie waar als eerste geplaatst moet worden. Dit omdat er nu schaarste is wat betreft de plaatsen. Omdat er sprake is van een groei-model (elk jaar komen er meer plaatsen voor gesloten jeugdzorg bij) is de verwachting dat er na 2010 geen schaarste meer is. Het eerste criterium is dat de meest kwetsbare kinderen eerst geplaatst worden. Er zullen enkele landelijke voorzieningen komen (bijvoorbeeld het moeder-kindhuis van Rentray).

Beschikbaarheid

Om de beschikbaarheid van plaatsen goed in beeld te krijgen zou er een systeem uitgewerkt moeten worden waarin snel duidelijk wordt welke instelling welke plaatsen beschikbaar heeft (soort van hotelreserveringssysteem).

Vervoer

Het vervoer moet formeel geregeld worden. Het gaat om vragen zoals: ‘hoe gaat het nu?’, ‘wie wordt hiervoor verantwoordelijk?’ en ‘wie gaat het betalen?’.

De vertegenwoordigers van de ‘overkomende’ justitiële jeugdinrichtingen stellen voor om in de overgangsfase centraal toe te leiden, omdat de kans anders groot is dat de hulp stagneert. Hun voorstel is om geleidelijk toe te werken naar regionalisering. Enkele nieuwe initiatieven

zijn het niet eens met dit standpunt omdat er bij landelijke toeleiding niet samengewerkt kan worden met het gezin en/of het netwerk van de jeugdige. VWS heeft ervoor gekozen om niet centraal toe te leiden.

4.5 Wat is er nodig voor verantwoorde zorg?

Ter afsluiting van dit hoofdstuk zetten we de punten op een rij die genoemd zijn als voorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg in geslotenheid. Ook noemen we de vragen, knelpunten en dilemma's die rond dit thema naar voren kwamen.

Voorwaarden voor verantwoorde zorg in geslotenheid:

- Integratie van de orthopsychiatrie en de instellingen voor gesloten/besloten jeugdzorg. In de nieuwe initiatieven is hier al sprake van. Ook bij de justitiële jeugdinrichtingen en enkele al langer bestaande orthopsychiatrische klinieken zou die integratie plaats moeten vinden.
- In dit nieuwe werkveld zouden gespecialiseerde instellingen moeten ontstaan voor jongeren met gedragsstoornissen in combinatie met andere stoornissen. Binnen dit werkveld is dan alle expertise aanwezig en kunnen dus ook geen jeugdigen afgewezen worden.
- De forensische jeugdpsychiatrie zou dezelfde ontwikkeling moeten doormaken samen met de justitiële jeugdinrichtingen (strafrechtelijke groep).
- Ontwikkel kwaliteitsstandaarden voor het zorgaanbod in de nieuwe sector.
- Volgens de 'overkomende' justitiële jeugdinrichtingen is een centrale toeleiding noodzakelijk om in de komende jaren te kunnen garanderen dat jongeren de hulp krijgen die zij nodig hebben. De nieuwe instellingen vinden juist een regionale toewijzing noodzakelijk om verantwoorde zorg te kunnen bieden: alleen dan kan er met de ouders/het gezin (samen)gewerkt worden.

Vragen en dilemma's:

- Wat zijn de verdere stappen en plannen rond de toewijzing?
- Wat voor rol spelen de inrichtingen en instellingen hierin?
- Hoe kan worden gegarandeerd dat de medewerkers in de gesloten jeugdzorg om kunnen gaan met de complexe problemen van de jongeren waarmee zij geconfronteerd worden?
- Wat voor kwaliteitsstandaarden worden er bepaald en door wie?

5 Het zorgaanbod binnen de gesloten/besloten jeugdzorg

In de eerste bijeenkomst werd ook de inhoud van het zorgaanbod als thema naar voren gebracht. De deelnemers aan de kenniskring vroegen zich af hoe het zorgaanbod van de anderen eruit zag, welke keuzes zijn er bij anderen gemaakt? Wat doet iedereen?

Om daar een eerste en globaal overzicht van te krijgen is aan alle deelnemers gevraagd om vooraf een beschrijving te sturen van hun doelgroep en hun zorgaanbod. Deze beschrijvingen zijn in de vorm van een 'reader' verspreid, zodat alle deelnemers kennis kunnen nemen van het zorgaanbod.

In de bijeenkomst van de kenniskring hebben drie zorgaanbieders hun aanbod nader toegelicht. Na elke presentatie reageerde een vooraf vastgestelde referent op de presentatie. De referent had als opdracht vooral de overeenkomsten en verschillen te benoemen, naast natuurlijk de opvallende punten.

De presentaties waren achtereenvolgens:

1. Het Keerpunt met als referent Hand in Hand (Harreveld-Horizon);
2. De Juiste Hulp (Hoenderloo groep) met als referent OGH;
3. Doen Wat Werkt met als referent De Koppeling.

De sheets van de drie presentaties zijn opgenomen in bijlage 5. We zullen hier niet de drie presentaties herhalen. We benoemen de overeenkomsten en verschillen in het zorgaanbod en sluiten af met de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg en de vragen en dilemma's.

5.1 Overeenkomsten en verschillen

Naar aanleiding van de presentaties en referentencommentaren valt een aantal punten op:

- Er zijn meer overeenkomsten dan verschillen tussen aanbieders als het gaat om de uitwerking van de aanpak in de leefgroepen en de inhoud van het dagprogramma (onder meer het werken met fases die jongeren stapsgewijs doorlopen).
- In het Keerpunt wordt gewerkt met een vergaande integratie van leefgroep en school: groepsleiders werken ook in de werkplaatsen. Dat is een specifieke keuze, mede ingegeven door het residentieel gedragstherapeutisch programma, die elders niet gemaakt wordt.
- De aanbieders verschillen in hun aanbod gericht op het gezin van de jongeren. Bij de één maken ouderbegeleiding en training van opvoedingsvaardigheden deel uit van het programma, bij de andere is dit nog minder ontwikkeld.
- De aanbieders verschillen in de duur van de behandeling die men voor ogen heeft en vooral ook in de duur van de gesloten fase.
- De inzet van intensieve ambulante gezinsbehandeling verschilt. Diverse aanbieders hebben FFT of MST in hun pakket. Maar de wijze van inzet verschilt: bij een enkele zorgaanbieder worden deze modules ingezet na een kort gesloten verblijf (korte crisisinterventie) als alternatief voor verdere residentieële behandeling.
- De mate van flexibiliteit van de 'geslotenheid' verschilt. Enkele zorgaanbieders werken al of gaan werken met elektronisch systeem met pasjes, waarmee voor elke jongere individueel ingesteld kan worden tot hoever de bewegingsvrijheid reikt.

In de bijeenkomst van de kenniskring ontstond discussie over de doelgroepen die binnen de grote groep van otrs-ers met ernstige gedragsproblemen en internaliserende problematiek te onderscheiden zijn. In het onderzoek naar de crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen¹⁸

¹⁸ Boendermaker, L., Eijgenraam, K. & E. Geurts. (2004). Crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen. Utrecht: NIZW.

worden op basis van een analyse van hetgeen er nodig is (*needs*), verschillende subgroepen onderscheiden. Lang niet voor alle subgroepen is langdurige gesloten behandeling nodig. Voor een flink deel van de groep werd intensieve gezinsbehandeling nodig geacht, al dan niet vooraf gegaan door een korte periode van crisisinterventie en/of diagnostiek (voor een deel van de groep: gesloten crisisinterventie). De in dit onderzoek gevonden subgroepen zijn als uitgangspunt genomen in het ontwikkelen van het zorgaanbod van Doen Wat Werkt. Dit leverde veel vragen en discussie op. Vooral de keuze om te werken met korte crisisinterventie gevolgd door intensieve gezinsbehandeling, zónder (langdurig residentieel verblijf), riep discussie op. Klopt die indeling in subgroepen wel, was de vraag. Monitoring van de instroom tot nu toe door Doen Wat Werkt, maakte dat die vraag bevestigend beantwoord kon worden. Tot nu toe bleek een deel van de jongeren na twee of drie weken in de 'time out' van Doen Wat Werkt, weer naar huis te kunnen. MST of FFT was dan in die eerste twee of drie weken al voorbereid/ gestart.

Dit maakt duidelijk dat monitoring van de *needs* van jongeren (en hun ouders) die instromen in het nieuwe zorgaanbod wenselijk is. Hoe kan het zorgaanbod flexibel genoeg georganiseerd worden om goed aan te sluiten bij hetgeen jongeren en ouders *nódig* hebben?

Tot slot werd nog naar voren gebracht dat er een geleidelijke overgang nodig is van (zeer) gesloten naar (volledig) open. Naar aanleiding hiervan werd kort gediscussieerd over de vraag hoe voorkomen kan worden dat *á*lle jongeren die instromen in het nieuwe zorgaanbod dezelfde fasering van gesloten naar open moeten doorlopen. Hoe is het aanbod zo flexibel te maken dat de mate van geslotenheid afhangt van hetgeen een individuele jongere nodig heeft? Enkele aanbieders werken met een elektronisch systeem met pasjes. Op die manier kunnen jongeren met heel verschillende 'noden' en verblijvend in heel verschillende fases, bij elkaar in één gebouw verblijven.

5.2 Wat is er nodig voor verantwoorde zorg?

Ter afsluiting van dit hoofdstuk zetten we de punten op een rij die genoemd zijn als voorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg in geslotenheid. Ook noemen we de vragen, knelpunten en dilemma's die rond dit thema naar voren kwamen.

Voorwaarden voor verantwoorde zorg in geslotenheid:

- Monitoring van de *needs* van de jongeren die instromen in het nieuwe zorgaanbod, zodat afstemming plaats kan blijven vinden van het zorgaanbod bij de 'vraag'.
- Zorgdragen voor een voldoende aanbod aan interventies gericht op ouders en gezin bij alle aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg.
- De mogelijkheid bieden tot een geleidelijke overgang van gesloten naar volledige 'open'. Die tussenstap van 'beslotenheid' dient flexibel toegepast te kunnen worden: niet voor alle jongeren is die tussenstap nodig, niet voor alle jongeren ook is strikte geslotenheid in het begin nodig.

6 Wettelijk kader

In de eerste bijeenkomst werd het wettelijk kader als belangrijk thema naar voren gebracht. De ‘overkomende’ justitiële jeugdinstellingen vroegen zich af wat de gewijzigde Wet op de Jeugdzorg voor hen gaat betekenen. De nieuwe zorgaanbieders werkten binnen voorlopige kaders, die vooruitlopend op de wetswijziging geformuleerd zijn en liepen tegen allerlei praktische problemen aan. Op verzoek van de deelnemers is daarom in de vierde bijeenkomst een dagdeel besteed aan de wijzigingen in de Wet op de Jeugdzorg.

Mariëlle Bruning, als bijzonder hoogleraar jeugdrecht verbonden aan de Universiteit Leiden en tevens als jurist werkzaam bij bureau jeugdzorg Noord Holland, heeft in de bijeenkomst uitleg gegeven over de voorgestelde wijzigingen. Ook is zij ingegaan op de punten die nog onduidelijk zijn én op de implicaties van de gewijzigde wet voor de zorgaanbieders. Daarna zijn de deelnemers in vier subgroepen uiteen gegaan en hebben zij onder voorzitterschap van vier ‘externe’ voorzitters doorgepraat over de implicaties van de wet en de vragen die er leven. Naast Mariëlle Bruning waren Ellen van Kalveen (kinderrechter in Utrecht), Arianne Westhuis (juriste bij de MO groep) en Annemieke Wolthuis en Maartje Berger van Defence for Children International als voorzitter aanwezig.

6.1 Toelichting wetsvoorstel

De wetswijziging die voorligt, beoogt te regelen dat kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen gesloten geplaatst kunnen worden, *buiten* de justitiële jeugdinstellingen. Enkele kernpunten die duidelijk worden, zijn de volgende¹⁹:

- Ook jeugdigen die *niet* onder toezicht zijn gesteld, kunnen met een machtiging gesloten plaatsing opgenomen worden. De machtiging kan ook door BJZ aangevraagd worden op verzoek van ouders zelf (ouders moeten dan wel het ouderlijk gezag hebben). De koppeling OTS en gesloten plaatsing vervalt. Hiermee wordt voorkomen dat er bij ouders die best mee willen werken aan een plaatsing of die zelf de problemen aanhangig maken, te maken krijgen met een ondertoezichtstelling van hun kind en alles wat daarbij hoort. Dit betekent dat ouders via de vrijwillige toegang bij Bureau Jeugdzorg een verzoek tot gesloten jeugdzorg kunnen vragen: de toegang van Bureau Jeugdzorg krijgt hiermee een nieuwe taak.
- Het wetsvoorstel voorziet dus in gesloten opvang van jongeren in de leeftijd van 18-21 jaar. Dit was 23 jaar, maar na stevige kritiek van de Raad van State is dit verlaagd tot 21 jaar. Het Bureau Jeugdzorg verzoekt om verlenging. Onduidelijk is hoe deze bepaling juridisch vorm krijgt. Wat gebeurt er bijvoorbeeld als de ouders overlijden voordat een jongere 21 is? Moet dan via een voogdij-maatregel worden geplaatst? Niet duidelijk is verder wie het initiatief neemt tot verlenging van de plaatsing gesloten jeugdzorg, de ouders of BJZ?
- Als ouders een gesloten plaatsing aanvragen en een machtiging wordt verstrekt en ouders trekken hun instemming in, kan de jeugdige nog twee weken in de gesloten inrichting gehouden worden. Dit is om BJZ de tijd te geven om een (voorlopige) ots aan te vragen. Het lijkt in de praktijk een wat vreemde constructie. Een jongere wordt dan twee weken tegen de wil van de ouders ‘vastgehouden’ en dit lijkt in strijd met de grondrechten van de jeugdige.
- Ook is de vraag wie de termijnen voor verlenging e.d. in de gaten houdt als er geen sprake is van een ots.

¹⁹ De sheets behorende bij de lezing van Mariëlle Bruning zijn opgenomen in bijlage 6.

- De plaatsing zonder ots roept ook andere vragen op: wie is de plaatser van een ots-er van 17 die 18 wordt en van wie de ots afloopt? Hoe gaat dat dan praktisch gesproken? Wie gaat de plaatsing betalen?
- De wetswijziging heeft behoorlijke implicaties voor Bureau Jeugdzorg, er zijn op diverse punten veranderingen nodig in de procedures. Zo moet een gedragswetenschapper de jeugdige recent onderzocht hebben en kan er ook vanuit de toegang om een indicatiebesluit gesloten jeugdzorg gevraagd worden.
- Voor minderjarigen is het een wetswijziging met zeer ingrijpende gevolgen. Ook boven de 18 jaar (bij volwassenen dus) kan er gesloten geplaatst en behandeld worden op verzoek van de ouders of met OTS. Volgens de Raad van State is dit in strijd met internationale bepalingen.
- Er is een behoorlijk verschil in de rechtspositie van jeugdigen binnen de kaders van de gewijzigde Wet op de Jeugdzorg, de beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (BJJ) en de BOPZ. Anders dan in de BOPZ zijn beperkende maatregelen mogelijk zónder toestemming van de ouders.
- Per jeugdige moet er in het behandelplan vastgelegd worden welke beperkende maatregelen wanneer nodig zijn. Een gedragswetenschapper moet hier een oordeel over vellen. Waarschijnlijk ontstaan hier in de praktijk modellen voor, terwijl de wetgever aangeeft dat er geen sprake mag zijn van een standaard hulpverleningsplan. Verlof, in de BJJ een recht (eenmaal in de zes weken minimaal), is dat in de gewijzigde wet niet meer. Alles hangt af van het individuele behandelplan.
- Over het plan moet overleg gevoerd worden met de ouders, zij hoeven echter niet in te stemmen.
- Waar in de BJJ nauwkeurig is geformuleerd wie er mag besluiten tot het toepassen van beperkende maatregelen, wordt dit in de gewijzigde wet aan de zorgaanbieders overgelaten.
- De klachtencommissies van de zorgaanbieders krijgen er een nieuwe taak bij: binnen vier weken moet er een besluit zijn, hetgeen betekent dat zij sneller zullen moeten werken.
- Er lijkt een belangrijke taak weggelegd voor de inspectie om de toepassing van de beperkende maatregelen en de afspraken daaromtrent te controleren.

6.2 Vragen en probleempunten

In de subgroepen zijn uiteenlopende vragen en probleempunten naar voren gekomen. We sommen ze hieronder op²⁰:

1. Waar gaan de meisjes met een pij-maatregel naar toe, die nu opgenomen zijn in de justitiële jeugdinrichtingen die 'overkomen' naar VWS? Is het wel in het belang van deze meisjes om overgeplaatst te worden naar een andere justitiële jeugdinrichting? Mogen zij hun behandeling nog afmaken op de plaats waar ze nu verblijven? De deelnemers roepen op een overgangsregeling te treffen voor deze meiden.
2. De deelnemers vinden dat de gewijzigde wet teveel ruimte biedt om beperkende maatregelen toe te passen en de afspraken hieromtrent per zorgaanbieder vast te leggen. Zij stellen de BJJ te gaan gebruiken als richtlijn en niet alles af te laten hangen van de goede wil van individuele zorgaanbieders. De wet wordt onevenwichtig gevonden op dit punt.
3. Ouders hebben binnen het nieuwe wettelijke kader méér te zeggen bij de plaatsing dan binnen de kaders van de BJJ. Op de behandeling zélf en de beperkende maatregelen na plaatsing kunnen zij echter maar weinig invloed uitoefenen, terwijl het juist belangrijk is om ouders zo veel mogelijk te betrekken.
4. Het is voor de deelnemers onduidelijk in hoeverre er sprake is van een acceptatieplicht. Moeten zij alle kinderen opnemen waarvoor een machtiging is

²⁰ Met dank aan Maartje Berger van DCI voor het verslag van deze bijeenkomst.

- verstrekt? Of kunnen zij ook doorverwijzen naar andere instellingen die meer gespecialiseerd zijn op bepaalde terreinen?
5. De behandeling van jongeren ouder dan 18 is behandelingsinhoudelijk misschien wenselijk, maar juridisch blijft dat zeer ingewikkeld. Wie is de plaatser?
 6. Is BJZ wel voorbereid op alle veranderingen? Het wetsvoorstel en de nieuwe werkwijze lijken nog erg onbekend.
 7. Volgens de wet zijn standaardbehandelplannen uit den boze. De deelnemers aan de kenniskring pleiten voor meer uitwerking op dit punt: er moeten meer eisen gesteld worden en protocollen ontwikkeld. Zo is het om goed te kunnen werken gewoon *nódig* om *wél* toestemming te hebben van de ouders op het behandelplan. Het is van belang dat er een basisdocument komt voor het behandelplan en een protocol voor de bespreking ervan met ouders en verkrijgen van instemming van ouders.
 8. Het werkt in de praktijk van de nieuwe zorgaanbieders goed om per toe te passen beperkende maatregel een handtekening te vragen van ouders en jongeren. Dan weet iedereen wat hij/zij kan verwachten.
 9. Voor wat betreft de toepassing van beperkende maatregelen zal er veel afhangen van het vakmanschap van uitvoerend personeel. Hierin is een investering nodig.
 10. De bepalingen over 'schorsing' zijn nog onvoldoende uitgewerkt. Hoe lang moet een zorginstelling in geval van schorsing een bed vrijhouden? Wie betaalt dat?
 11. Als de straf van een jongere die in een jji verblijft afgelopen is, en er is nog een langer verblijf in geslotenheid nodig, kan nu een zogenaamde 'omzetting' plaats vinden. Hoe gaat dat straks? Zijn er dan nieuwe machtigingen en indicatiestellingen nodig? Creëren we dan geen nieuwe wachtlijsten?
 12. De deelnemers hechten aan de rol en werkwijze van de huidige commissies van toezicht die bij de justitiële jeugdinrichtingen functioneren. Zij hebben een bemiddelende rol (functioneren van een zogenaamde 'maandcommissaris') en staan dicht bij de inrichting. De regionale klachtencommissies (Wet op de Jeugdzorg) zijn 'ver weg'. Daarnaast gaat het veel geld kosten om overal een cliëntvertrouwenspersoon aan te stellen. Kunnen de commissies van toezicht niet worden ingevoerd voor instellingen die gesloten jeugdzorg bieden?
 13. Daarnaast zijn er verschillende eisen en procedures en commissie in de GGZ en jeugdzorg. De nieuwe instellingen die deels met GGZ-plaatsen binnen hun deuren werken moeten nu met twee verschillende procedures werken en hebben met twee inspecties te maken. Dit is niet productief.
 14. In de praktijk zal het vaak voorkomen dat jongeren na een tijdje in een gesloten omgeving doorgeplaatst worden naar een 'open' instelling (denk bijvoorbeeld aan de overplaatsing van Harreveld naar Horizon als onderdeel van Hand in Hand). Hoe gaat dat dan met de machtiging? Wordt het een trajectmachtiging? En indien dat niet het geval is: kan er dan nog teruggeplaatst worden als het niet goed gaat in de open setting?
 15. De deelnemers uit de justitiële jeugdinrichtingen constateren dat het strakke 'beheers' kader wat lossier wordt in de nieuwe situatie. De nieuwe zorgaanbieders, die al begonnen zijn, hebben juist het idee dat zij straks meer ingeperkt worden.
 16. De deelnemers roepen op tot veel meer aandacht voor de expertise van de medewerkers op de werkvloer. Zij zijn degenen die nu – veelal uit onmacht – grijpen naar de beperkende maatregelen. Het wordt van groot belang duidelijkheid te bieden over wie welke beperkende maatregel wel en niet mag nemen.

6.3 Wat is er nodig voor verantwoorde zorg?

Ter afsluiting van dit hoofdstuk zetten we de punten op een rij die genoemd zijn als voorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg in geslotenheid. Ook noemen we de vragen, knelpunten en dilemma's die rond dit thema naar voren kwamen.

Voorwaarden voor verantwoorde zorg in geslotenheid:

- Nadere eisen stellen aan de zorgaanbieders t.a.v. de uitwerking van de bevoegdheden tot het gebruik van beperkende maatregelen (wie mag ze toepassen en wie besluit tot toepassing ervan).
- Aandacht besteden aan de *implementatie* van de gewijzigde wet. De wetswijziging brengt veel veranderingen met zich mee voor de kinderrechter, BJZ, zorgaanbieders, ouders én jeugdigen. Zij moeten actief met deze veranderingen bekend gemaakt worden. Een trainingsronde zoals destijds bij de invoering van de BJJ zou een goede mogelijkheid zijn om professionals goed op de hoogte te stellen. Ook ouders en jongeren dienen echter te weten wat de wet voor gevolgen heeft. Voor hen zou voorlichtingsmateriaal (folders, beeldmateriaal) beschikbaar moeten zijn.
- Nadere eisen stellen aan de hulpverleningsplannen, ontwikkelen van een basisbehandelplan (format).
- Duidelijkheid verschaffen over de zaken waar de inspectie c.q. de diverse inspecties op gaan letten. Op korte termijn toewerken naar integraal toezicht binnen het nieuwe zorgaanbod.
- Nadere uitwerking bieden van diverse onduidelijkheden in de wet, zoals: de termijn van de schorsing van de machtiging; de plaatsing en bekostiging van 18+; de situatie dat jeugdigen tegen hun eigen wil én die van hun ouders vastgehouden kunnen worden in de instelling; de eventuele trajectmachtiging; wat er gebeurt met jeugdigen waarvan de straf is afgelopen, maar nog wel verblijf in geslotenheid nodig is e.d.
- Ontwikkelen van procedures om met ouders en jongeren kort na opname het hulpverleningsplan te bespreken en daar hun commitment voor te krijgen, ondanks het feit dat ouders en jongere formeel niet hoeven in te stemmen.
- Het instellen van een klachtencommissie dicht bij de instellingen, zoals ook het geval is bij de commissies van toezicht bij de justitiële jeugdinrichtingen. Vanwege het bijzondere karakter van het nieuwe zorgaanbod (geslotenheid, beperkende maatregelen) en de veel minder uitgewerkte rechtspositie van jeugdigen en ouders, is een andere klachtenbehandeling gerechtvaardigd.
- Investeren in de kennis en kunde van het personeel op de werkvloer, zodat het gebruik van de beperkende maatregelen binnen de perken kan blijven.

Vragen en dilemma's:

- Is er een overgangsregeling mogelijk voor de (paar) meisjes die nu met een strafrechtelijke maatregel (pij) verblijven in één van de justitiële jeugdinrichtingen die overgaan naar VWS?
- Is er wel of geen sprake van een acceptatieplicht? Komen we wel of geen specialistische (landelijke) voorzieningen?

7 Competenties van personeel

In de bijeenkomst over het wettelijk kader werd al geconstateerd dat het al dan niet gebruiken van de beperkende maatregelen voor een groot deel afhangt van het personeel in de leefgroepen. Dát is immers de plek waar de beperkende maatregelen doorgaans worden toegepast als ze nodig zijn.

In de eerste bijeenkomst werd 'personeel' als thema genoemd. Zorgaanbieders in de jeugdzorg (en overigens ook Bureaus Jeugdzorg) hebben te maken met veel wisselingen in hun personeelsbestand. Het is moeilijk om personeel te vinden en al helemaal om goed personeel binnen te halen én te houden. In de vierde en laatste bijeenkomst van de kenniskring is daarom een dagdeel besteed aan het thema 'competenties van personeel'.

7.1 Waarom zijn de competenties van belang?

Onlangs is de tweedelige documentaire 'de besloten groep' vertoond op tv²¹. In deze documentaire worden een jongen en een meisje van de besloten groep van Horizon Jeugdzorg (één van de nieuwe aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg) gevolgd. In deze documentaire is goed te zien hoe lastig het werken in een gesloten omgeving met kinderen met ernstige gedragsproblemen is. Er is ook goed te zien hoe moeilijk het is om een positieve benadering van kinderen en ouders vol te houden. Dit is niet iets wat alleen voorkomt bij de besloten groep. Uit onderzoek weten we dat het werken in leefgroepen lastig is en in gesloten leefgroepen extra lastig is.

De groepen zijn doorgaans te groot om gericht te werken aan individuele doelen en zeker in geslotenheid zijn de opgenomen jeugdigen kwetsbaar: zij zijn voor alles afhankelijk van de mensen die voor hen zorgen. Op die kwetsbaarheid wordt vaak gereageerd met agressie, zelfbeschadiging of zelfs suïcide(pogingen)²².

Het vraagt veel van professionals om consequent feedback te geven, positief te reageren, beloningssystemen juist te hanteren, het goede voorbeeld te geven en juist daardoor agressie voor te zijn. Vaak worden beloningssystemen onjuist toegepast, vooral in gesloten settings is dat gevaar groot. Om de situatie te beheersen worden dan bijvoorbeeld privileges ontnomen in plaats van toegekend²³. Uit engels onderzoek blijkt dat onderling geweld (verbaal en fysiek) in leefgroepen eerder regel dan uitzondering is²⁴ en ook is bekend dat het lastig is om in groepen probleemjongeren een positieve onderlinge sfeer tot stand te brengen (het stimuleren van onderlinge hulp in plaats van onderlinge strijd)²⁵. Een recente

²¹ NCRV Document op 16 en 23 april 2007 (Nederland 2). Deze tekst is gebaseerd op een korte toelichting die door Leonieke Boendermaker werd gegeven op dit laatste thema van de kenniskring.

²² Ook in instellingen voor volwassenen, zoals gesloten psychiatrische afdelingen of gevangenissen voor volwassenen is dat het geval. Zie o.a. Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G., Merckelbach, H.L.G.J., Allertz, W.W.F. & Ravelli, D.P. (2001). Determinanten, meting en preventie van agressie in intramurale psychiatrische instellingen. In: Schene, A.H. (red.), *Jaarboek Psychiatrie en Psychotherapie 2001 – 2002 (zevende editie)*, 347 - 360. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.

²³ Easson, W.M. (1996). *The management of the severely disturbed adolescent*. Madison, CT: International Universities Press.

²⁴ Cawson, P., Berridge, D., Barter, Chr. & E. Renold (2005). Physical and sexual violence between children living in residential settings: exploring perspectives and experiences. Swindon: Economic & social research council (ESRC).

²⁵ Zie o.a. Dishion, T.J., McCord, J. & F. Poulin. (1999). When interventions harm: peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54 (9), 755-764 en Gibbs, J.C. (1996). Sociomoral group treatment for young offenders. In: C.R. Hollin & K. Howells. (eds). *Clinical approaches to working with young offenders* (p. 129-150). Chichester: John Wiley & Sons.

overzichtsstudie van onderzoek naar residentiële jeugdzorg maakt duidelijk dat het jeugdigen helpt als er individuele aandacht is, een luisterend oor van een vaste persoon²⁶.

Al deze zaken vergen veel van de kennis en kunde van professionals. Zeker als we weten dat veel medewerkers die 'op de groep' werken een MBO opleiding hebben, dan is het van belang te onderkennen dat er ondersteuning nodig is in het werk. Bij hoog opgeleide therapeuten die MST en FFT toepassen in gezinnen wordt fors geïnvesteerd in supervisie en 'opfris trainingen' om hen te helpen hun werk goed te blijven doen. Een dergelijke ondersteuning zou ook voor de andere professionals 'op de werkvloer' in de jeugdzorg gewoon moeten zijn.

7.2 Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg

De laatste tijd wordt onderkend dat er een professionaliseringslag nodig is in de jeugdzorg. In deze laatste bijeenkomst van de kenniskring heeft Marianne Berger (NJI) een korte toelichting gegeven op het Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg²⁷. Dit actieplan is opgesteld door werkgevers in de jeugdzorg, opleiders voor de jeugdzorg en door beroepsverenigingen.

In het Actieplan staan de volgende doelen centraal:

1. ontwerpen van een beroepsstructuur, als basis voor de professionalisering in de jeugdzorg en voor het vormgeven van competentie management door werkgevers;
2. versterken van beroepsverenigingen die relevant zijn voor de jeugdzorg, in het bijzonder de sociaal agogische beroepsverenigingen;
3. inrichten van een beroepsregister voor medewerkers in de jeugdzorg en komen tot beroepsregistratie;
4. optimalisatie van beroeps codes voor de jeugdzorg en ontwikkeling van een kwalitatief hoogwaardig verenigingstuchtrecht, toegespitst op medewerkers in de jeugdzorg;
5. optimaliseren van de inzet van de onderwijssector bij de professionalisering van de jeugdzorg en verbeteren van de aansluiting van het onderwijs op de laatste ontwikkelingen binnen de jeugdzorg.

Toegelicht wordt waar meer informatie over het actieplan te vinden is. Het actieplan is van belang voor de opleidingen en daarmee ook voor de zorgaanbieders: wat zijn de competenties die nodig zijn? Wat verwachten zij dat medewerkers moeten kunnen?

7.3 Competenties

In een presentatie van Transferium jeugdzorg is vervolgens uiteengezet hoe deze nieuwe aanbieder van gesloten/besloten jeugdzorg aankijkt tegen de competenties van personeel. De presentatie van Transferium is opgenomen in bijlage 7. Uit het functieprofiel van een groepsleider wordt duidelijk dat er heel wat verwacht wordt. Competenties die genoemd worden zijn: problemen kunnen analyseren, sensitiviteit, discipline, samenwerken, flexibiliteit, betrokkenheid, inzet, integriteit.

Vervolgens is aan alle deelnemers gevraagd welke competenties zij nodig achten en welke vragen en dilemma's er op dit punt aan de orde zijn. De volgende punten kwamen naar voren:²⁸

1. Mensen hebben kennis nodig van stoornissen en problemen;
2. Professionals die met probleemjongeren werken moeten levenservaring hebben;

²⁶ Harder A.T., Knorth, E.J. & Tj. Zandberg (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.

²⁷ Een korte notitie over het actieplan is opgenomen in bijlage 7.

²⁸ Een memo over de benodigde competenties van groepsleiding bij Paljas plus is opgenomen in bijlage 7.

3. Medewerkers moeten kennis hebben van en inzicht ontwikkeld hebben in de manier waarop jongeren en medewerkers op elkaar reageren, de eigen persoonlijke valkuilen, de reacties die je oproept met bepaalde wijze van reageren / contextuele denkers;
4. Groot incasservermogen;
5. Groot vermogen tot relativeren;
6. Groot inlevingsvermogen;
7. Mensen moeten goed kunnen samenwerken/ in een team kunnen werken;
8. Kennis hebben van (en liefst getraind zijn in) de bekende methodieken (sociaal competentie model bijvoorbeeld);
9. Consequent zijn / een consequente opvoeder zijn.

Na het inventariseren van al deze benodigde competenties werd de vraag gesteld of het wel realistisch is om er van uit te gaan dat MBO geschoold personeel in staat is al deze competenties te ontwikkelen door training en supervisie. De conclusie van de deelnemers was dat het maar tot op zekere hoogte kan en dat je eigenlijk personeel met een HBO niveau (verkregen door opleiding en/of ervaring) nodig hebt om met gedragsgestoorde jongeren te werken.

Ook kwam aan de orde dat een deel van de mensen die op dit beroep afkomt zelf een problematische jeugd achter zich heeft. Het vraagt extra veel professionaliteit om het werk dan goed te kunnen doen en enige afstand te bewaren. Lukt dat, dan is dat een voordeel in het werk, maar vaak lukt het niet en dan is er een groot afbreukrisico: mensen worden ziek of overspannen en redden het niet in dit werk.

7.4 De opleidingen

Diverse hogescholen ontwikkelen op dit moment met hun regionale partners (zorgaanbieders en bureaus jeugdzorg) minoren 'drang-dwang' of 'werken in gesloten of gedwongen kaders'²⁹. De hogescholen (HBO opleidingen) hebben te maken met de nieuwe master-bachelors structuur in het hoger onderwijs. Zij leiden op tot het niveau van een HBO-bachelor. Bij diverse HBO opleidingen zijn post-HBO opleidingen in de maak die opleiden tot het niveau van een HBO-master. Beiden zijn te onderscheiden van een universitaire bachelor en master. De HBO bachelor en master zijn meer praktijkgericht.

Binnen de bachelorsopleiding wordt onderscheid gemaakt in een major (hoofdvak) en minor (te vergelijken met een keuzevak). Studenten zullen de komende tijd kunnen kiezen uit minoren op het terrein van de gedwongen jeugdzorg. Niet alle hogescholen zijn hier even ver mee. Voor velen geldt dat zij volgend jaar, medio januari, met de minoren starten. Voor een minor staat een studiebelasting van ongeveer een half jaar. Ook bij de opleidingen die gericht zijn op de GGZ is een dergelijke ontwikkeling ingezet. Daar is de minor 'GGZ-agoog' ontwikkeld. Deze minor wordt op verschillende hogescholen aangeboden en heeft voor wat betreft de competenties raakvlakken met de minoren 'drang-dwang'.

Twee minoren zijn vervolgens gepresenteerd, die van de Hogeschool van Amsterdam (HvA) en een minor die ontwikkeld wordt door enkele hogescholen gezamenlijk (Breda, Leiden, Leeuwarden en Utrecht). Beide presentaties zijn opgenomen in bijlage 7.

De minor van de HvA is gericht op het werken in de gedwongen hulpverlening: de forensische psychiatrie en de justitiële jeugdzorg. Een flink deel van de minor bestaat uit onderwijs in criminologie, psychopathologie, de forensische psychiatrie en justitiële jeugdzorg. Ook wordt er aandacht besteed aan de kenmerken van een effectieve methode (evidence based werken) en aan vaardigheden in het werken met drang en dwang (o.a. motiverende technieken, de-escalerend werken). Tot slot leren studenten de principes van praktijkgericht onderzoek, omdat onderzoek in de praktijk steeds belangrijker wordt.

²⁹ Deze informatie is afkomstig van het landelijk opleidingsoverleg waaraan de diverse HBO opleidingen deelnemen.

Ook in de andere minor is er zowel aandacht voor theorie (kennis over psychopathologie en recht) als vaardigheden (observeren, rapporteren en verantwoorden; conflicthantering, de-escalatie).

Voor een groot deel sluiten de genoemde onderdelen in de minoren aan bij de door de deelnemers aan de kenniskring geformuleerde competenties. Buiten de minoren om wordt in de rest van de opleiding nog specifiek aandacht besteed aan zaken als gespreksvoering en het omgaan met agressie. De deelnemers aan de kenniskring stelden dan ook dat de minoren ook heel goed ingezet zouden kunnen worden voor na- en bijscholing van de professionals die nu in het veld werkzaam zijn. De kenniskring is afgesloten met het uitspreken van de wens dat veel studenten de minoren doorlopen om vervolgens goed voorbereid in het nieuwe werkveld aan de slag gaan.

7.5 Wat is er nodig voor verantwoorde zorg?

Ter afsluiting van dit hoofdstuk zetten we de punten op een rij die genoemd zijn als voorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg in geslotenheid. Ook noemen we de vragen, knelpunten en dilemma's die rond dit thema naar voren kwamen.

Voorwaarden voor verantwoorde zorg in geslotenheid:

- Goed opgeleide professionals die: a) kennis hebben over stoornissen en problemen, b) de vaardigheden hebben geleerd om met jongeren met ernstige gedragsproblemen om te gaan, c) inzicht hebben de manier waarop reacties van professionals probleemgedrag kunnen uitlokken of voorkomen, d) hun eigen valkuilen kennen en e) consequente opvoeders zijn.
- Professionals met levenservaring, incasseringsvermogen, het vermogen tot relativeren en inlevingsvermogen.
- Voldoende opleidingen die voorbereiden op het werk in een instelling voor gesloten/besloten jeugdzorg (en waar zowel kennis als vaardigheden aangeleerd worden).

Vragen en dilemma's:

- Is personeel op MBO niveau wel in staat – ook na extra training en supervisie – om met jongeren met ernstige gedragsproblemen te werken?
- Is het wel verstandig om mensen met een problematische achtergrond te laten werken met jongeren met ernstige gedragsproblemen?

8 Samenvatting en randvoorwaarden

In dit document is verslag gedaan van vier bijeenkomsten van de NJi kenniskring gesloten jeugdzorg. Op basis van de inhoud van de bijeenkomsten wordt in dit verslag een eerste beeld geschetst van een nieuw werkveld: de gesloten/besloten jeugdzorg. Hieronder wordt het zorgaanbod verstaan dat – als alternatief voor een verblijf in de justitiële jeugdinrichtingen – in ontwikkeling is voor onder toezicht gestelde jongeren met een combinatie van problematiek. Het gaat om gedragsstoornissen in combinatie met bijvoorbeeld internaliserende problemen, psychiatrische stoornissen en/of verslavingsproblemen.

De gesloten/besloten jeugdzorg wordt aangeboden door 6 nieuwe initiatieven die voortkomen uit een intersectoraal samenwerkingsverband van zorgaanbieders uit de jeugdzorg, jeugd-ggz, het speciaal onderwijs en (in een deel van de gevallen) de lvg-sector. Twee initiatieven zijn in voorbereiding. Daarnaast zijn er 7 justitiële jeugdinrichtingen aangewezen die tussen 2008 en 2010 overgeheveld worden van Justitie naar VWS en tot de aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg gaan behoren.

8.1 Doel van de kenniskring

Het doel van de kenniskring was tweeledig: de bijeenkomsten waren enerzijds gericht op onderlinge kennismaking en het uitwisselen van ervaringen tussen de zorgaanbieders die tezamen het nieuwe werkveld vormen. Daarnaast was het doel een eerste stap te zetten in het expliciteren van hetgeen nodig is om goede zorg te bieden aan jeugdigen met ernstige gedragsproblemen die in de 'reguliere' jeugdzorg onvoldoende geholpen kunnen worden. In de Wet op de Jeugdzorg wordt in artikel 25 het beginsel van *verantwoorde zorg* vastgelegd als kwaliteitscriterium voor de geboden zorg. In de kenniskring is geprobeerd om een eerste operationalisatie te geven van hetgeen er nodig is voor verantwoorde zorg in een gesloten omgeving.

Als eerste stap hebben de deelnemers aan de kenniskring de thema's geïnventariseerd die van belang zijn bij gesloten jeugdzorg. Elke aanbieder van gesloten/besloten jeugdzorg moet deze thema's uitwerken en keuzes maken op elk terrein:

1. Wat is geslotenheid?
2. De doelgroep
3. Het zorgaanbod
4. Het personeel
5. Het wettelijk kader
6. (werken met) het gezin.
7. Selectie
8. Onderzoek naar en volgen van jongeren (diagnostiek & monitoring)
9. Onderwijs, scholing, werk en arbeidstoeleiding
10. Nazorg / ketensamenwerking
11. De regio / regionaal werken
12. Veiligheid
13. Platformfunctie (er is een platform nodig voor het nieuwe veld)

De kenniskring is vier maal bijeen geweest. In totaal zijn in die vier bijeenkomsten vijf thema's behandeld. Elk thema is in een bijeenkomst van een dagdeel verder uitgewerkt en de vragen en dilemma's die bij elk thema aan de orde zijn, zijn geïnventariseerd. Ook is geïnventariseerd wat (volgens de deelnemers) voorwaarden zijn om verantwoorde gesloten/besloten jeugdzorg te bieden. Het formuleren van gezamenlijke standpunten bleek lastig. Daarvoor kenden de deelnemers elkaar nog onvoldoende en was er over en weer nog veel onbekendheid met ieders werkkerrein (justitie versus jeugdzorg). Ook is het nieuwe

werkveld nog volop in ontwikkeling en dienen er over diverse onderwerpen nog bestuurlijke besluiten genomen te worden. Er bleek – vooral aan de kant van de justitiële jeugdinrichtingen – nog veel onduidelijkheid over de gevolgen van de overheveling van de inrichtingen, over de tijdsplanning, de financiële en personele gevolgen, de gevolgen voor de nu opgenomen jongens en meisjes enzovoorts. Bij sommige onderwerpen (zoals bij het thema doelgroep) was wel een duidelijk gezamenlijk standpunt mogelijk. Bij andere onderwerpen (nog) niet.

In de bijeenkomsten is daarom volstaan met het inventariseren van de vragen die er leven en de dilemma's die men ervaart. Op basis van de discussie en de uitwisseling van kennis en ervaring zijn randvoorwaarden geïnventariseerd voor het bieden van verantwoorde gesloten jeugdzorg. Ter afsluiting van dit verslag geven we hieronder een overzicht van alle randvoorwaarden en vragen en dilemma's per thema.

8.2 Randvoorwaarden voor verantwoorde zorg in geslotenheid

Thema 1: geslotenheid

- Erkennen van de positieve verplichting om het recht op een menselijke behandeling (waarin rekening gehouden wordt met de individuele behoeften van een jeugdige) te waarborgen en in het verlengde daarvan het vastleggen van rechten van de jeugdigen (zoals het recht op onderwijs en het recht om een bepaald aantal uren per dag buiten de eigen kamer door te brengen).
- Eisen stellen aan het expliciteren van de beperkende en controlerende maatregelen per instelling.
- Stellen van minimumeisen aan uitwerking van huisregels en een bevoegheidsregeling (wie mag besluiten tot inzet beperkende maatregelen).
- Het uitwerken van eisen op het punt van de uitwerking van een fasering (van gesloten naar besloten naar open).
- Het uitwerken van eisen rond het toedienen van dwangmedicatie (valt ook onder de bevoegheidsregeling).
- Meer duidelijkheid bieden rond de vraag wat er in het kader van het behandelplan wel en niet gerechtvaardigd is.

Vragen en dilemma's:

- Hoe kan voorkomen worden dat standaard alle beperkende maatregelen in de hulpverleningsplannen opgenomen worden om zo over alle mogelijkheden te beschikken?
- Hoe komen jongeren in de instellingen? Blijft er een centrale toewijzing en een centrale vervoersdienst bestaan?
- Kunnen jongeren die binnen het kader van de BOPZ of de gewijzigde Wet op de Jeugdzorg door elkaar geplaatst worden en mogen dan dezelfde beperkende maatregelen toegepast worden?
- Hoe gaat de overheveling van de justitiecapaciteit geregeld worden?
- Moeten de instellingen alle jongeren opnemen of kan er geselecteerd worden en komen er enkele landelijke specialisten?

Thema 2: doelgroep

- Integratie van de orthopsychiatrie en de instellingen voor gesloten/besloten jeugdzorg. In de nieuwe initiatieven is hier al sprake van. Ook bij de justitiële jeugdinrichtingen en enkele al langer bestaande orthopsychiatrische klinieken zou die integratie plaats moeten vinden.
- In dit nieuwe werkveld zouden gespecialiseerde instellingen moeten ontstaan voor jongeren met gedragsstoornissen in combinatie met andere stoornissen. Binnen dit werkveld is dan alle expertise aanwezig en kunnen dus ook geen jeugdigen afgewezen worden.
- De forensische jeugdpsychiatrie zou dezelfde ontwikkeling moeten doormaken samen met de justitiële jeugdinrichtingen (strafrechtelijke groep).
- Ontwikkel kwaliteitsstandaarden voor het zorgaanbod in de nieuwe sector.
- Volgens de 'overkomende' justitiële jeugdinrichtingen is een centrale toeleiding noodzakelijk om in de komende jaren te kunnen garanderen dat jongeren de hulp krijgen die zij nodig hebben. De nieuwe instellingen vinden juist een regionale toewijzing noodzakelijk om verantwoorde zorg te kunnen bieden: alleen dan kan er met de ouders/het gezin (samen)gewerkt worden.

Vragen en dilemma's:

- Wat zijn de verdere stappen en plannen rond de toewijzing?
- Wat voor rol spelen de inrichtingen en instellingen hierin?
- Hoe kan worden gegarandeerd dat de medewerkers in de gesloten jeugdzorg om kunnen gaan met de complexe problemen van de jongeren waarmee zij geconfronteerd worden?
- Wat voor kwaliteitsstandaarden worden er bepaald en door wie?

Thema 3: zorgaanbod:

- Monitoring van de *needs* van de jongeren die instromen in het nieuwe zorgaanbod, zodat afstemming plaats kan blijven vinden van het zorgaanbod bij de 'vraag'.
- Zorgdragen voor een voldoende aanbod aan interventies gericht op ouders en gezin bij alle aanbieders van gesloten/besloten jeugdzorg.
- De mogelijkheid bieden tot een geleidelijke overgang van gesloten naar volledige 'open'. Die tussenstap van 'beslotenheid' dient flexibel toegepast te kunnen worden: niet voor alle jongeren is die tussenstap nodig, niet voor alle jongeren ook is strikte geslotenheid in het begin nodig.

Thema 4: wettelijk kader:

- Nadere eisen stellen aan de zorgaanbieders t.a.v. de uitwerking van de bevoegdheden tot het gebruik van beperkende maatregelen (wie mag ze toepassen en wie besluit tot toepassing ervan).
- Aandacht besteden aan de *implementatie* van de gewijzigde wet. De wetwijziging brengt veel veranderingen met zich mee voor de kinderrechter, BJZ, zorgaanbieders, ouders én jeugdigen. Zij moeten actief met deze veranderingen bekend gemaakt worden. Een trainingsronde zoals destijds bij de invoering van de BJJ zou een goede mogelijkheid zijn om professionals goed op de hoogte te stellen. Ook ouders en jongeren dienen echter te weten wat de wet voor gevolgen heeft. Voor hen zou voorlichtingsmateriaal (folders, beeldmateriaal) beschikbaar moeten zijn.
- Nadere eisen stellen aan de hulpverleningsplannen, ontwikkelen van een basisbehandelplan (format).
- Duidelijkheid verschaffen over de zaken waar de inspectie c.q. de diverse inspecties op gaan letten. Op korte termijn toewerken naar integraal toezicht binnen de gesloten/besloten jeugdzorg.
- Nadere uitwerking bieden van diverse onduidelijkheden in de wet, zoals: de termijn van de schorsing van de machtiging; de plaatsing en bekostiging van 18+; de situatie dat

jeugdigen tegen hun eigen wil én die van hun ouders vastgehouden kunnen worden in de instelling; de eventuele trajectmachtiging; wat er gebeurt met jeugdigen waarvan de straf is afgelopen, maar nog wel verblijf in geslotenheid nodig is e.d.

- Ontwikkelen van procedures om met ouders en jongeren kort na opname het hulpverleningsplan te bespreken en daar hun commitment voor te krijgen, ondanks het feit dat ouders en jongere formeel niet hoeven in te stemmen.
- Het instellen van een klachtencommissie dicht bij de instellingen, zoals ook het geval is bij de commissies van toezicht bij de justitiële jeugdinrichtingen. Vanwege het bijzondere karakter van het nieuwe zorgaanbod (geslotenheid, beperkende maatregelen) en de veel minder uitgewerkte rechtspositie van jeugdigen en ouders, is een andere klachtenbehandeling gerechtvaardigd.
- Investeren in de kennis en kunde van het personeel op de werkvloer, zodat het gebruik van de beperkende maatregelen binnen de perken kan blijven.

Vragen en dilemma's:

- Is er een overgangsregeling mogelijk voor de (paar) meisjes die nu met een strafrechtelijke maatregel (pij) verblijven in één van de justitiële jeugdinrichtingen die overgaan naar VWS?
- Is er wel of geen sprake van een acceptatieplicht? Komen we wel of geen specialistische (landelijke) voorzieningen?

Thema 5: competenties van personeel:

- Goed opgeleide professionals die: a) kennis hebben over stoornissen en problemen, b) de vaardigheden hebben geleerd om met jongeren met ernstige gedragsproblemen om te gaan, c) inzicht hebben de manier waarop reacties van professionals probleemgedrag kunnen uitlokken of voorkomen, d) hun eigen valkuilen kennen en e) consequente opvoeders zijn.
- Professionals met levenservaring, incasseringsvermogen, het vermogen tot relativeren en inlevingsvermogen.
- Voldoende opleidingen die voorbereiden op het werk in de een instelling voor gesloten/besloten jeugdzorg (en waar zowel kennis als vaardigheden aangeleerd worden).

Vragen en dilemma's:

- Is personeel op MBO niveau wel in staat – ook na extra training en supervisie – om met jongeren met ernstige gedragsproblemen te werken?
- Is het wel verstandig om mensen met een problematische achtergrond te laten werken met jongeren met ernstige gedragsproblemen?

8.3 Hoofdpunten

In deze hele lijst van randvoorwaarden en vragen en dilemma's vallen een paar hoofdpunten op.

Ten eerste het feit dat er veel vragen zijn bij de justitiële jeugdinrichtingen over de praktische gang van zaken, de keuzes die gemaakt zijn of gaan worden en de gevolgen die 'overgang' naar VWS heeft voor de inrichting, de opgenomen jongeren en het personeel. Dit maakt duidelijk dat er behoefte is aan een 'spoorboekje' voor de overgang van de inrichtingen naar VWS: een plan waarin de taken en verantwoordelijkheden in én de tijdsplanning van het hele traject vastgelegd zijn.

Daarnaast blijkt dat de gewijzigde Wet op de Jeugdzorg nog veel vragen oproept. Er zijn nog veel vragen. Daarnaast verandert er veel voor veel verschillende betrokkenen. Dit maakt

duidelijk dat er behoefte is aan een grondige implementatie van de gewijzigde wet (bijvoorbeeld door training van professionals zoals bij de introductie van de BJJ en door voorlichting aan ouders en jongeren).

De gewijzigde wet legt minder nadruk op de rechten van jeugdigen en de plichten van zorgaanbieders dan de BJJ. De deelnemers aan de kenniskring hechten aan een meer gedetailleerde uitwerking van beiden om onrechtmatig gebruik van beperkende maatregelen te voorkomen.

De deelnemers aan de kenniskring waren het eens over het feit dat de orthopsychiatrie niet langer – zoals nu veelal het geval is – los van de overige aanbieders van jeugdzorg functioneert. Orthopsychiatrie en de gesloten/besloten jeugdzorg zouden samen één veld moeten vormen (overigens geldt hetzelfde voor de forensische jeugdpsychiatrie en de justitiële jeugdinrichtingen). Daarin zou het zorgaanbod dusdanig flexibel moeten zijn vormgegeven dat er daadwerkelijk aangesloten kan worden bij de *needs* van de opgenomen jongeren, óók als er intensieve ambulante zorg nodig is.

8.4 Tot slot

De eerste stap is gezet: de zorgaanbieders kennen elkaar en hebben kennis en ervaring uitgewisseld over diverse onderwerpen. De deelnemers schrijven op het evaluatieformulier dat zij door willen gaan met de kenniskring bijeenkomsten. Ze hechten aan de onderlinge uitwisseling en achten de tijd rijp om de bijeenkomsten te gebruiken om gezamenlijke aanbevelingen te formuleren of afspraken te maken.

Wij stellen voor om de kenniskring voort te zetten, maar een lagere frequentie van de bijeenkomsten te hanteren (bijvoorbeeld twee maal per jaar) met een gelimiteerd aantal deelnemers (nu was de groep vaak erg groot).

Omdat er nog enorm veel ontwikkelingen zijn in het veld en nog vele keuzes gemaakt moeten worden, stellen we voor de bijeenkomsten alleen te organiseren als zij passen binnen het grotere geheel aan activiteiten dat binnen het nieuwe zorgaanbod ontwikkeld wordt (onderzoek KU Nijmegen; ontwikkelopdracht Van Montfoort; projecten rond de toeleiding enzovoorts). Duidelijk moet zijn welke onderwerpen wáár en door wie aangepakt worden.