



Inspectie Jeugdzorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Jaarbericht 2012



# Jaarbericht **2012**

Inspectie Jeugdzorg

Utrecht, mei 2013

Ontwerp: hAAi, Rotterdam

Fotografie: Hans Tak, Erno Wientjens en Hollandse Hoogte

Alle foto's van de jongeren in deze brochure betreffen  
geen personen in de jeugdzorg en zijn uitsluitend ter illustratie.

# Inhoudsopgave

<b>1. Voorwoord</b>	<b>4</b>
<b>2. Toezicht tijdens transitie</b>	<b>6</b>
<b>3. Van handelingsverlegenheid naar handelingsplicht</b>	<b>8</b>
<b>4. Toezicht algemeen</b>	<b>11</b>
4.1 Risicogebaseerd	12
4.2 Risico-indicatoren	12
4.3 Vormen van toezicht	13
4.4 Verscherpt toezicht	14
<b>5. Thematisch toezicht</b>	<b>17</b>
5.1 Jeugdzorg <sup>plus</sup>	18
5.2 Alleenstaande minderjarige vreemdelingen	21
5.3 Caribisch Nederland	22
5.4 Particulier zorgaanbod: kwaliteit onderaannemers	22
5.5 Justitiële jeuginrichtingen	23
5.6 Veiligheid jongeren op wachtlijsten	24
5.7 Kwaliteit meldingen Bureau Jeugdzorg bij Raad voor de Kinderbescherming	25
5.8 Pleegzorg	26
<b>6. Calamiteiten en incidenten</b>	<b>31</b>
6.1 Calamiteitenmeldingen en incidentenevaluaties	32
6.2 Onderzoek en analyse calamiteiten	32
6.3 Calamiteiten in cijfers	34
6.4 Incidentenevaluaties	38
<b>7. Signalen van burgers en professionals</b>	<b>41</b>
7.1 Aandacht voor signalen	42
7.2 Signalen van burgers	42
7.3 Signalen van professionals	45
<b>8. Samenwerking</b>	<b>49</b>
8.1 Samenwerkend Toezicht Jeugd	50
8.2 Thematisch toezicht	51
8.3 Overige samenwerking	51

# 1. Voorwoord

Zoals elke toezichthouder staat ook de Inspectie Jeugdzorg midden in de samenleving. Voor de inspectie betekent dit, dat zij niet alleen reageert op een melding van een calamiteit, maar dat zij juist pro-actief bezig is om te zorgen dat instellingen zo veel mogelijk dergelijke calamiteiten weten te voorkómen, om te bevorderen dat instellingen hun kwaliteit van zorg verbeteren en om in te spelen op nieuwe maatschappelijke vragen, wensen en verwachtingen. De inspectie richt haar toezicht zodanig in, dat zij de meeste aandacht besteedt aan instellingen waar de risico's voor de veiligheid en de kwaliteit van de zorg het grootst zijn. Constateert de inspectie tekortkomingen, dan dient de betrokken instelling een verbeterplan voor te leggen dat door de inspectie wordt beoordeeld. Vervolgens stelt de inspectie een termijn waarbinnen de voorgenomen verbeteringen moeten zijn gerealiseerd. De inspectie houdt oog op de voortgang van de verbeteringen door onder meer onverwacht toezicht en voert een hertoets uit bij de afronding van het verbeterplan. Wanneer een instelling de verbeteringen niet binnen de gestelde termijn doorvoert of in een eerdere fase geen kans ziet om realistische verbeterplannen voor te leggen, kortom, wanneer de inspectie van oordeel is dat er structurele tekortkomingen zijn in de kwaliteit van de zorg, die (kunnen) leiden tot risico's voor de veiligheid van kinderen, dan stelt de inspectie de instelling onder verscherpt toezicht. Als het niet mogelijk blijkt dat de instelling de problemen te boven komt, kan sluiting volgen. Zo bevordert de inspectie op een vasthoudende en handhavende manier de kwaliteit van de jeugdzorg. Stimulerend en agenderend waar mogelijk, streng en doortastend waar nodig.

De afgelopen jaren heeft de inspectie regelmatig zorgelijke ontwikkelingen gesignaleerd, zoals het ontbreken van voldoende toezicht op zowel de plaatsing van jongeren met een jeugdzorgindicatie in het buitenland als bij particulier aanbod in Nederland. In beide gevallen werd door het Interprovinciaal Overleg (IPO) en Jeugdzorg Nederland, in overleg met de inspectie, in een protocol of in kwaliteitsmaatstaven vastgelegd onder welke voorwaarden jongeren geplaatst mogen worden in het buitenland of bij 'onderaannemers' in de particuliere zorg. Vervolgens heeft de inspectie de naleving van deze afspraken in de praktijk getoetst (zie o.a. paragraaf 5.4).

Het stapsgewijs toetsen en zo nodig hertoetsen bleek de afgelopen jaren ook succesvol in de instellingen voor jeugdzorg<sup>plus</sup>. Dit onderdeel van de residentiële jeugdzorg is in de afgelopen jaren opgebouwd; hier behandelt men de moeilijkste doelgroep in de jeugdzorg. Door de fasering van het toezicht – van rechtspositie en veiligheid (stap 1) naar leefklimaat en samenwerking met de school (stap 2), door het aandragen van goede voorbeelden en het uitvoeren van hertoetsen, scoren inmiddels vrijwel alle instellingen voldoende op de bovengenoemde punten.

De betrokkenheid van de inspectie bij ontwikkelingen in het veld en in de samenleving krijgt gestalte in een reeks van activiteiten. Zo wordt door alle partijen die betrokken zijn bij de jeugdzorg (ministeries, IPO, Jeugdzorg Nederland) regelmatig een beroep gedaan op de expertise en ervaring van de inspectie, adviseert de inspectie over wet- en regelgeving, zoals de uitwerking van de stelselherziening, werkt zij mee aan de richtlijnontwikkeling voor de jeugdzorg door het Nederlands Jeugdinstituut en levert zij op verzoek een inbreng bij het opstellen van kwaliteitscriteria en protocollen voor de jeugdzorg door Jeugdzorg Nederland en het IPO.

Ter verhoging van de kwaliteit van de incidentenrapportages van de instellingen, heeft de inspectie op verzoek in enkele bijeenkomsten een nadere toelichting gegeven op de hantering van dit systeem en op de verwachtingen die de inspectie hieromtrent heeft. En na de afsluiting van een calamiteitenonderzoek heeft de inspectie leerbijeenkomsten voor alle betrokkenen georganiseerd. Inmiddels is dit initiatief overgedragen aan het veld en wordt dit meer en meer een beproefde werkwijze.

Over de kwaliteit van de jeugdzorg krijgt de inspectie ook aanwijzingen via de signalen die zij van burgers en professionals ontvangt. Afhankelijk van de ernst van het signaal kan dit aanleiding zijn tot directe actie, nader onderzoek of aanpassing van het risicoprofiel van een instelling. Verder komen er door het volgen van de sociale media ook mogelijke misstanden ter kennis van de inspectie. Zo blijft het toezicht bij de tijd en speelt de toezichthouder adequaat in op maatschappelijke ontwikkelingen.

De Hoofdinspecteur van de Inspectie Jeugdzorg,  
*Mw. drs. G.E.M. Tielen*

## 2. Toezicht tijdens transitie

In 2012 werden langs verschillende wegen lijnen uitgezet naar de toekomst. Er trad een nieuw kabinet aan met een regeerakkoord dat zeker ook consequenties zou hebben voor de jeugdzorg. De Inspectie Jeugdzorg presenteerde haar meerjarenvisie ‘Laverend, maar koersvast’ waarin nadrukkelijk wordt ingespeeld op toekomstige ontwikkelingen. En er kwam een consultatieronde voor twee wetsvoorstellen (‘Jeugdwet’ en ‘Professionalisering in de jeugdzorg’), waarmee de veranderingen in de jeugdzorg vastere vorm krijgen.

Bij de nadere invulling van het nieuwe stelsel wordt door de ministeries regelmatig een beroep gedaan op de expertise en ervaring van de inspectie. Tijdens de transitieperiode staat voor de inspectie het behoud en de verbetering van de kwaliteit van de zorg voor jongeren centraal. Ook tijdens de overdracht van de bestuurlijke verantwoordelijkheid dient deze kwaliteit te allen tijde gewaarborgd te zijn. Zo dient onder alle omstandigheden helder te zijn wie verantwoordelijk is voor de veiligheid van de jongeren (zie ook hoofdstuk 3). Dit geldt voor zowel de betrokken instellingen en professionals als voor de bestuurslagen, bijvoorbeeld als provincies en gemeenten het initiatief nemen om vooruit te lopen op de transitie.

Binnen de inspectie is een tijdelijk team ‘Toezicht tijdens transitie’ gevormd van medewerkers die een deel van hun tijd specifieke aandacht besteden aan de ontwikkelingen rond de transitie. Naast het monitoren van de hiervoor genoemde nieuwe initiatieven heeft het team regelmatig overleg met medewerkers van de ministeries van VWS en van VenJ over signalen van mogelijke knelpunten, de voortgang van het transitieproces en de contacten met de transitie managers van gemeenten. Ministeries en inspectie wisselen onderling informatie uit over experimenten en projecten en de inspectie geeft voorlichting aan gemeenten over de inhoud en vorm van het toezicht.

In 2012 brachten wij een reeks van rapporten, brieven en notities uit, onder meer over de opvang van alleenstaande minderjarige vreemdelingen, de veiligheid van jongeren die op een wachtlijst staan en de resultaten van onderzoek naar calamiteiten. Daarnaast vonden hertoetsen plaats van de kwaliteit van de meldingen die de bureaus jeugdzorg bij de Raad voor de Kinderbescherming doen en werden – in samenwerking met andere inspecties – justitiële jeugdinstellingen doorgelicht en hertoetsen uitgevoerd in de jeugdzorg<sup>plus</sup>. Op enkele van deze thema’s wordt in dit jaarbericht nader ingegaan.



De Wet op de jeugdzorg bepaalt dat de inspectie jaarlijks een verslag opstelt van haar werkzaamheden en daarbij voorstellen doet ter verbetering van de jeugdzorg. Sinds enkele jaren brengt de inspectie daartoe een *Jaarbericht* uit, omdat zij naast het verslag doen van haar werkzaamheden ook wil berichten over ontwikkelingen in de jeugdzorg. Dit laatste krijgt onder meer gestalte in de presentatie van gegevens waarover de inspectie beschikt, dankzij de jaarverslagen, incidentenevaluaties en calamiteitenmeldingen van instellingen, de signalen van burgers en professionals en de resultaten van toezicht door de inspectie.

De inspectie streeft ernaar deze informatie verder te verbreden en te verdiepen; enerzijds om het toezicht op de jeugdzorg zo efficiënt en effectief mogelijk te laten plaatsvinden, anderzijds om de transparantie van haar werk verder te vergroten. Op termijn zal dit uitmonden in een 'Staat van', een ambitie waartoe de *Inspectieraad* (waaraan alle rijksinspecties deelnemen), in 2012 heeft besloten en die inhoudt dat elke inspectie voor het eigen werkterrein een 'Staat van' zal samenstellen.

### 3. Van handelingsverlegenheid naar handelingsplicht

Jaarlijks wordt de samenleving geconfronteerd met calamiteiten die kinderen zijn overkomen terwijl de jeugdzorg bemoeienis had met hen en hun ouders/verzorgers. Ondanks alle inzet en betrokkenheid van professionals komt het voor, dat er in de zorg of in de samenwerking tussen instellingen helaas een aantal dingen heel erg misgaat, met alle gevolgen van dien. De inspectie wil dan weten *wat er waar* is misgegaan en vooral, hoe dat in de toekomst kan worden voorkomen.

Naast het gebruikelijke calamiteitenonderzoek (zie hoofdstuk 6), hebben de Inspectie Jeugdzorg (IJZ) en het Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ – het samenwerkingsverband van vijf rijksinspecties op het terrein van de jeugd) het afgelopen jaar gezamenlijk een analyse gemaakt van een achttal calamiteiten om te onderzoeken of daaruit bepaalde patronen naar boven komen. Uit het onderzoek werd duidelijk dat het in de noodzakelijke samenwerking tussen betrokken partijen meer dan eens ontbrak aan het met elkaar delen van informatie, het onderling communiceren, het afstemmen van acties en het voeren van regie over alle interventies als geheel.

#### Handelingsverlegenheid

De achterliggende oorzaak van deze calamiteiten kan veelal omschreven worden als een vorm van ‘handelingsverlegenheid’. Deze term is een verzamelbegrip geworden voor onder meer de schroom van professionals om (complexe) zaken als – een vermoeden van – kindermishandeling of seksueel misbruik vroegtijdig bespreekbaar te maken met ouders en kinderen en de mate waarin en wijze waarop informatie tussen professionals en organisaties wordt uitgewisseld. Voor de veiligheid van kinderen en de kwaliteit van de zorg acht de inspectie het van groot belang dat deze handelingsverlegenheid verdwijnt en bij voorkeur plaats maakt voor een (morele) handelingsplicht bij organisaties en professionals die betrokken zijn bij de ondersteuning, zorg- en hulpverlening aan kinderen en hun gezinnen. In die ideale situatie hebben alle betrokken organisaties en professionals – jeugdgezondheidszorg, politie, huisartsen, verloskundigen, kraamverzorgers, kinderopvang, maar ook woningbouwcorporaties en schuldhulpverlening – een verantwoordelijkheid bij het signaleren van risico’s voor de veiligheid van kinderen. Na inschatting van en/of onderzoek naar de ernst van de signalen kan doorverwijzing plaatsvinden en (zo nodig) overdracht aan de meest geschikte zorginstelling. Voor het doorverwijzen, opstarten en/of uitvoeren van de zorg- en hulpverlening aan het kind of gezin ligt de verantwoordelijkheid bij de (jeugd)gezondheidszorg, het algemeen- of schoolmaatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg, de (jeugd-)GGZ, de huisarts of het ziekenhuis.

De verantwoordelijkheid van een organisatie eindigt nadrukkelijk niet wanneer het kind formeel is overgedragen aan een andere organisatie. Integendeel: de ‘overdragende’ partij dient zich ervan te verzekeren dat de (vervolg)hulpverlening ook daadwerkelijk start en dat het kind/gezin niet tussen wal en schip valt of uit beeld verdwijnt.

## Verbeterpunten

Ter verbetering van de samenwerking tussen instellingen en ter vermindering van de ‘handelingsverlegenheid’ hebben wij een aantal verbeterpunten geformuleerd, zoals een beter en ruimer gebruik van de Verwijsindex risicjongeren, het scholen van betrokken professionals in het herkennen van signalen, het consequent (her)inschatten van veiligheidsrisico’s bij zich veranderende (gezins-)situaties en het zich verzekeren van de continuïteit van de zorg, ook na overdracht van een kind aan een andere zorginstelling en ook na bijvoorbeeld het afwijzen door de kinderrechter van een kindbeschermsmaatregel.

## Decentralisatie biedt kansen aan gemeenten

De decentralisatie van de jeugdzorg, de invoering van passend onderwijs, de overheveling van de begeleidingsfunctie naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de invoering van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling bieden gemeenten kansen om risico’s vroegtijdig te signaleren, zorg- en hulpverlening op maat aan te bieden en integraal te organiseren. Niet alleen professionals maar ook gemeenten en (andere) samenwerkingspartners moeten zich er van bewust zijn dat zij allen een handelingsplicht hebben waar het gaat om de afstemming en continuïteit van de zorg voor kinderen en hun ouders. Dit stelt niet alleen hoge eisen aan de professionaliteit van de hulp- en zorgverleners, maar ook aan de samenwerking tussen organisaties. De gemeente krijgt vanuit haar nieuwe verantwoordelijkheid niet alleen de mogelijkheden maar ook de plicht om alle noodzakelijke domeinen bij dit proces te betrekken en zo problemen integraal aan te pakken.





## 4.

### Toezicht algemeen

## 4. Toezicht algemeen

De Inspectie Jeugdzorg kent verschillende vormen van toezicht en richt haar programma in op basis van gerichte keuzes en prioriteiten. Hieronder volgt een toelichting op deze werkwijze.

### 4.1 Risicogebaseerd

De inspectie houdt toezicht op die plaatsen waar volgens haar eigen inschatting de risico's voor jongeren het grootst zijn. Die inschatting wordt gemaakt aan de hand van een risicomodel, dat in de loop van de jaren verder wordt uitgebouwd. De inspectie stelt voor elke jeugdzorginstelling een risicoprofiel op dat wordt gevoerd door de volgende bronnen: het beeld dat de inspectie van de instelling heeft op basis van inspectiebezoeken (waaronder gesprekken met professionals en jongeren) en onderzoeken, het al dan niet gecertificeerd zijn van de instelling volgens de normen van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ), een analyse van de calamiteiten en incidentenevaluaties, alsmede de jaarverslagen van de instelling over achtereenvolgens kwaliteit, klachten en financiën, een analyse van signalen van burgers en professionals over de instelling en tot slot de antwoorden op de 'vragenlijst risico-indicatoren' die elke twee jaar aan de instellingen wordt voorgelegd. Een compleet overzicht van alle risico-indicatoren die de inspectie hanteert, is in 2012 op de website geplaatst<sup>1</sup>. Op basis van de risicoprofielen stelt de inspectie prioriteiten in de wijze waarop zij het toezicht het komende jaar inricht.

### 4.2 Risico-indicatoren

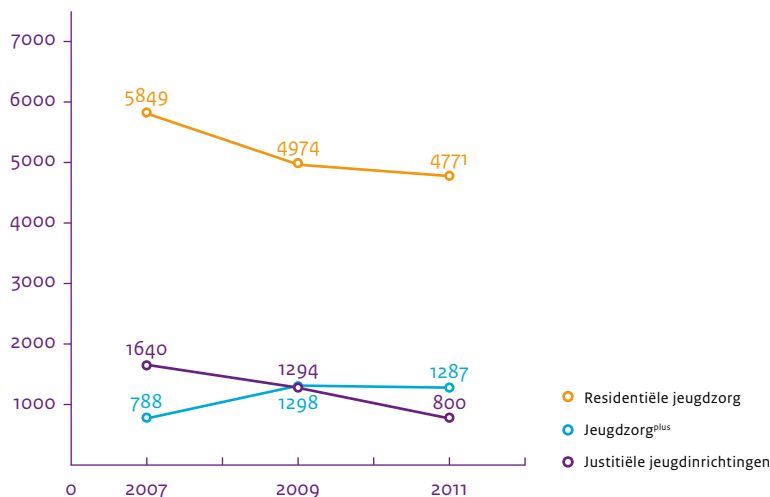
De antwoorden van instellingen op de vragenlijst risico-indicatoren vormen niet alleen één van de bronnen voor het risicoprofiel van instellingen maar zijn tevens een bron van informatie over de jeugdzorg als geheel. Hieronder volgt een aantal gegevens over de residentiële jeugdzorg, afgeleid uit de scores op de vragenlijst risico-indicatoren. Andere gegevens komen terug in hoofdstuk 5 bij het thematisch toezicht in de jeugdzorg<sup>plus</sup> en in de pleegzorg.

#### 4.2.1 Residentieel

Figuur 1 geeft een beeld van de capaciteitsontwikkeling in de (vrijwillige) residentiële jeugdzorg, de jeugdzorg<sup>plus</sup> en de justitiële jeugdinrichtingen tussen 2007 en 2011. Een dergelijke ontwikkeling is het resultaat van schommelingen in vraag en aanbod, maar vooral ook van maatschappelijke veranderingen en politieke en beleidsmatige keuzes.

<sup>1</sup> Zie: [www.inspectiejeugdzorg.nl](http://www.inspectiejeugdzorg.nl)





**Figuur 1** Capaciteit residentiële jeugdzorg 2007-2011.<sup>2</sup>

Uit de figuur blijkt, dat de capaciteit van de residentiële jeugdzorg in die jaren terugloopt, zij het sinds 2009 slechts geleidelijk. Dit is mogelijk een gevolg van het streven om jongeren zoveel mogelijk thuis te laten blijven of in een pleeggezin te plaatsen en om meer gebruik te maken van ambulante dan van residentiële zorg. Duidelijk zichtbaar is verder de groei en daarna stabilisatie van de capaciteit in de jeugd zorg<sup>plus</sup> en tegelijkertijd de voortgaande daling van de capaciteit van de justitiële jeugdinrichtingen (jji). Een belangrijke factor hier was de overgang van jongeren uit de jji's naar de instellingen voor jeugd zorg<sup>plus</sup>.

### 4.3 Vormen van toezicht

De inspectie heeft haar toezicht op verschillende wijzen vorm gegeven. Via inspectiebezoeken, werkbezoeken en gesprekken houden inspecteurs de vinger aan de pols bij de jeugdzorginstellingen in de regio. Zwakke punten uit het risico-profiel, meldingen van calamiteiten, signalen van burgers en professionals, maar ook de implementatie van verbetermaatregelen komen daarbij in elk geval aan de orde. Daarnaast kent de inspectie het *thematisch toezicht* waarbij binnen één type zorgaanbod (zoals de jeugd zorg<sup>plus</sup> of de pleegzorg) één aspect systematisch wordt doorgelicht. Een nadere uitwerking van dit thematisch toezicht is te vinden in het volgende hoofdstuk.

Tot slot voert de inspectie toezicht uit naar aanleiding van *calamiteiten*. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar hoofdstuk 6.

<sup>2</sup> In 2008, 2010 en 2012 ontvingen instellingen vragenlijsten voor de situatie in respectievelijk 2007, 2009 en 2011.

In 2012 brachten inspecteurs van de Inspectie Jeugdzorg in totaal 263 bezoeken aan instellingen. Bij dergelijke bezoeken zijn altijd twee of meer medewerkers van de inspectie betrokken. Betreft het een gezamenlijk toezicht van samenwerkende inspecties (zoals bij jeugdzorg<sup>plus</sup> en jji's) dan brengt elke inspectie zijn deskundigheid in. Door een efficiënte taakverdeling te hanteren kunnen dan bijvoorbeeld een onderwijs- en een jeugdzorginspecteur samen de onderwijs- en jeugdzorginterviews afnemen.

#### 4.4 Verscherpt toezicht

Wanneer de kwaliteit van de zorg van een instelling ernstig tekort schiet, kan de inspectie besluiten om de instelling onder *verscherpt toezicht* te plaatsen. De instelling dient dan direct maatregelen te nemen om de situatie te verbeteren en daarnaast een plan in te dienen om ook in structurele zin de problemen op te lossen. Gedurende meestal een jaar volgen wij dan de inzet van de instelling om de verbeteringen te realiseren. Daarna vindt een hertoets plaats om te zien of de situatie daadwerkelijk voldoet. Is dit het geval, dan wordt het verscherpt toezicht opgeheven.

In 2012 werden de Stichting Gereformeerd Jeugdwelzijn (SGJ) en de Bureaus Jeugdzorg Haaglanden/Zuid-Holland onder verscherpt toezicht geplaatst. Eind 2012 werd het onderzoek afgerond op grond waarvan de William Schrikker Groep in januari 2013 eveneens onder verscherpt toezicht werd geplaatst.











## 5.

### Thematisch toezicht

## 5. Thematisch toezicht

In het kader van het thematisch toezicht werd door de inspectie in 2012 een reeks van onderzoeken uitgevoerd. Hieronder volgt een selectie van de meest relevante en actuele onderzoeken. In dit overzicht ontbreekt ditmaal het buitenlands zorgaanbod, omdat aan dit thema in het vorige jaarbericht uitgebreid aandacht is besteed.

### 5.1 Jeugdzorg<sup>plus</sup>

Instellingen voor jeugdzorg<sup>plus</sup> bieden sinds 2008 opvang, begeleiding en behandeling van een zeer moeilijke groep jongeren die voorheen in een justitiële jeugdinstelling terecht kwam. Onderdeel van die behandeling kan zijn, dat zij in hun vrijheid worden beperkt, omdat zij soms een gevaar vormen voor zichzelf of voor anderen en/of zich aan een behandeling onttrekken.

Aangezien de jeugdzorg<sup>plus</sup> zich nog in een opbouwfase bevindt, wordt ook het toezicht stapsgewijs uitgevoerd. Bij de eerste stap (2009-2010) richtte het onderzoek zich op de veiligheid en de rechtspositie van de jongere, juist vanwege het gesloten karakter van de instelling. In dit onderzoek richt de aandacht zich op maatregelen die de vrijheid van de jongere beperken, de klacht- en verlofregeling en de toegang van de jongere tot een vertrouwenspersoon.

	Almata	Aventier Alexandra	Aventier Hand in Hand	Aventier De Sprengen	BJ Brabant Pallas Plus	De Heuvelrug Overberg	Hoenderloo Groep Kop van Deelen	Hoenderloo Groep	Horizon 13-/13+	Icarus	JJC	De Koppeling	De Lindenhorst	OGH	Rentray	Transferium	Wilster	
Rechtspositie 2009	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Na hertoets 2010	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ Voldoende of goed ■ Onvoldoende

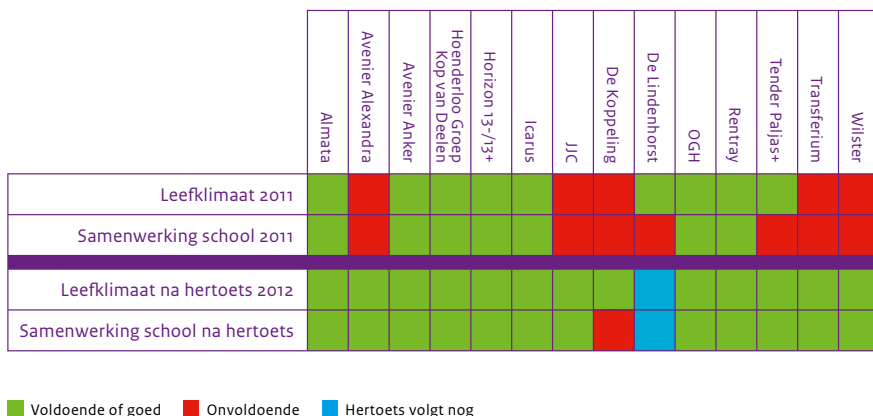
**Figuur 2** Resultaten toezicht stap 1 jeugdzorg<sup>plus</sup> over rechtspositie in 2009 en 2010.

In het Tussenbericht over deze eerste stap (2010) gaf de inspectie aan dat een meerderheid van de instellingen voor jeugdzorg<sup>plus</sup> voldeed aan de voorwaarden voor een goede rechtspositie. Van een aantal instellingen luidde het oordeel *onvoldoende*. Mede doordat de inspectie de afgelopen jaren toegezien heeft op het invoeren van verbeteringen en instellingen heeft gestimuleerd goede voorbeelden met elkaar uit te wisselen, voldoen inmiddels alle instellingen aan de voorwaarden op dit punt.

Bij het onderzoek in de tweede stap (2010-2011) stonden het leefklimaat en de samenwerking met de school centraal. Over dit onderzoek is eind 2011 verslag gedaan in het Tweede tussenbericht toezicht jeugdzorg<sup>plus</sup>.

Het onderzoek gebeurde in samenwerking met de Inspectie van het Onderwijs. Uit het onderzoek kwam onder meer naar voren dat kwalitatief goed personeel en een goed dagprogramma van doorslaggevend belang zijn voor een goed leefklimaat. De kwaliteit van het leefklimaat bleek wisselend: bij een krappe meerderheid van de instellingen beoordeelde de inspectie het leefklimaat als voldoende of goed. De samenwerking tussen de jeugdzorg<sup>plus</sup> instellingen en de interne school beoordeelden de inspecties bij de helft van de instellingen als *onvoldoende*.

In 2012 vonden de meeste hertoetsen plaats voor beide onderdelen van het toezicht stap 2. De uitkomst hiervan is, dat vrijwel alle instellingen nu op beide onderdelen voldoende scores. Waar dit nog niet het geval is, zullen de beide inspecties de verbeteringen volgen en vervolgens een nieuwe hertoets uitvoeren.



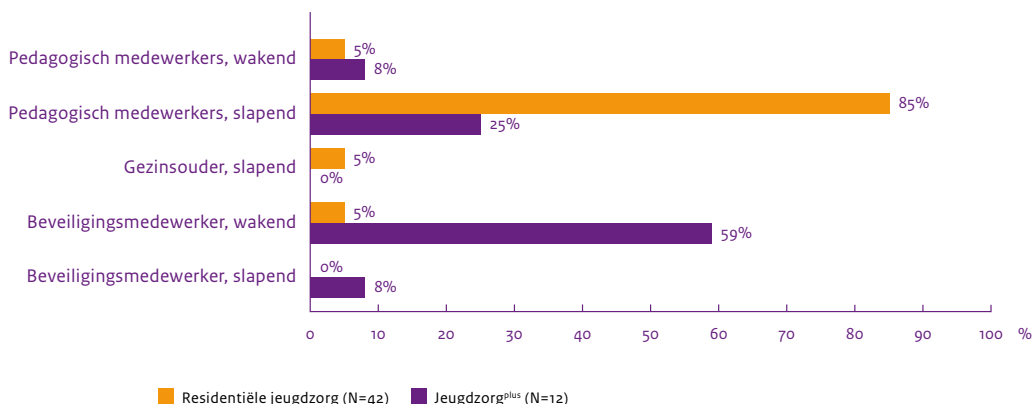
**Figuur 3** Resultaten toezicht stap 2 jeugdzorg<sup>plus</sup> over leefklimaat en samenwerking met school in 2010-2011 en na hertoetsen 2012.

Terugziend op de afgelopen vier jaar is de inspectie tevreden over de kwaliteitsontwikkeling in de jeugdzorg<sup>plus</sup>, zowel waar het gaat om de rechtspositie van jongeren (stap 1) als wat betreft het leefklimaat en de samenwerking met de school (stap 2). Bij de hertoetsen bleken ook de aanvankelijk als onvoldoende beoordeelde instellingen hun kwaliteit op dit punt voldoende te hebben verbeterd. Dit vergde overigens de nodige inzet van de inspectie bij het beoordelen van verbeterplannen, het toezien op de implementatie hiervan en het uitvoeren van de nodige hertoetsen.

In 2013 vindt de uitvoering plaats van de derde en laatste stap in het fasegewijs toezicht, waarbij vooral gekeken wordt naar de inhoud van de behandeling.

### 5.1.1 Verschillen jeugdzorg<sup>plus</sup> en residentiële jeugdzorg

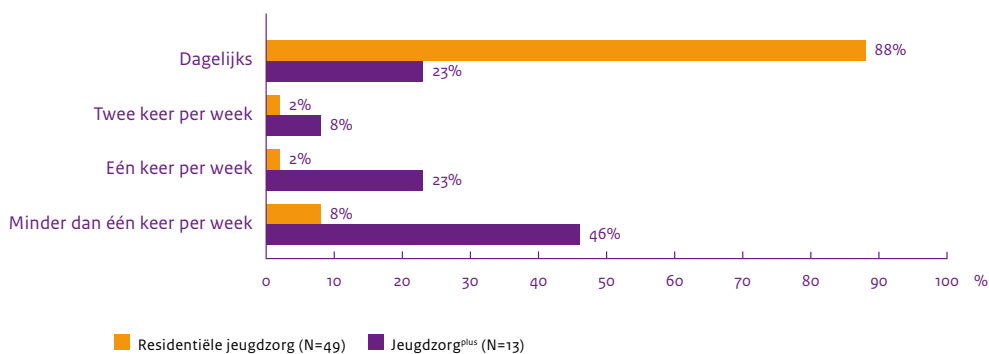
De verschillen in leefklimaat en regime tussen jeugdzorg<sup>plus</sup> en de reguliere residentiële jeugdzorg kunnen onder meer geïllustreerd worden aan de hand van de onderstaande figuren. Ze zijn gebaseerd op de door de instellingen aangeleverde gegevens bij de vragenlijst risico-indicatoren (zie paragraaf 4.2).



**Figuur 4** Toezicht 's nachts, naar zorgtype, functie en wijze waarop, in percentages. (2011)

Figuur 4 geeft een beeld van het toezicht 's nachts in de residentiële jeugdzorg en de jeugdzorg<sup>plus</sup>. Het verschil tussen de beide zorgtypen (jeugdzorg<sup>plus</sup> kent een gedwongen karakter met een moeilijker doelgroep) is duidelijk zichtbaar in de organisatie van het toezicht: in de residentiële zorg wordt in de meeste gevallen (circa 95%) toezicht gehouden door een slapende, in een enkel geval wakende, pedagogisch medewerker of gezinsouder. Bij de jeugdzorg<sup>plus</sup> wordt die functie in tweederde van de gevallen vervuld door een beveiligingsmedewerker, waarvan ruim de helft wakend. Is overigens sprake van een slapende medewerker, dan wordt in de jeugdzorg<sup>plus</sup> gebruik gemaakt van een signaleringssysteem.

De inspectie gaat ervan uit dat in de reguliere residentiële jeugdzorg in ieder geval niet standaard gebruik wordt gemaakt van verkliekers, camera's, afsluitbare deuren e.d. Er dient zicht te zijn op wat er 's nachts gebeurt en vastgelegd te zijn wat 's nachts het minimum aan personeel is en welke rol en verantwoordelijkheid dit personeel heeft. Verder dient er een risicotaxatie te zijn gemaakt op grond van de aard van de groep (al dan niet crisisplaatsingen, doelgroep, leeftijd, brandveiligheid van de instelling en scores op de veiligheidsbarometer). Deze risicotaxatie dient de basis te zijn voor maatwerk in de gehanteerde maatregelen.



**Figuur 5** De mate waarin jeugdigen vanaf 12 jaar in hun vrije tijd toegang hebben tot internet, naar zorgtype, in percentages. (2011)

Figuur 5 geeft een beeld van de mate waarin jongeren vanaf twaalf jaar in hun vrije tijd toegang hebben tot internet. Evenals in figuur 4 is ook hier een duidelijk verschil zichtbaar tussen de beide zorgtypes. In de residentiële jeugdzorg hebben de meeste jongeren (bijna 90%) dagelijks toegang tot internet, terwijl dit aandeel in de jeugdzorg<sup>plus</sup> ruim een vijfde bedraagt. Bijna de helft van de jongeren (circa 45%) in de jeugdzorg<sup>plus</sup> heeft minder dan één keer per week toegang tot internet, terwijl bijna een kwart dit één maal per week heeft.

Of het nu gaat om het nachtbeleid of om de toegang tot internet, het is duidelijk dat tussen de residentiële jeugdzorg en de jeugdzorg<sup>plus</sup> een verschil bestaat qua regime. In het laatste geval verschilt de vrijheidsgraad naar de behandelingsfase waarin de jongere verkeert. Hoe verder de behandeling van de jongere voortschrijdt, des te beter kan deze jongere omgaan met de hem of haar geboden vrijheid. Dit verklaart ook de differentiatie binnen de jeugdzorg<sup>plus</sup> naar de mate waarin jongeren wekelijks toegang hebben tot internet.

## 5.2 Alleenstaande minderjarige vreemdelingen

In het kader van haar meerjarenprogramma ‘Toezicht alleenstaande minderjarige vreemdelingen’ (amv’s) toetst de inspectie de belangrijkste opvangvormen voor amv’s. In 2011 is toezicht uitgevoerd op de campussen en in 2013 gebeurt dit bij de opvang in de woongezinnen.

In 2012 heeft de inspectie onderzoek gedaan naar de grootschalige opvang van amv’s in de proces opvanglocaties<sup>3</sup> te Oisterwijk en Wageningen. De inspectie oordeelde dat het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) erin slaagt om amv’s

<sup>3</sup> Proces opvanglocaties zijn voorzieningen waarin alleenstaande minderjarige vreemdelingen verblijven gedurende de rust- en voorbereidingstermijn, de algemene asielpcedure en de indicatieperiode. De indicatieperiode (maximaal drie maanden) is nodig om te bepalen welke vervolgoopvang noodzakelijk is.

op de proces-opvanglocaties voldoende (fysieke) veiligheid te bieden. Het COA bereikt dit door een combinatie van technische maatregelen, een goed toezicht op de jongeren, onderzoek naar veiligheidsbeleving van jongeren en een permanente bereikbaarheid en beschikbaarheid van de mentoren. Verder blijkt dat de mentoren getraind en in staat zijn om op een adequate, rustige manier te reageren op incidenten die zich voordoen, wat bijdraagt aan het voorkómen van escalaties. Ook het feit dat het COA met Nidos geïnvesteerd heeft in een betere samenwerking draagt in positieve zin bij aan de veiligheid van het leefklimaat, omdat mentoren en voogden elkaar sneller weten te bereiken. Wel is de begeleiding van de mentoren nog reactief, wordt het methodisch kader voor de begeleiding niet consequent gebruikt en bewaakt, en is de informatie-uitwisseling tussen het COA en Nidos over de ontwikkeling van de jongere nog niet voldoende. Voorts worden jongeren onvoldoende in staat gesteld om zelf rechtstreeks een klacht in te dienen bij een onafhankelijke klachtencommissie. De inspectie heeft een aantal aanbevelingen gedaan en verwacht voorjaar 2013 een rapportage van het COA waarin aangegeven wordt hoe deze aanbevelingen in de praktijk zijn uitgewerkt.

### 5.3 Caribisch Nederland

De Inspectie Jeugdzorg heeft in 2012 expertise en deskundigheid geleverd ten behoeve van een onderzoek van de Raad voor de Rechtshandhaving naar de jeugdreclassering op Caribisch Nederland, Curaçao en Sint Maarten. Op verzoek van de Raad<sup>4</sup> heeft de inspectie in december 2012 het onderzoek op Caribisch Nederland uitgevoerd. Het onderzoek richtte zich met name op de werkzaamheden van de Voogdijraad met betrekking tot jongeren in een strafrechtelijk kader. De rapportage van de Raad voor de Rechtshandhaving verschijnt in de eerste helft van 2013. Verder is de inspectie betrokken geweest bij de voorbereiding van de audit over de kwaliteit van de zorg die Jeugdzorg Caribisch Nederland in november 2012 op verzoek van de inspectie heeft uitgevoerd. De audit betrof de stand van zaken van de invoering van het kwaliteitskader jeugdzorg op Bonaire, St. Eustatius en Saba. De inspectie is geïnformeerd over de uitkomsten van de audit en de daaruit voortvloeiende verbeterpunten en zal deze betrekken in het toekomstig toezicht. In het onderzoek naar de kwaliteit van de gezinsvoogdij in Caribisch Nederland zijn de eerste stappen gezet; de concrete uitvoering zal in 2013 zijn beslag krijgen.

### 5.4 Particulier zorgaanbod: kwaliteit onderaannemers

In 2010 zond de inspectie een signalement aan de toenmalige minister voor Jeugd en Gezin over het gebrek aan kwaliteitswaarborgen in het particulier zorgaanbod.<sup>5</sup> Eind 2010 heeft de staatssecretaris van VWS, na overleg met het Interprovinciaal Overleg (IPO), Jeugdzorg Nederland en de inspectie besloten dat particulier

<sup>4</sup> Op grond van zijn inrichtingsplan kan de Raad een beroep doen op de toezichtscapaciteit van derden.

<sup>5</sup> Inspectie Jeugdzorg (augustus 2010) *Ook het particuliere zorgaanbod moet verantwoord zijn*. Utrecht. (zie: [www.inspectiejeugdzorg.nl](http://www.inspectiejeugdzorg.nl))



zorgaanbod onder bepaalde voorwaarden en via de gesubsidieerde zorgaanbieder die het particulier aanbod contracteert aan dezelfde kwaliteitseisen op basis van de Wet op de jeugdzorg moet voldoen en daarop getoetst kan worden. In 2011 heeft het IPO, afgestemd met de inspectie, een protocol opgesteld met de voorwaarden waaraan particuliere zorgaanbieders moeten voldoen als zij gecontracteerd willen worden als onderaannemer. Het protocol is begin 2012 vastgesteld.

In 2012 heeft de inspectie onderzoek gedaan naar de mate waarin particuliere zorgaanbieders – onderaannemers van reguliere jeugdzorgaanbieders (hoofdaannemers) – aan de voorwaarden van het protocol voldoen. Het onderzoek werd uitgevoerd bij acht jeugdzorgaanbieders die in totaal 179 jongeren met een jeugdzorgindicatie voor 24-uurszorg bij een particuliere onderaannemer hadden geplaatst, in de provincies Gelderland, Noord-Brabant, Drenthe en Overijssel. De meeste jongeren waren geplaatst in een gezinshuis, aangesloten bij Gezinshuis.com; een kleiner deel verbleef bij overige onderaannemers. Om een beeld te krijgen van de uitbesteding van jeugdzorg in de praktijk, heeft de inspectie vijf gezinshuizen van Gezinshuis.com en drie overige onderaannemers bezocht. Naar aanleiding hiervan concludeerde de inspectie dat bij vijf van de acht hoofdaannemers de uitbesteding voldoende verantwoord plaatsvindt, dat dit bij één matig gebeurt en bij de resterende twee onvoldoende verantwoord. In deze laatste twee gevallen heeft de inspectie de hoofdaannemers geattendeerd op de risico's voor veiligheid en kwaliteit van zorg bij één specifieke onderaannemer. Daarop hebben de beide hoofdaannemers alle betrokken kinderen overgeplaatst naar een andere voorziening. De desbetreffende instelling is inmiddels gesloten.

## 5.5 Justitiële jeugdinrichtingen

In 2012 hebben de vijf rijksinspecties die toezicht houden op de justitiële jeugdinrichtingen verder uitvoering gegeven aan het gezamenlijke toezichtprogramma in deze sector. De Inspecties Jeugdzorg (IJZ), Veiligheid en Justitie (IVenJ), Gezondheidszorg (IGZ), Onderwijs (Ivho) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ISZW) hebben in dit jaar twee jji's doorgelicht. Bij een dergelijk toezicht toetsen de inspecties de volgende aspecten: rechtspositie van de jongere, omgang met de jongere, interne veiligheid, maatschappijbeveiliging en maatschappelijke re-integratie en een aantal daarmee samenhangende organisatieaspecten.

In maart 2012 vond een doorlichting plaats bij de Justitiële Jeugdinrichting 'De Hartelborgt'. De samenwerkende inspecties concludeerden dat de inrichting de sanctietoepassing voor het merendeel op orde heeft. Wel bleven er nog een aantal verbeterpunten in de sfeer van de rechtspositie en de interne veiligheid.

Veel minder positief was het oordeel dat medio 2012 geveld werd bij de doorlichting van de Justitiële Jeugdinrichting 'Den Hey-Acker'. Hier waren de samenwerkende inspecties kritisch tot zeer kritisch over de omgang met jongeren, de interne veiligheid

en de maatschappijbeveiliging. Gezien dit oordeel zullen de inspecties in 2013 een vervolgonderzoek uitvoeren om de voortgang en de resultaten van de ingezette verbetertrajecten te beoordelen.

Verder werd eind 2012 een tussentijds toezicht uitgevoerd bij Forensisch Centrum Teylingereind. Een dergelijk toezicht wordt een jaar na het uitbrengen van een rapport uitgevoerd om de voortgang van de in gang gezette verbeteringen te controleren. Aangezien de inrichting de verbeterpunten uit het inspectierapport voor het merendeel voortvarend heeft opgepakt, is een vervolgonderzoek niet nodig.

## 5.6 Veiligheid jongeren op wachtlijsten

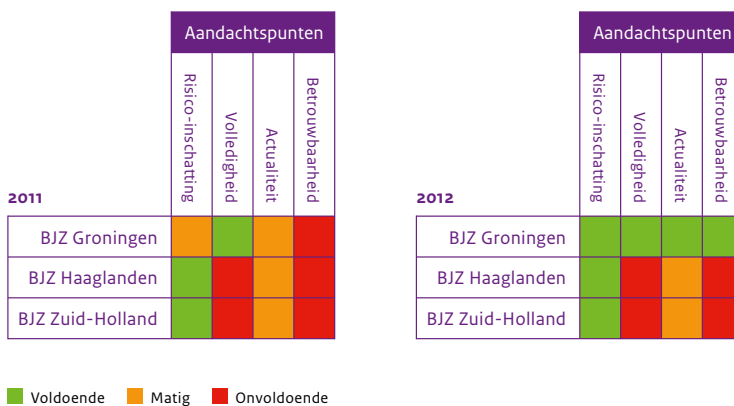
Op verzoek van de staatssecretaris van VWS heeft de inspectie in 2012 onderzoek gedaan naar de veiligheid van jongeren die wachten op een plaats in de jeugdzorg. Het onderzoek vond plaats bij vijf bureaus jeugdzorg en vijf instellingen voor jeugd & opvoedhulp die naar verhouding veel jongeren op de wachtlijst hebben staan. De inspectie concludeerde dat voorafgaand aan de plaatsing op de wachtlijst de onderzochte bureaus jeugdzorg de risico's voor de jongere voldoende inschatten en voorts, dat de onderzochte bureaus jeugdzorg en de instellingen voor jeugd & opvoedhulp voldoende zicht hebben op de situatie van jongeren die in het gedwongen kader (jeugdbeschermingsmaatregel) wachten op jeugdzorg. Ook is er voldoende zicht op de situatie van jongeren die in een vrijwillig kader wachten op zorg en die gedurende de wachttijd te maken hebben met intensief case-management of hulp c.q. begeleiding krijgen van een instelling voor jeugd & opvoedhulp. De eerdergenoemde organisaties hebben echter onvoldoende zicht op de situatie van jongeren die in een vrijwillig kader wachten op zorg als er geen sprake is van intensief casemanagement of hulp en begeleiding van een instelling voor jeugd & opvoedhulp. Wanneer tijdens de wachttijd acute risico's voor de veiligheid van de jongeren worden gesignaleerd, beperken de eerdergenoemde organisaties deze risico's in voldoende mate.

Uit onderzoek kwam verder naar voren dat de onderzochte organisaties de afgelopen jaren intensiever zijn gaan samenwerken ten aanzien van de wachtlijsten en daarover ook duidelijke afspraken hebben gemaakt. Er is sprake van een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor deze jongeren. De instellingen hebben vaste medewerkers voor het 'wachtlijstbeheer' aangesteld, wisselen gegevens uit over de wachtlijsten en voeren op verschillende niveaus periodiek overleg met elkaar over de wachtlijsten. De inspectie heeft de betrokken organisaties aanbevelingen gedaan ter verbetering van het zicht op de veiligheid van jongeren die wachten op een plaats in de jeugdzorg. Verder is de inspectie van oordeel dat het ook straks in het nieuwe stelsel van belang is dat er een risico-inschatting plaatsvindt voordat jongeren op een wachtlijst worden geplaatst.

## 5.7 Kwaliteit meldingen Bureau Jeugdzorg bij Raad voor de Kinderbescherming

De Inspectie Jeugdzorg heeft in 2010 onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de meldingen van Bureau Jeugdzorg (BJZ) aan de Raad voor de Kinderbescherming (de Raad). Op basis van deze meldingen besluiten de Raad en BJZ of een raads-onderzoek wordt ingesteld naar de noodzaak van een kinderschermingsmaatregel. De kwaliteit van de melding is van groot belang, omdat bij onvoldoende kwaliteit het gevaar bestaat dat de Raad en BJZ een besluit nemen op grond van onvolledige informatie, of dat vertraging ontstaat in afwachting van nadere informatie. Bij het onderzoek toetste de inspectie de risico-inschatting van BJZ en de door BJZ geleverde informatie op volledigheid, actualiteit en betrouwbaarheid.

In 2010 oordeelde de inspectie dat de hiervoor genoemde besluitvorming onvoldoende zorgvuldig plaatsvond en dat dit een gevolg was van de wisselende kwaliteit van de meldingen van BJZ. De inspectie heeft toen voor elk BJZ aanbevelingen voor verbeteringen gedaan en in 2011 in een vervolgonderzoek getoetst of deze verbeteringen waren doorgevoerd. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat bij drie bureaus jeugdzorg (Groningen, Haaglanden en Zuid-Holland) de kwaliteit van de verzoeken tot onderzoek aan de Raad voor de Kinderbescherming nog niet voldoende was.

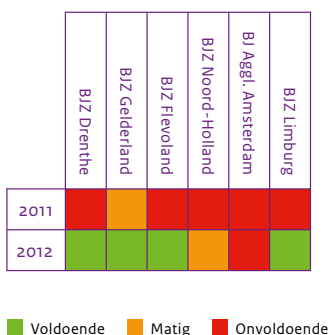


**Figuur 6** Hertoetsen kwaliteit verzoeken BJZ aan de Raad in 2011 en 2012.

In 2012 heeft de inspectie een hertoets uitgevoerd bij de BJZ Groningen, Haaglanden en Zuid-Holland. Bij Bureau Jeugdzorg Groningen was de kwaliteit van de verzoeken inmiddels voldoende. Bij de Bureaus Jeugdzorg Haaglanden en Zuid-Holland was dit nog steeds niet het geval, reden waarom deze bureaus met ingang van 8 oktober 2012 onder verscherpt toezicht zijn gesteld.

### 5.7.1 Hertoets vanwege ontbreken akkoord informanten

Uit het eerdergenoemde vervolgonderzoek in 2011 kwam verder naar voren dat bij zes bureaus jeugdzorg (Drenthe, Gelderland, Flevoland, Noord-Holland, Amsterdam, Limburg) de verzoeken aan de Raad weliswaar van voldoende kwaliteit waren, maar dat zij op een onderdeel van de betrouwbaarheid nog verbetering behoefden. Dit betrof het akkoord dat informanten moeten geven aan de door hen verstrekte informatie. Vaak beschreven de bureaus jeugdzorg wel met wie ze contact hadden gehad, maar niet of de informanten akkoord waren gegaan met de weergave van de door hen verstrekte informatie.



**Figuur 7** Hertoetsen accordering informatie bij verzoeken BJZ aan de Raad, 2011 en 2012.

Om na te gaan of deze verbeteringsslag was gemaakt, werden in 2012 op dit specifieke punt hertoetsen uitgevoerd bij BJZ Drenthe, Gelderland, Flevoland, Noord-Holland, BJ Agglomeratie Amsterdam (BJAA) en Limburg. Bij vier van deze zes bureaus jeugdzorg bleek de kwaliteit van de verzoeken ook op het punt van het accorderen van de informatie inmiddels voldoende. In twee gevallen – BJAA en BJZ Noord-Holland – was dit nog onvoldoende resp. matig.

Beide bureaus hebben verbeteringen toegezegd. De inspectie gaat in het eerste kwartaal van 2013 deze bureaus op dit punt onverwachts en steekproefsgewijs controleren.

## 5.8 Pleegzorg

De afgelopen jaren heeft de inspectie zich intensief bezig gehouden met de veiligheid in de pleegzorg, in het bijzonder de veiligheid in de netwerkpleegzorg. In de pleegzorg wordt onderscheid gemaakt tussen ‘netwerkpleeggezinnen’ en ‘bestandspleeggezinnen’. Een netwerkpleeggezin is een gezin uit het sociale netwerk van het kind, zoals bijvoorbeeld het gezin van een oom en tante. Bestandspleeggezinnen zijn gezinnen die zich officieel hebben aangemeld als pleeggezin (zij staan in het bestand van de pleegzorgorganisatie), maar die geen directe relatie met het pleegkind hebben.

In 2010 bleek uit onderzoek van de inspectie<sup>6</sup> dat verbeterplannen (opgesteld na een inspectie-rapport in 2009) in de bestandspleegzorg inmiddels in voldoende mate waren gerealiseerd.

Wat de netwerkpleegzorg betreft, constateerde de inspectie dat er begin 2010 bij de helft van de pleegzorginstellingen nog geen of onduidelijke afspraken met de bureaus jeugdzorg waren over wie er toezicht houdt op de veiligheid van kinderen vanaf het moment dat bekend is dat zij in een netwerkpleeggezin zijn geplaatst. Daarop heeft de inspectie de pleegzorginstellingen en de bureaus jeugdzorg aanbevolen ervoor zorg te dragen dat de afspraken, daterend van juni 2010, vóór 1 januari 2011 in de praktijk ook werken. Genoemde afspraken zijn vastgelegd in het 'Schematisch protocol netwerkpleegzorg'<sup>7</sup>, dat betrekking heeft op een specifieke groep binnen de netwerkpleegzorg. Het betreft kinderen die al bij familie of bureaus wonen en waar vervolgens een pleegzorgindicatie voor wordt aangevraagd. In 2011 heeft de inspectie onderzocht of de genoemde afspraken in de praktijk ook werden nagekomen door navraag bij de instellingen en door informatie in te winnen bij de provincies en stadsregio's. Uit dit onderzoek bleek, dat volledige implementatie van het protocol in de meeste gevallen pas in het voorjaar van 2012 zou zijn gerealiseerd. De inspectie was voornemens om in het najaar van 2012 een vervolgtoezicht uit te voeren naar de werking van het protocol in de dagelijkse praktijk, maar dit toezicht is uitgesteld tot het voorjaar van 2013. Door het ontbreken van voldoende casussen bleek het in 2012 nog niet mogelijk om een adequaat onderzoek uit te voeren.

Zoals aangegeven, is het schematisch protocol netwerkpleegzorg opgesteld voor die gevallen, waarin een kind zich reeds in een netwerkpleeggezin bevindt, op het moment dat daarvan melding wordt gemaakt bij Bureau Jeugdzorg. Naast sluitende afspraken over wie in die eerste weken verantwoordelijk is voor de veiligheid van het kind, regelt het protocol tevens aspecten als het startmoment van uitbetaling van de pleegzorgvergoeding en de termijn waarbinnen een geschiktheidverklaring moet worden afgegeven.

Waar het gaat om de betaling van de pleegzorgvergoeding aan de netwerkpleegouders, blijkt uit de antwoorden op de vragenlijst risico-indicatoren, dat van de instellingen die hierover informatie hebben verstrekt (25 van de 28), vrijwel alle instellingen (91,4%) in 2011 de pleegzorgvergoeding binnen vier weken na ontvangst van het spoedbesluit van Bureau Jeugdzorg uitbetaald hebben. Aangezien het protocol voorschrijft dat reeds in de eerste week na ontvangst van het spoedbesluit tot betaling moet worden overgegaan, is het kwalijk dat bijna één op de tien instellingen er niet in slaagt om dit binnen vier weken te realiseren.

<sup>6</sup> Inspectie Jeugdzorg (oktober 2010) *Veiligheid pleegkinderen in beeld. Stand van zaken van de verbeteringen door pleegzorgaanbieders naar aanleiding van eerder inspectie-onderzoek*. Utrecht (zie: [www.inspectiejeugdzorg.nl](http://www.inspectiejeugdzorg.nl)).

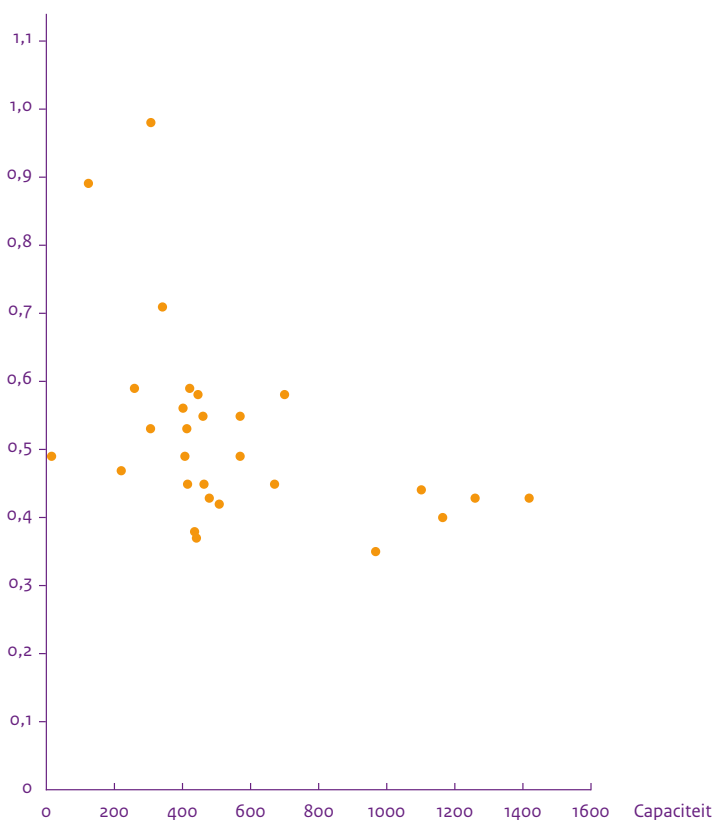
<sup>7</sup> MOgroep Jeugdzorg, inmiddels Jeugdzorg Nederland, (juni 2010) *Schematisch protocol netwerkpleegzorg: begeleiding, informatie, onderzoek en betaling*. Utrecht.

Verder blijkt dat in 2011 van de 25 instellingen meer dan driekwart (77,2%) uiterlijk dertien weken na aanmelding van het netwerkpleeggezin een geschiktheidverklaring heeft opgesteld. Het protocol schrijft voor dat deze geschiktheidverklaring uiterlijk in week dertien dient te worden opgesteld. Op dit punt moet nog een verbeterings-slag plaatsvinden, aangezien bijna één op de vier instellingen er niet in slaagt om de verklaring binnen dertien weken na aanmelding gereed te hebben.

Zoals hiervoor aangegeven zal de inspectie in het voorjaar van 2013 een vervolgonderzoek uitvoeren naar de werking van het schematisch protocol netwerkpleegzorg in de praktijk.

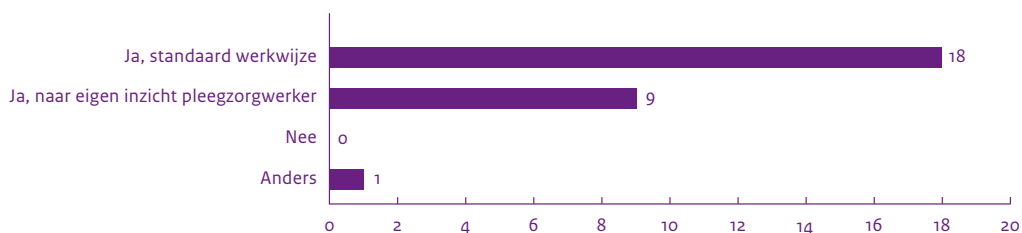
### 5.8.1 Capaciteit pleegzorg

In de onderstaande figuur wordt een beeld gegeven van het aantal fte pleegzorgbegeleiders per tien 24-uurs pleegzorgplaatsen, afgezet tegen de capaciteit van de pleegzorginstelling.



**Figuur 8** Aantal fte pleegzorgbegeleiders per tien 24-uurs pleegzorgplaatsen naar capaciteit (N=28).

Maken we onderscheid tussen instellingen met minder of meer dan 400 pleegzorgplaatsen dan blijkt dat instellingen met minder dan 400 pleegzorgplaatsen gemiddeld 0,66 fte pleegzorgbegeleiders tellen per tien 24-uurs pleegzorgplaatsen. Bij instellingen met meer dan 400 pleegzorgplaatsen daalt dit gemiddelde tot 0,47 fte per tien 24-uurs pleegzorgplaatsen. Opvallend is, dat naarmate pleegzorginstellingen groter zijn het gemiddeld aantal fte per tien 24-uurs pleegzorgplaatsen geringer wordt.



**Figuur 9** *Of en mate waarin pleegzorgbegeleider het kind alleen spreekt naar aantal instellingen (N=28). (2011)*

Figuur 9 maakt duidelijk dat het bij vrijwel elke pleegzorginstelling gebruikelijk is, dat de pleegzorgbegeleider het aan zijn zorg toevertrouwde pleegkind ook alleen spreekt. Bij achttien van de 28 instellingen is dit de standaardwerkwijze; negen andere instellingen laten dit aan het eigen inzicht van de pleegzorgwerker over. Het is de vraag of dit laatste een voldoende waarborg vormt voor de juiste inschatting van de situatie. Wellicht kan hier beter een standaardwerkwijze worden toegepast met de mogelijkheid van een enkele uitzondering die dan naar het eigen inzicht van de pleegzorgwerker kan worden gemaakt. De standaard is dan: ja, tenzij.







## 6.

### Calamiteiten en incidenten

## 6. Calamiteiten en incidenten

### 6.1 Calamiteitenmeldingen en incidentenevaluaties

Sinds begin 2011 maakt de Inspectie Jeugdzorg een duidelijk onderscheid tussen calamiteiten en incidenten. Dit vloeit voort uit de keuze van de inspectie om zich te richten op de grootste risico's (calamiteiten) en om instellingen zoveel mogelijk te *stimuleren om te leren* van calamiteiten en incidenten en zo de *kwaliteit van hun zorg te verbeteren*. In het kader van hun HKZ-certificering investeren instellingen in het systematisch registreren en analyseren van incidenten en het op grond daarvan doorvoeren van verbeteringen. Calamiteiten dienen instellingen direct bij de inspectie te melden, die daarop beziet welke actie wordt ondernomen.

### 6.2 Onderzoek en analyse calamiteiten

Een calamiteit is een gebeurtenis die onverwacht en onbedoeld kan leiden of heeft geleid tot een dodelijk of ernstig schadelijk gevolg voor een jeugdige of voor een ander als gevolg van het handelen van een jeugdige. Verder moet het gaan om een gebeurtenis die heeft plaatsgevonden gedurende de betrokkenheid van een instelling.

#### Beleid

Zodra de inspectie een melding van een calamiteit ontvangt, neemt zij de regie in handen over zowel het onderzoek als over de partijen die bij het onderzoek worden betrokken. Deze regie kent een aantal stappen die oplopen in zwaarte. Soms kan de inspectie een melding *direct afsluiten*, omdat bijvoorbeeld sprake was van een verkeersongeluk of wanneer een jongere is overleden aan een ziekte. In dergelijke gevallen zal een inspectieonderzoek weinig tot geen toegevoegde waarde hebben. In de meeste gevallen echter zal de inspectie een *feitenrelaas* opvragen met een concrete beschrijving van de gang van zaken. Op basis van dit relaas kan de inspectie een melding afsluiten of besluiten tot *nader onderzoek* als de uitkomsten daar aanleiding toe geven. Er zijn verschillende vormen van nader onderzoek, die ook na elkaar uitgevoerd kunnen worden.

Het nader onderzoek kan bestaan uit:

- het stellen van *aanvullende vragen*; dit kan schriftelijk gebeuren maar in toenemende mate stelt de inspectie zelf aanvullende vragen op locatie, dus in de instelling. Dit houdt in dat inspecteurs een dossieronderzoek doen en/of gesprekken voeren met direct belanghebbenden als de jongere zelf of zijn (pleeg)ouders en/of met medewerkers van de instelling. De inspectie sluit deze vorm van toezicht af met een brief met een oordeel en waar nodig verbeterpunten. Het onderzoek op locatie is in feite een *beperkt eigenstandig onderzoek* (zie hieronder);
- een *onafhankelijk onderzoek door de instelling*, dat vervolgens door de inspectie beoordeeld wordt. Ook dit vindt in toenemende mate plaats. De inspectie beoordeelt dan ook de onafhankelijkheid van de onderzoekers en de kwaliteit

van het onderzoek. Naar aanleiding hiervan kan de inspectie alsnog besluiten tot aanvullende vragen op locatie of tot een eigenstandig onderzoek. De inspectie sluit deze vorm van toezicht af met een brief met een oordeel en waar nodig verbeterpunten;

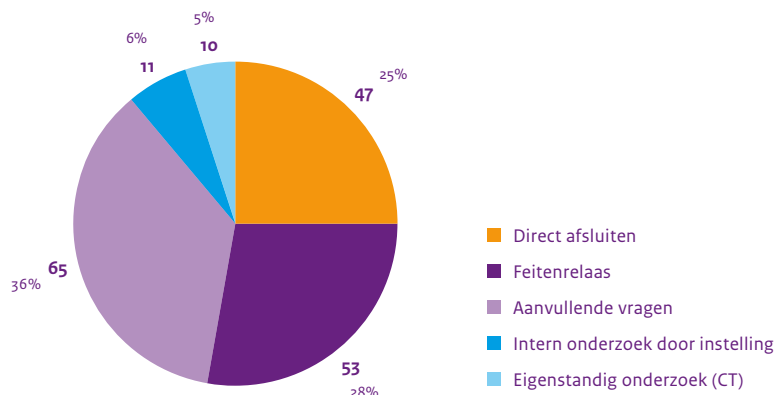
- een *eigenstandig onderzoek* van de inspectie, dat uitmondt in een rapportage over het calamiteitenonderzoek. De inspectie stelt meestal een eigenstandig onderzoek in als het vermoeden bestaat dat aan de calamiteit een structureel probleem ten grondslag ligt.

In 2011 organiseerde de inspectie in het kader van het eigenstandig onderzoek *leerbijeenkomsten* met medewerkers van instellingen die bij een calamiteit betrokken waren. In samenwerking met de Associatie Jeugdzorg<sup>8</sup> heeft de inspectie in 2012 bewerkstelligd dat de instellingen nu zelf deze leerbijeenkomsten organiseren. De inspectie volgt actief de opbrengsten van leerbijeenkomsten en het vervolg dat daaraan gegeven wordt. Zo stelt de inspectie zich regelmatig op de hoogte van de voortgang en de resultaten van voorgenomen verbetermaatregelen en worden deze ook in de praktijk getoetst.

In toenemende mate, ongeacht de vorm van nader onderzoek, voert de inspectie waar mogelijk gesprekken met de jongeren of (pleeg)ouders die betrokken zijn bij een calamiteit.

## Praktijk

Figuur 10 geeft een overzicht van de wijze van afhandeling van de in 2011 en 2012 binnengekomen en afgehandelde calamiteiten. In totaal gaat het om 186 calamiteiten. Hiertoe behoren dus niet de lopende, nog niet afgehandelde meldingen.

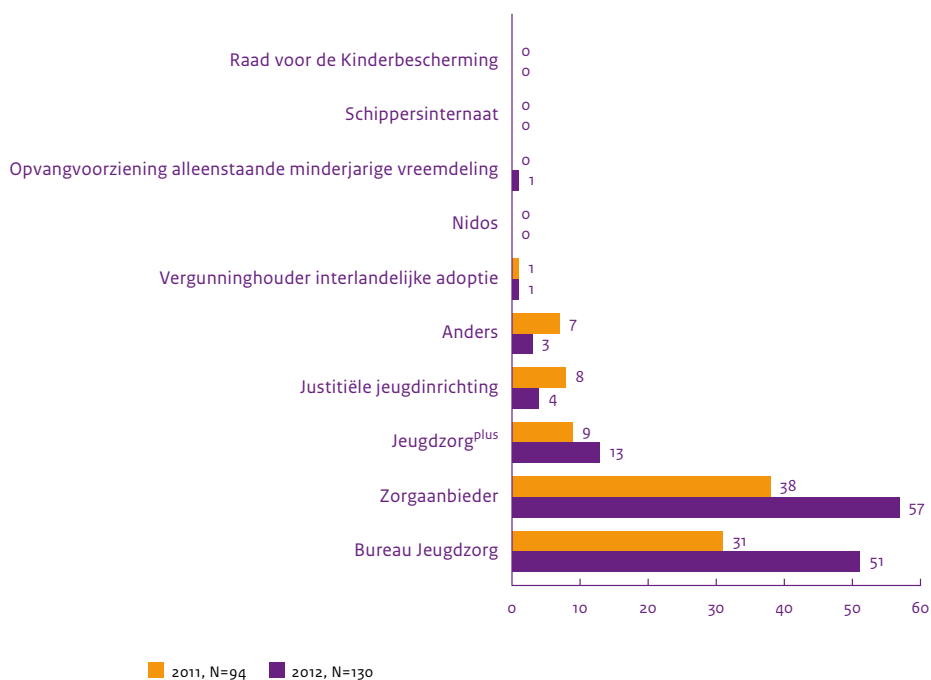


**Figuur 10** Wijze van afhandeling van de in 2011 en 2012 binnengekomen en afgehandelde calamiteiten (N=186).

<sup>8</sup> Landelijke vereniging van bestuurders in de jeugdzorg. Lid zijn bestuurders van BJJ, zorgaanbieders, jji's en instellingen voor licht verstandelijk gehandicapten en GGZ.

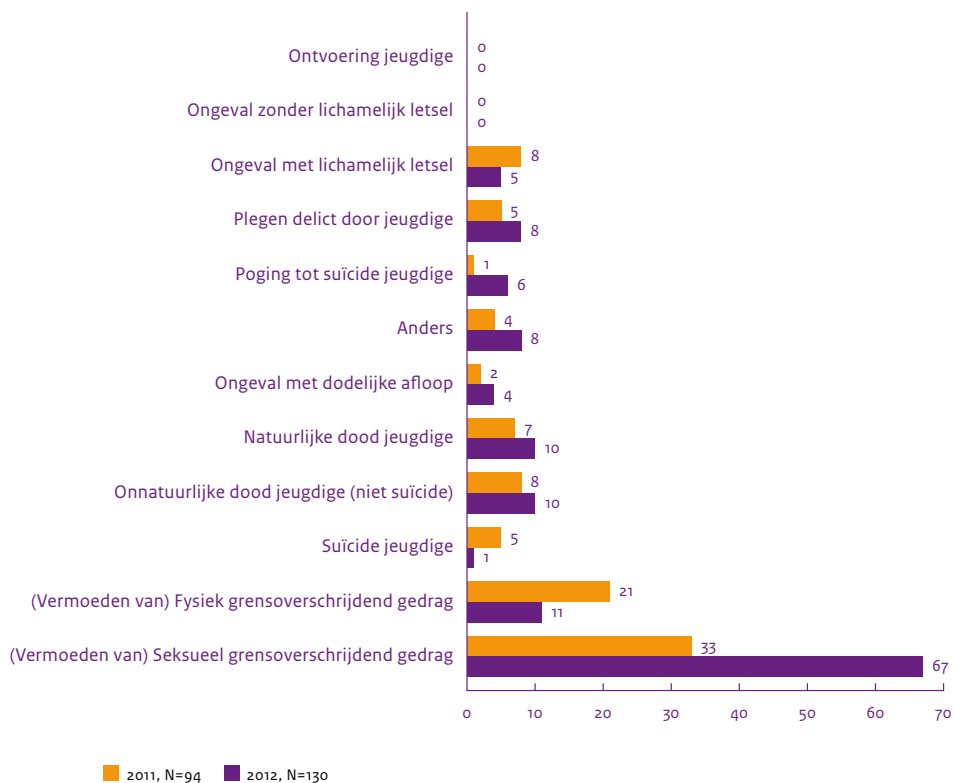
Van alle calamiteiten is een kwart (25%) direct afgesloten, is ruim een kwart (28%) afgesloten na bestudering van het feitenrelaas van de instelling en werd ruim een derde (36%) van de meldingen afgerond nadat aanvullende vragen aan de instelling waren gesteld. In 6% van de gevallen liet de instelling een onafhankelijk onderzoek uitvoeren en in 5% van de gevallen deed de inspectie eigenstandig onderzoek. Elk nader onderzoek (onafhankelijk onderzoek in opdracht van de instelling, eigenstandig onderzoek door de inspectie) wordt afgerond met een oordeel van de inspectie. Daarnaast geeft de inspectie verbeterpunten waarop de instelling na een tevoren bepaalde termijn wordt getoetst.

### 6.3 Calamiteiten in cijfers



**Figuur 11** Aantal binnengekomen meldingen van calamiteiten uitgesplitst naar type zorg in 2011 en 2012.

In 2012 ontving de inspectie 130 meldingen van calamiteiten tegen 94 in 2011. De meeste meldingen (fig. 11) kwamen binnen via de zorgaanbieders en de bureaus jeugdzorg; deze instellingen hebben naar verhouding ook met grote aantallen jongeren te maken.



**Figuur 12** Aantal binnengekomen meldingen van calamiteiten uitgesplitst naar aard in 2011 en 2012.

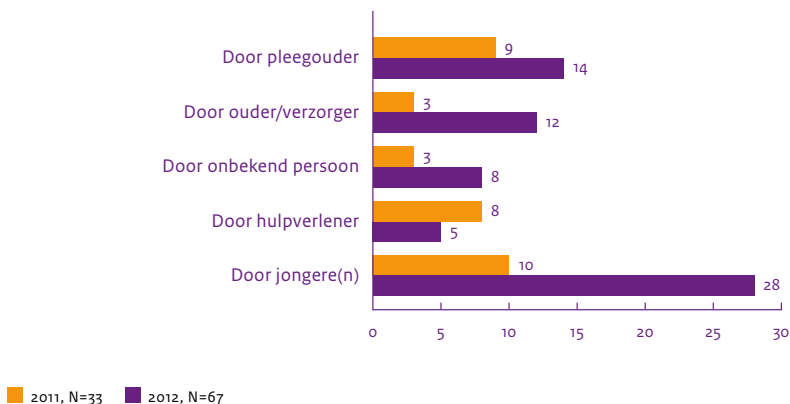
Uitgesplitst naar aard van de calamiteit (fig. 12) vallen de meeste calamiteiten in de categorie ‘(vermoeden van) seksueel grensoverschrijdend gedrag’. In 2012 ging het om 67 gevallen, tegen 33 in 2011. De sterke stijging van het aantal meldingen heeft mogelijk te maken met de maatschappelijke aandacht voor deze vorm van grensoverschrijdend gedrag. Vermoedens worden eerder geuit, overschrijdingen eerder gesignaleerd en gemeld. Circa 20% van de meldingen in 2012 handelt over voorvallen in eerdere jaren (een jeugdige geeft bijvoorbeeld aan op jongere leeftijd te zijn misbruikt).

Tegenover de verdubbeling van het aantal meldingen van ‘(vermoeden van) seksueel grensoverschrijdend gedrag’ tussen 2011 en 2012 staat een halvering van het aantal meldingen van ‘(vermoeden van) fysiek grensoverschrijdend gedrag’. Op de mogelijke achtergrond van de eerste ontwikkeling wordt hieronder, bij figuur 13, nader ingegaan. De halvering van het aantal meldingen van fysiek grensoverschrijdend gedrag kan verschillende oorzaken hebben; een gewijzigde samenstelling van de doelgroep, de verdere professionalisering van de medewerkers (dankzij training beter kunnen omgaan met fysiek geweld) of een wijziging in het meldingsbeleid

van instellingen, waarbij lichte vormen van fysiek grensoverschrijdend gedrag opgenomen worden in de incidentenregistratie van de instelling, en dus niet meer als calamiteit gemeld worden aan de inspectie.

In 2012 kwamen in totaal 25 jongeren bij wie jeugdzorg betrokken was door uiteenlopende oorzaken te overlijden. In 2010 en 2011 waren dat er resp. 25 en 22. Het aantal meldingen van suïcide liep tussen 2011 en 2012 terug van vijf naar één; het aantal pogingen tot suïcide steeg daarentegen van één in 2011 naar zes in 2012. De categorie ‘anders’ staat hier bijvoorbeeld voor het geval waarin een jongere getuige is geweest van de suïcide van een ouder.

#### (Vermoeden van) Seksueel grensoverschrijdend gedrag

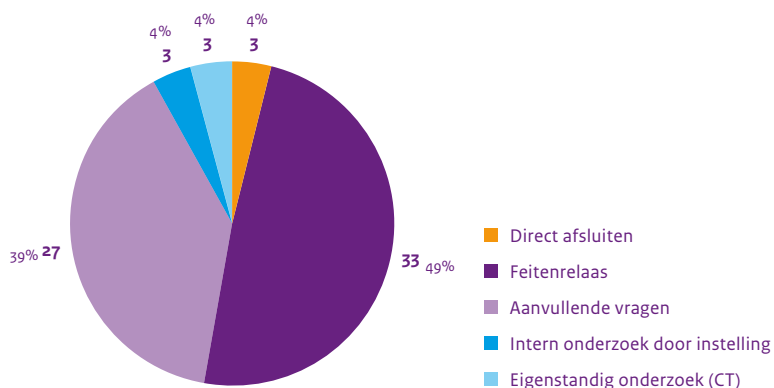


**Figuur 13** Aantal binnengekomen meldingen van calamiteiten (vermoeden van) seksueel grensoverschrijdend gedrag in 2011 en 2012 uitgesplitst.

In figuur 13 is de categorie ‘meldingen van (vermoeden van) seksueel grensoverschrijdend gedrag’ verder uitgesplitst. Dit is gedaan, omdat het binnen calamiteiten de grootste categorie vormt en omdat het zaken betreft met een groot maatschappelijk effect. Bij veel meldingen is voornamelijk sprake van een ‘vermoeden’ van seksueel grensoverschrijdend gedrag. De meldingen kunnen betrekking hebben op naar zwaarte uiteenlopende calamiteiten, oplopend van een licht tot een relatief zwaar geval van seksueel grensoverschrijdend gedrag. In een aantal gevallen betreft het ‘experimenteel gedrag’ van jongeren onderling of vindt het seksueel grensoverschrijdend gedrag buiten de instelling plaats.

Zoals vermeld zal de stijging van het aantal meldingen deels worden veroorzaakt door de grote maatschappelijke aandacht voor deze calamiteiten. Verder zullen de trainingen die jeugdzorgmedewerkers inmiddels gevolgd hebben er mede toe bijdragen dat grensoverschrijdend gedrag van jongeren eerder wordt gesignaleerd en gemeld.

Dit kan mede de oorzaak zijn van de stijging van het aantal meldingen van '(vermoeden van) seksueel grensoverschrijdend gedrag' onder jongeren.



**Figuur 14** Wijze van afhandeling van de in 2011 en 2012 binnengekomen en afgehandelde calamiteiten (vermoeden van) seksueel grensoverschrijdend gedrag (N=69).

In haar afweging om tot nader onderzoek over te gaan betreft de inspectie niet alleen de ernst van de calamiteit, maar ook de omstandigheden waarin de jongere verkeert, zoals bijvoorbeeld een mogelijke afhankelijkheidsrelatie tussen een jongere enerzijds en een (pleeg)ouder of een jeugdzorgmedewerker anderzijds. Ruim de helft (53%) van de calamiteiten is op basis van de melding (4%) of het feitenrelaas (49%) van de instelling direct afgesloten, omdat er naar het oordeel van de inspectie geen aanleiding was voor nader onderzoek. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een vermoeden niet op feiten blijkt te berusten. Bij 27 meldingen zijn er aanvullende vragen gesteld. Soms is dit schriftelijk gebeurd, soms hebben inspecteurs vragen gesteld op de locatie waar de calamiteit zich had voorgedaan. Daarnaast heeft de inspectie in drie gevallen de instelling verzocht om een onafhankelijk onderzoek naar de calamiteit te (laten) doen. In drie gevallen was de calamiteit van dien aard, dat de inspectie besloot tot een eigenstandig onderzoek.

Leggen we de wijze van afhandeling in figuur 14 naast die van figuur 10, dan blijkt dat bij de afhandeling van '(vermoeden van) seksueel grensoverschrijdend gedrag' de inspectie vaker een feitenrelaas opvraagt (49%) dan bij calamiteiten in het algemeen (28%). Het aantal zaken dat direct wordt afgesloten is bovendien veel geringer (4%) dan bij het totaal aantal afhandelingen (25%). Bij de verschillende vormen van nader onderzoek ontlopen de percentages elkaar niet veel.

## 6.4 Incidentenevaluaties

Zoals reeds aangegeven, maakt de Inspectie Jeugdzorg sinds begin 2011 een duidelijk onderscheid tussen calamiteiten en incidenten. Calamiteiten dienen instellingen direct bij de inspectie te melden. Incidenten registreren en analyseren de instellingen zelf om naar aanleiding daarvan verbeteringen door te voeren.

In 2011 en 2012 hebben de instellingen halfjaarlijks aan de inspectie gerapporteerd over de registratie en analyse van deze incidenten en over de daaruit voortvloeiende verbeteringen.

Uit de incidentenevaluaties blijkt dat tussen 2011 en 2012 het aantal *registraties* dat op orde was, is toegenomen van 80% naar vrijwel 100%. Het aantal *analyses* dat op orde was, steeg van vrijwel niets in 2011 naar ongeveer de helft in 2012, terwijl in diezelfde periode het aantal verbeteracties dat op orde was toenam van vrijwel nul tot een derde van het totaal. Om dit aspect van de verdere professionalisering van de jeugdzorg te versterken, heeft de inspectie in 2012 in verschillende regio's presentaties en toelichtingen gegeven over het nieuwe systeem van registreren, analyseren en verbeteren.

Aan de hand van de jaarlijkse incidentenevaluaties gaat de inspectie niet alleen na of de verschillende fasen in het systeem – registratie, analyse, verbeteringen – op orde zijn, maar beziet zij vooral ook of de beoogde verbeteringen in de praktijk effectief zijn en de kwaliteit van de zorg daadwerkelijk ten goede komen.

Met dit doel voor ogen zal de inspectie de verdere ontwikkeling van de incidentenevaluaties nadrukkelijk monitoren en evalueren.











## 7.

### Signalen van burgers en professionals

## 7. Signalen van burgers en professionals

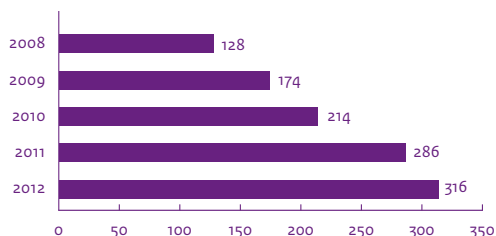
Naast meldingen van calamiteiten ontvangt de inspectie signalen van burgers en van professionals. In de loop der jaren liep het aantal signalen van professionals terug, terwijl het aantal signalen van burgers toenam.

### 7.1 Aandacht voor signalen

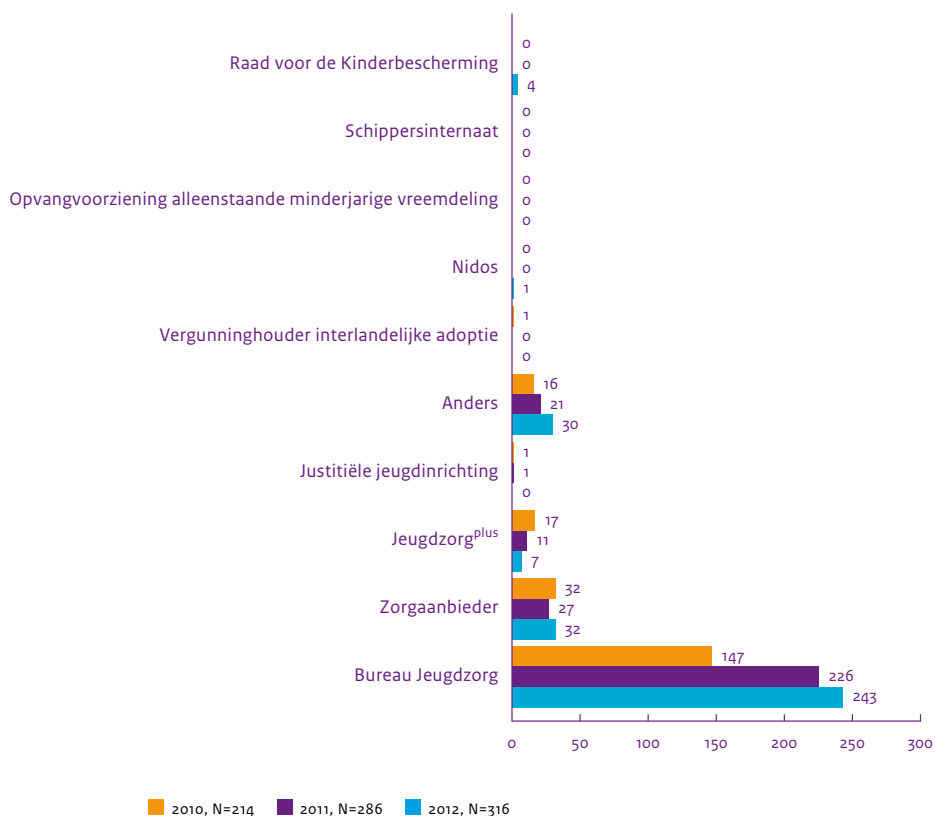
Signalen van burgers en professionals vormen voor de inspectie één van de bronnen voor informatie over de kwaliteit van de jeugdzorg. Een signaal kan dusdanig van aard en ernst zijn dat onverwijld onderzoek en optreden door de inspectie noodzakelijk is. Daarnaast zijn er drie manieren waarop de inspectie met het signaal van een burger of een professional kan omgaan. Afhankelijk van de ernst van het onderwerp neemt de inspectie direct contact op met de desbetreffende instelling, brengt het ter sprake bij het eerstvolgende inspectiebezoek, of registreert het als signaal over de kwaliteit van de zorg in een bepaalde instelling. Door het registreren van signalen krijgt de inspectie informatie die bruikbaar is bij het toezicht op een instelling. Heeft het signaal de vorm van een klacht, dan wordt de betrokken persoon gewezen op de mogelijkheid van het indienen van een klacht bij de onafhankelijke klachtencommissie van de instelling waartegen de klacht is gericht. Ook wijst de inspectie betrokkene op het bestaan van de provinciale vertrouwenspersonen jeugdzorg en de mogelijkheid van klachtondersteuning door het Advies- en Klachtenbureau Jeugdzorg (AKJ) of Zorgbelang. Aangezien burgers voor de afhandeling van hun klacht aangewezen zijn op de klachtencommissies van de instellingen, neemt de inspectie klachten over deze commissies zeer serieus. Hetzelfde geldt voor klachten over de tenuitvoerlegging van uitspraken van de commissie door de betrokken instelling.

### 7.2 Signalen van burgers

In 2012 ontving de inspectie 317 signalen van ouders, jongeren en andere betrokkenen bij de jeugdzorg, tegen 286 in 2011 (fig. 15). De stijging die zich in de loop der jaren heeft voorgedaan wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een combinatie van factoren, zoals de groei van het aantal kinderen in de jeugdzorg, de eisen die burgers aan de jeugdzorg stellen en het feit dat zij ook eerder de inspectie benaderen. Het is natuurlijk ook mogelijk dat dit deels te maken heeft met een veranderde kwaliteit in de jeugdzorg.



**Figuur 15** Signalen van burgers 2008-2012.

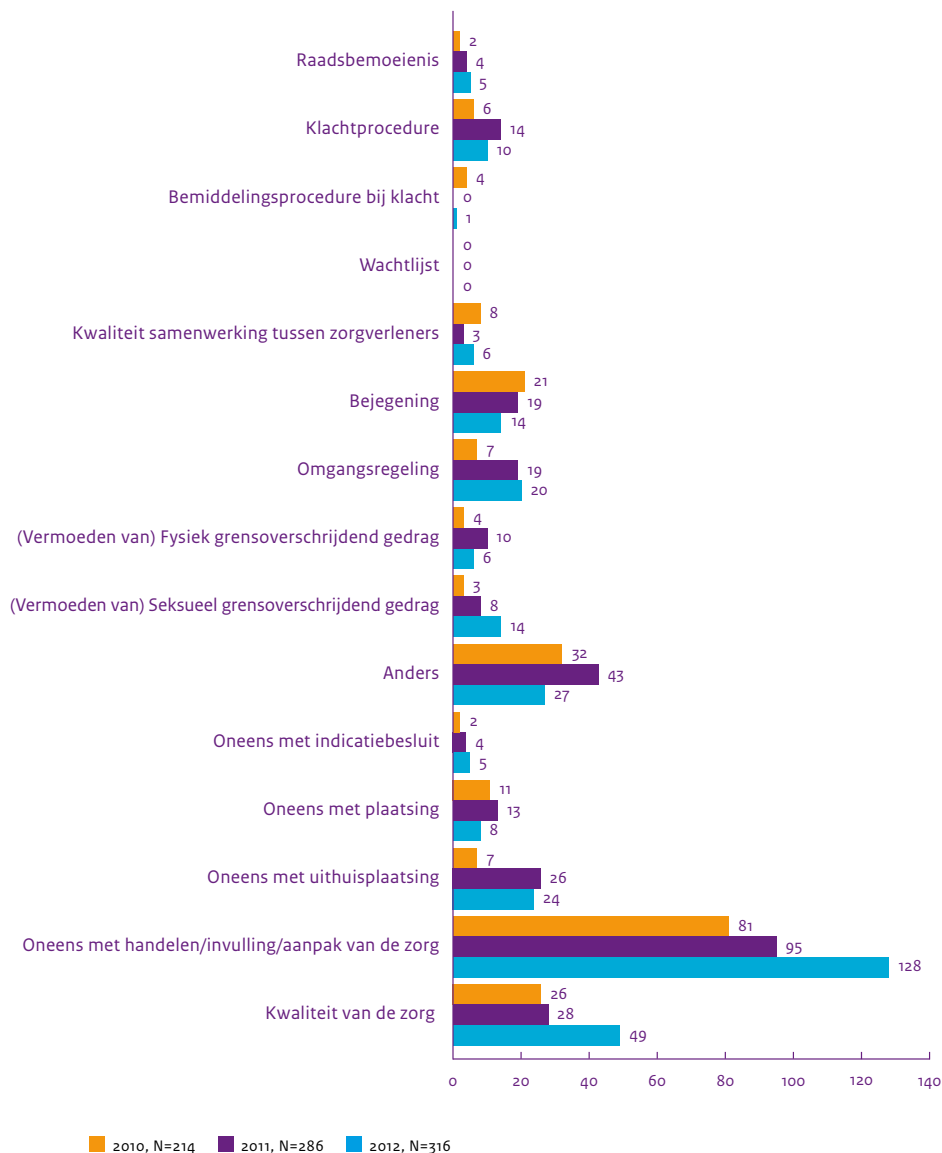


**Figuur 16** Signalen van burgers naar type zorg 2010-2012.

Uitgesplitst naar type zorg handelt een toenemend aantal signalen over de bureaus jeugdzorg. Het zal duidelijk zijn dat bijvoorbeeld een onder toezicht stelling door BJJ dusdanig sterk kan ingrijpen in het leven van mensen, dat zij dit nooit zullen accepteren. De sterke groei van het aantal klachten kan een gevolg zijn van de groei van het aantal kinderen of de sterkere mondigheid van de burger.



Het kan echter ook deels een indicatie vormen voor een veranderde kwaliteit bij de bureaus jeugdzorg. Verder is het aantal signalen over zorgaanbieders de afgelopen drie jaar vrijwel gelijk gebleven, terwijl het aantal signalen over de jeugdzorg<sup>plus</sup> sterk terugliep. Dit laatste hangt mogelijk samen met de verbetering van de kwaliteit in dit deel van de jeugdzorg en de inspanningen die de inspectie hierbij heeft geleverd.

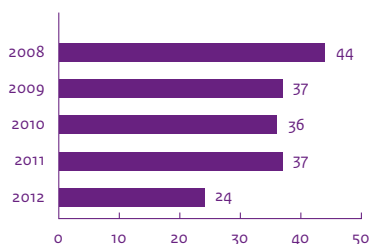


**Figuur 17** Signalen van burgers naar aard 2010-2012.

Uit een uitsplitsing naar aard van de signalen blijkt, dat een toenemend aantal signalen te maken heeft met de aanpak van de zorg en met de kwaliteit van de zorg. Deze stijging kan mogelijk te maken hebben met veranderende eisen die burgers aan instellingen stellen of met de toegenomen mondigheid van burgers in het algemeen. Maar het kan ook een aanwijzing zijn over de kwaliteit van de zorg en daarom vormen deze signalen altijd een punt van aandacht voor de inspectie. Bij de categorie 'anders' kan het, ter toelichting, bijvoorbeeld gaan om een buurtbewoner met een klacht over een Kamertrainingscentrum.

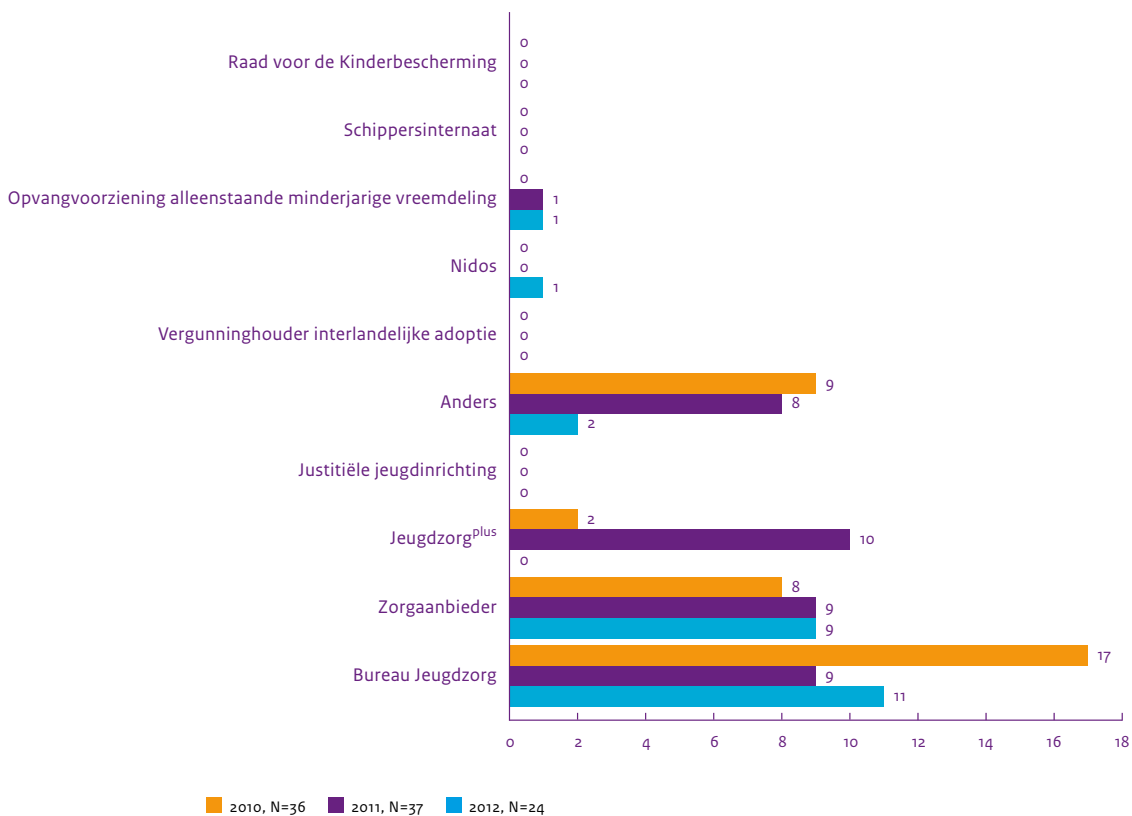
### 7.3 Signalen van professionals

In 2012 ontving de Inspectie Jeugdzorg 24 signalen van professionals in de jeugdzorg of van professionals die in hun werk vaak te maken hebben met de jeugdzorg. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om docenten, schoolartsen, psychiaters, gedragswetenschappers of stagiaires.



**Figuur 18** Signalen van professionals 2008-2012.

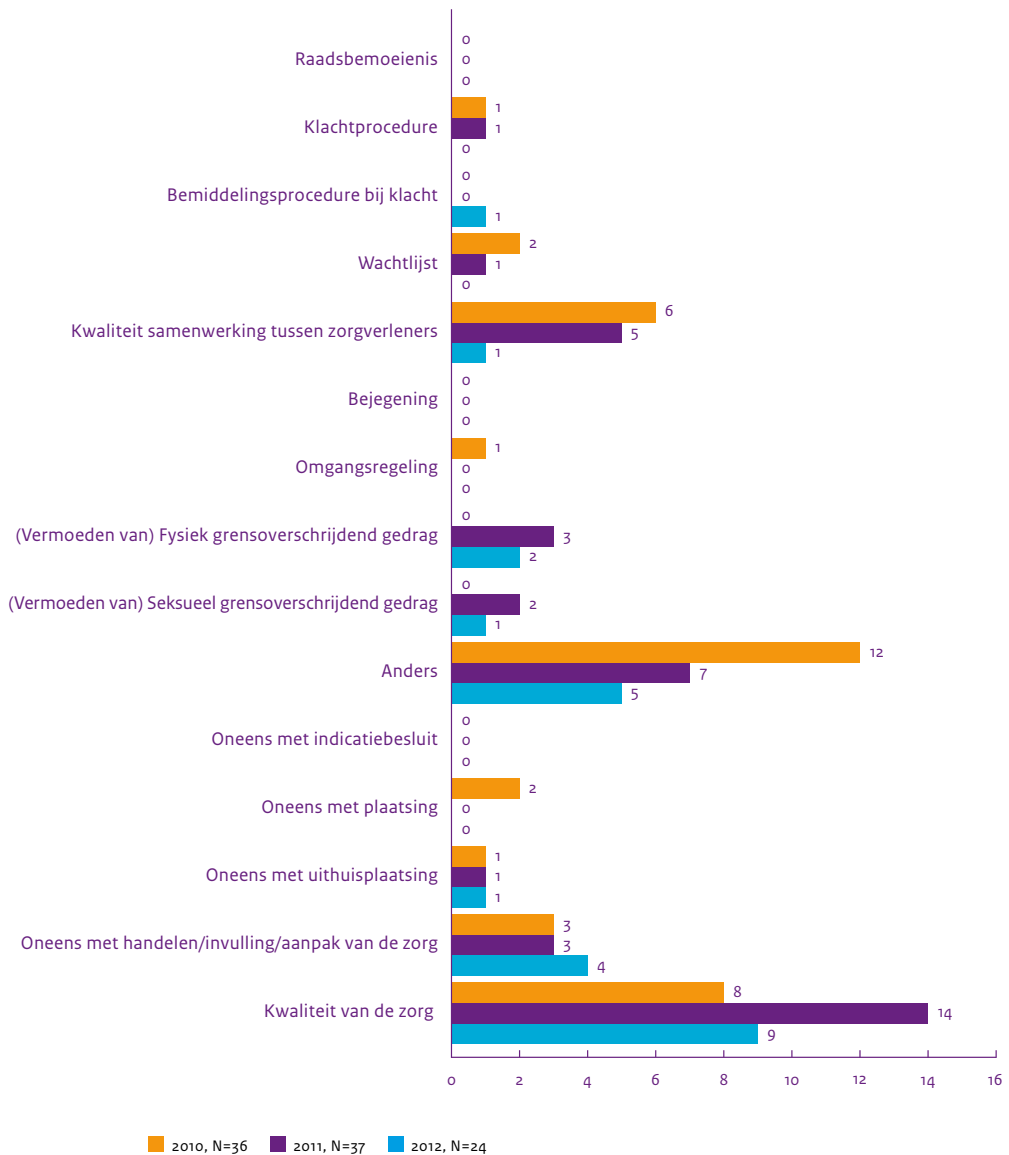
In 2008 lag het aantal signalen van professionals op 44 en tussen 2009 en 2011 lag dit vrij stabiel op 36 à 37 per jaar.



**Figuur 19** Signalen van professionals naar type zorg 2010-2012.

Uitgesplitst naar type zorg gaan de signalen van professionals vooral over de bureaus jeugdzorg en de zorgaanbieders. Deze signalen vormen voor de inspectie een belangrijk punt van aandacht. Het aantal signalen over de jeugdzorg<sup>plus</sup> is overigens, evenals bij de burgers, sterk teruggelopen en komt in 2012 zelfs uit op nul. Zoals eerder aangegeven is dit mogelijk het gevolg van de verbeterde kwaliteit van zorg en de spanningen van de inspectie op dit punt.





**Figuur 20** Signalen van professionals naar aard 2010-2012.

Uitgesplitst naar aard handelen de meeste signalen van professionals over de kwaliteit en de aanpak van de zorg. In de andere categorieën kan nauwelijks een ontwikkeling worden vastgesteld, vanwege het verhoudingsgewijs geringe aantal signalen.





## 8.

# Samenwerking

## 8. Samenwerking

### 8.1 Samenwerkend Toezicht Jeugd

De Inspectie Jeugdzorg werkt nauw samen met andere inspecties die toezicht houden op de zorg voor jongeren. Sinds begin 2012 gebeurt dit onder de vlag van het 'Samenwerkend Toezicht Jeugd' (STJ). Binnen STJ wordt samengewerkt door de volgende vijf inspecties: Inspectie Jeugdzorg, Inspectie van het Onderwijs (IvHO), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ) en Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ISZW). Al het toezicht dat betrekking heeft op (de zorg voor) jongeren en waar rijksinspecties samenwerken, is nu onder één noemer gebracht.

Samenwerking tussen deze inspecties vond overigens al jaren plaats, zowel binnen het gezamenlijke onderzoeksprogramma (voorheen Integraal Toezicht Jeugdzaken [ITJ]) als bij het gezamenlijk toezicht op onderdelen van de jeugdzorg en het onderzoek naar calamiteiten.

#### Jeugdagenda

Voor de periode 2012-2015 is door de breed samenwerkende inspecties in het jeugddomein een meerjarige Jeugdagenda opgesteld waaraan jaarlijks invulling wordt gegeven aan de hand van een Jaarwerkprogramma. In dat Jaarwerkprogramma Jeugd staan alle toezichtactiviteiten van STJ opgenomen. De (stelsel)wijzigingen ten behoeve van de decentralisatie (naar de gemeenten) van de jeugdzorg, de invoering van passend onderwijs, de herinrichting van de sociale zekerheid (Wet werken naar vermogen) en de aanpassingen van de AWBZ, vormen mede het kader waarbinnen de onderzoeken in het Meerjarenprogramma en het Jaarwerkprogramma zijn geselecteerd en geprogrammeerd.

Thema's uit de Meerjarige Jeugdagenda zijn *Kindermishandeling*, *Kwetsbare groepen*, *Overlastgevende groepen* en tot slot *Verbinding en samenhang op lokaal niveau*.

Een voorbeeld van de samenwerking van de inspecties is het toezicht op de jeugdzorg<sup>plus</sup>, dat gezamenlijk wordt uitgevoerd door de IJZ, de IvHO en de IGZ. In 2012 werden met name de hertoetsen in het kader van het toezicht stap 2 uitgevoerd (zie paragraaf 5.1). Een ander voorbeeld is het toezicht op de justitiële jeugdinrichtingen, dat gezamenlijk wordt uitgevoerd door de IVenJ, de IJZ, de IvHO, de IGZ en de ISZW. In 2012 werden twee justitiële jeugdinrichtingen doorgelicht en werd één tussentijds toezicht uitgevoerd (zie paragraaf 5.5).

Binnen STJ werken inspecties tevens samen bij het onderzoek naar calamiteiten. In 2012 werden in STJ-verband drie onderzoeken naar calamiteiten uitgevoerd.

## 8.2 Thematisch toezicht

In het thematisch toezicht doen de vijf eerder genoemde rijksinspecties vooral onderzoek naar de mate van samenwerking in de jeugdzorg op lokaal niveau. In 2012 werden twee projecten afgerond en gepubliceerd. In *Goed voorbereid naar school* werd aandacht besteed aan de mate waarin lokaal samengewerkt wordt om kinderen van 0-6 jaar zonder taalachterstanden naar school te laten gaan. En in *Gezinnen met geringe sociale redbaarheid* lag de nadruk op de lokale samenwerking bij de verantwoorde zorg voor gezinnen met meerdere problemen. Andere projecten in 2012 waren onder meer *Twaalf-minners* (jongeren tot twaalf jaar die overlast geven) en *Preventie van kindermishandeling*. Beide onderzoeken worden in de loop van 2013 afgerond en gepubliceerd.

## 8.3 Overige samenwerking

Naast deze samenwerkingsvormen maken alle tien rijksinspecties ook deel uit van de *Inspectieraad*. Belangrijke thema's hierbij zijn de vernieuwing van het toezicht, het verlagen van de toezichtlast en het versterken van de doelmatigheid en effectiviteit van het toezicht. Dit laatste krijgt onder meer vorm via het *inspectieloket.nl*, de gezamenlijke website van alle rijksinspecties, waar alle rapporten en nieuwsberichten voor iedereen toegankelijk zijn. Een ander voorbeeld is de samenwerking tussen de inspecties op het punt van ict en nieuwe media. Daarnaast is tussen de inspecties een taakverdeling tot stand gekomen voor een aantal inspectie-overstijgende projecten, zoals rol en positionering van toezicht, effectmeting, risicogebaseerd toezicht, nalevingscommunicatie, de Academie voor Toezicht, opleidingen en HRM-beleid.

De Inspectie Jeugdzorg stemt verder regelmatig af met o.a. het IPO, Jeugdzorg Nederland en de beleidsdirecties van de betrokken ministeries. Een voorbeeld van het laatste is de deelname van de inspectie aan discussies over de stelselwijziging. Een ander voorbeeld is de betrokkenheid van de inspectie bij het opstellen van richtlijnen voor de jeugdzorg door het Nederlands Jeugdinstituut in samenwerking met de drie beroepsverenigingen en het veld.

# Kengetallen budget en formatie 2012

## Inspectie Jeugdzorg (IJZ) en Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ)

**Budget** IJZ + STJ 2012 totaal  
(incl. detacheringen) € 5.932.000

**Formatie** IJZ en STJ totaal  
(incl. detacheringen) 61 fte

### Inspectie Jeugdzorg

**Formatie** 45 fte

Hoofdinspecteur 1 fte  
Plv. hoofdinspecteur 1 fte  
Coördinerend inspecteurs  
(Senior) inspecteurs 4,5 fte  
18,5 fte  
Ondersteunend inspecteurs 3 fte

Kennisteam 4 fte  
Staf 4 fte  
Bedrijfsvoering 2 fte  
(Directie)secretariaat/projectondersteuning 9 fte

---

### Samenwerkend Toezicht Jeugd

**Formatie** 6 fte

Programmadirecteur 1 fte  
Coördinerend inspecteur 1 fte  
(Senior) inspecteur 2 fte  
Bedrijfsvoering 1 fte  
Directiesecretariaat/ondersteuning 1 fte

---

Detacheringen vanuit de vijf  
Jeugdinspecties 10 fte

In oktober 2012 overgedragen aan het  
Meldpunt IGZ ten behoeve van telefonische  
klachtafhandeling voor de IJZ 0,5 fte

# Uitgebrachte rapporten

## Overzicht provincie-overstijgende toezichtprojecten 2012

Titel
Jongeren in Buitenlands Zorgaanbod, februari 2012
Een kindbeschermingsmaatregel? Stand van zaken n.a.v. het vervolgonderzoek naar de kwaliteit van de Bureaus Jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming bij de besluiten over een kindbeschermingsmaatregel, maart 2012
Zicht op veiligheid kind bij start netwerkpleegzorg, Rapportage implementatie protocol netwerkpleegzorg, maart 2012
Grootschalige opvang van alleenstaande minderjarige vreemdelingen, opvang van amv's op de drie campussen, april 2012
Onderzoek naar de veiligheid van jongeren die wachten op geïndiceerde jeugdzorg, augustus 2012
Grootschalige opvang van alleenstaande minderjarige vreemdelingen, opvang van amv's op de proces opvanglocaties, november 2012
Een kindbeschermingsmaatregel? Stand van zaken n.a.v. het vervolgonderzoek in 2012 naar de kwaliteit van de Bureaus Jeugdzorg bij de verzoeken om een kindbeschermingsmaatregel, december 2012

## Overzicht provinciale toezichtprojecten 2012

Provincie/GSR	Titel
<b>Groningen</b>	Het leefklimaat van jongeren in Wilster, Hertoets, februari 2012
	Kwaliteit van het AMK Groningen. Onderzoek bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Groningen, juni 2012
<b>Friesland</b>	
<b>Drenthe</b>	
<b>Overijssel</b>	Casusonderzoek Overijssel. Onderzoek na het overlijden van een baby, mei 2012
	Kwaliteit van de Advies- en Consultfunctie van het AMK, hertoets bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Overijssel, locatie Hengelo, augustus 2012
<b>Gelderland</b>	Rechtspositie en veiligheid van jongeren in Avenier, Kwadrant Emaus, mei 2012
	Casusonderzoek Gelderland. Onderzoek na overlijden van een ondertoezichtgestelde peuter, april 2012



Provincie/GSR	Titel
<b>Flevoland</b>	
<b>Utrecht</b>	Onderzoek naar het handelen van SGJ bij de spoedhuisplaatsing van vijf kinderen in 2011, mei 2012
	Casusonderzoek SGJ. Onderzoek na het seksueel misbruik van een meisje, mei 2012
	Casusonderzoek Utrecht. Onderzoek na overlijden van een peuter, juni 2012
<b>Noord-Holland</b>	Het leefklimaat van jongeren in Transferium Jeugdzorg, Hertoets, juni 2012
<b>Amsterdam</b>	Het leefklimaat van jongeren in De Koppeling, Hertoets, juni 2012
<b>Zuid-Holland</b>	Forensisch Centrum Teylingereind. Inspectierapport Doorlichting, februari 2012
	Het leefklimaat van jongeren in JJC, hertoets, april 2012
	Justitiële Jeugdinstelling De Hartelborgt, Inspectierapport, Doorlichting, juli 2012
<b>Haaglanden</b>	Casusonderzoek Haaglanden. Onderzoek na de ernstige mishandeling van een peuter, juni 2012
<b>Rotterdam</b>	Casusonderzoek Rotterdam. Onderzoek na het overlijden van twee kinderen, september 2012
<b>Zeeland</b>	Rechtspositie en veiligheid van jongeren in Juzt, locatie De Vliethoeve, Hertoets, mei 2012
<b>Noord-Brabant</b>	Het leefklimaat van jongeren in Almata, locatie Ossendrecht, augustus 2012
	Casusonderzoek Noord-Brabant. Onderzoek inzake signalen van mogelijke kindermishandeling van een meisje in een pleeggezin, augustus 2012
	JJI Den Hey-Acker. Inspectierapport Doorlichting, september 2012
<b>Limburg</b>	Bejegening van jeugdzorgcliënten in Limburg, februari 2012



## Gebruikte afkortingen

<b>AKJ</b>	Advies- en Klachtenbureau Jeugdzorg
<b>AMK</b>	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
<b>AMV</b>	Alleenstaande Minderjarige Vreemdeling
<b>AWBZ</b>	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
<b>BJZ</b>	Bureau Jeugdzorg
<b>BRS</b>	Basis Registratie Systeem
<b>BZA</b>	Buitenlands Zorg Aanbod
<b>CJG</b>	Centra voor Jeugd en Gezin
<b>COA</b>	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
<b>Fte</b>	Fulltime equivalent
<b>GGZ</b>	Geestelijke Gezondheidszorg
<b>HKZ</b>	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
<b>HRM</b>	Human Resource Management
<b>IGZ</b>	Inspectie voor de Gezondheidszorg
<b>IPO</b>	Interprovinciaal Overleg
<b>IR</b>	Inspectieraad
<b>ITJ</b>	Integraal Toezicht Jeugdzaken (inmiddels onderdeel van STJ)
<b>IJZ</b>	Inspectie Jeugdzorg
<b>ISZW</b>	Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid
<b>IvhO</b>	Inspectie van het Onderwijs
<b>IVenJ</b>	Inspectie Veiligheid en Justitie
<b>JJI</b>	Justitiële Jeugdinrichting
<b>NJI</b>	Nederlands Jeugd Instituut
<b>RvdK</b>	Raad voor de Kinderbescherming
<b>RvdR</b>	Raad voor de Rechtspraak
<b>STJ</b>	Samenwerkend Toezicht Jeugd
<b>VenJ</b>	Ministerie van Veiligheid en Justitie
<b>VWS</b>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



## **Wat is de Inspectie Jeugdzorg?**

De Inspectie Jeugdzorg is in 1988 bij wet ingesteld en houdt toezicht op de jeugdzorg in Nederland. De inspectie werkt onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De inspectie is inhoudelijk onafhankelijk.

## **Wat zegt de wet over de Inspectie Jeugdzorg?**

De Wet op de jeugdzorg geeft de Inspectie Jeugdzorg de volgende taken:

- onderzoek doen naar de kwaliteit van de jeugdzorg;
- toezicht houden op de naleving van de kwaliteitseisen die in de wet staan;
- voorstellen doen voor verbetering.

De inspectie houdt toezicht op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Ministerie van Veiligheid en Justitie, de provincies en stadsregio's of uit eigen beweging.

## **Wat is toezicht?**

Toezicht houden betekent dat de inspectie informatie verzamelt over de kwaliteit van de jeugdzorg, zich een oordeel vormt en zo nodig ingrijpt. Ook kijkt de inspectie of het beleid voor de jeugdzorg in de praktijk goed werkt. Daarover adviseert de inspectie gevraagd en ongevraagd. De rapporten van de inspectie zijn in principe openbaar. De openbaar gemaakte rapporten staan op de website van de inspectie: [www.inspectiejeugdzorg.nl](http://www.inspectiejeugdzorg.nl).

## **Wat wil de Inspectie Jeugdzorg met het toezicht bereiken?**

De inspectie wil met haar onderzoeken bijdragen aan:

- het behouden en bevorderen van de kwaliteit van de jeugdzorg;
- het versterken van de positie van jongeren en hun ouders of verzorgers (de cliënten);
- de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid van het beleid.

## **Waar houdt de inspectie toezicht?**

De Inspectie Jeugdzorg kent vijf "domeinen" van toezicht. De inspectie heeft namelijk volgens vijf verschillende wetten en regelingen toezichttaken en bevoegdheden:

- Wet op de jeugdzorg;
- Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen;
- Wet opnemings buitenlandse kinderen ter adoptie;
- Wet Centraal Orgaan opvang Asielzoekers;
- Subsidieregeling opvang kinderen van ouders met een trekkend/varend bestaan.

De inspectie heeft op grond van die wetten toezicht op de volgende organisaties:

- de bureaus jeugdzorg;
- de jeugdzorgaanbieders;
- de justitiële jeugdinrichtingen;
- de vergunninghouders voor interlandelijke adoptie;
- de opvangvoorzieningen voor alleenstaande minderjarige vreemdelingen;
- de Raad voor de Kinderbescherming;
- de schippersinternaten.

