

# Kwaliteitskader Gesloten Jeugdzorg

september 2008

**MO**  
G R O E P  
Jeugdzorg

Inspectie Jeugdzorg



**JeugdZorg<sup>Plus</sup>**

# Kwaliteitskader Gesloten Jeugdzorg

## 1 Inleiding

Op verzoek van de minister voor Jeugd en Gezin zijn kwaliteitsnormen uitgewerkt voor de instellingen voor gesloten jeugdzorg. Deze kwaliteitsnormen geven een nadere invulling van het begrip 'verantwoorde zorg'. Voor de instellingen zijn de kwaliteitsnormen in samenhang met het Streefbeeld Jeugdzorg<sup>Plus</sup><sup>1</sup> richtinggevend voor de ontwikkeling van de kwaliteit van de zorg aan jeugdigen in een gesloten setting. De kwaliteitsnormen worden gebruikt bij het toezicht op het realiseren van verantwoorde zorg door die instellingen.

De kwaliteitsnormen zijn tot stand gekomen onder regie en verantwoordelijkheid van de Inspectie jeugdzorg. Zij deed dat in goede en coöperatieve samenwerking met de betrokken instellingen die hiermee reageerden op het verzoek van de inspectie om normen te ontwikkelen voor dit onderdeel van het stelsel van de jeugdzorg. Voor de psychiatrische kant van de verantwoorde zorg werd bij het ontwikkelen van dit kader samengewerkt met de Inspectie voor de gezondheidszorg. Voor de onderwijskundige kant werd er samengewerkt met de Inspectie van het Onderwijs.

## 2 Stadia

De kwaliteitsnormen worden door de inspectie(s) gebruikt bij de beoordeling van de verantwoorde zorg door de instellingen voor gesloten jeugdzorg. Er is sprake van een gefaseerde opbouw van deze zorg. In de periode 1 januari 2008 tot 1 januari 2010 worden er gefaseerd JJI's overgeheveld van Justitie naar Jeugd en Gezin en wordt nieuw gesloten zorgaanbod ontwikkeld. Deze opbouw van capaciteit en het feit dat deze jeugdzorg in gesloten kader zich als een werksoort moet ontwikkelen heeft ertoe geleid dat het toetsingskader in stadia zal worden gebruikt door de inspectie(s). Er worden drie stadia onderscheiden:

- 1 Met ingang van 2008 voldoen de dan bestaande instellingen in ieder geval op de criteria en indicatoren die rechtstreeks voortvloeien uit de Wet op de jeugdzorg, waaronder de wettelijke regels die betrekking hebben op de maatregelen die de vrijheid van een jeugdige aantasten en de gevallen waarin deze kunnen worden toegepast (beperkingen en controlemaatregelen).
- 2 Met ingang van 2009 voldoen de dan bestaande instellingen naast de criteria en indicatoren bedoeld bij stadium 1 ook op de criteria en indicatoren uit dit kader die betrekking hebben op de professionele cultuur, groeps grootte en de samenstelling van een groep. De instellingen die na 1 september 2009 worden aangewezen als instelling voor gesloten jeugdzorg krijgen één jaar de tijd om te voldoen aan criterium II, gerekend vanaf het tijdstip van hun aanwijzing. Dit betekent bijvoorbeeld dat een instelling die per 1 september 2009 is aangewezen vanaf dat moment moet voldoen aan de criteria en indicatoren bedoeld bij I én per 1 september 2010 aan de criteria en indicatoren bedoeld bij 2.
- 3 Ultimo 2011 moeten alle dan bestaande instellingen voldoen aan alle criteria en indicatoren van de kwaliteitsnormen.

---

<sup>1</sup> De instellingen gebruiken in plaats van gesloten jeugdzorg de aanduiding Gesloten Jeugdzorg<sup>Plus</sup>. Het Streefbeeld Jeugdzorg<sup>Plus</sup> is een gezamenlijke productie van alle Nederlandse instellingen voor gesloten jeugdzorg. Het geeft de gezamenlijke visie aan van deze instellingen, hun ambities, beoogde verbeteringen en resultaten. Het voorziet in een eigen toetsing in 2011 van alle volgens dit streefbeeld werkende instellingen voor gesloten jeugdzorg.

### 3 Opbouw

Het kader is opgebouwd uit thema's en criteria en indicatoren. Nog niet alle indicatoren konden worden voorzien van een norm. Waar ze nog ontbreken zullen deze normen tijdens de implementatie van het Streefbeeld Jeugdzorg<sup>plus</sup> door het veld nader worden bepaald. De instellingen zullen zich ontwikkelen van criteria en indicatoren die (alleen) 'beschikbaar' zijn, naar criteria en indicatoren die operationeel zijn en geborgd voor alle onderdelen. Tijdens de implementatie zal ook bekeken worden of de kwaliteitsnormen 'streefbeeldbestendig' blijken te zijn. Er worden in dit kader zeven thema's met bijbehorende criteria en indicatoren onderscheiden:

1. Gesloten leefomgeving  
Welke voorwaarden scheppen de instellingen om verantwoord zorg te geven?
2. Behandel- en opvoedplanning  
Welke randvoorwaarden zijn nodig voor een goede behandeling? Aan welke voorwaarden voldoet een behandelplan?
3. Behandeling  
Hoe ziet de uitwerking van de behandeling eruit op individueel niveau?
4. Opvoeding  
Welke opvoeding krijgen de jeugdigen naast behandeling?
5. Dagprogrammering  
Waaraan voldoet een goede dagprogrammering, die past in het behandelplan?
6. Ketensamenwerking  
Hoe is de samenwerking met andere partijen in de jeugdzorgketen georganiseerd?
7. Personeel  
Wat voor soort personeel is nodig? Hoe gaan de instellingen om met hun medewerkers? Hoe hebben ze hun personeelsbeleid georganiseerd?

De indicatoren onder de thema's 1 en 2 betreffen vooral de beschikbaarheid. De indicatoren onder de thema's 3, 4 en 5 hebben meer betrekking op operationaliteit en borging.

## Thema 1: Gesloten leefomgeving

Criteria	Indicatoren
1.1 De instellingen hebben een visie geformuleerd op de behandeling van jeugdigen	1.1.1 De visie is aanwezig.
	1.1.2 In de visie vult de instelling onder meer in: <ul style="list-style-type: none"> <li>- opnameplicht;</li> <li>- behandeling;</li> <li>- pedagogische visie;</li> <li>- visie op dagprogrammering (onderwijs, stage en werk) en op de samenwerking met derden op dit gebied (aanbieders);</li> <li>- trajectverantwoordelijkheid: de instelling blijft verantwoordelijk voor de jeugdige totdat deze een stabiele situatie heeft bereikt (de instelling bewaakt, levert nazorg, is achtervang, signaleert en terugopname).</li> </ul>
	1.1.3 De visie is bekend; medewerkers bespreken de visie desgewenst met jeugdigen en hun wettelijke vertegenwoordigers en/of gezinsvoogd.
1.2 Cliëntenbeleid	1.2.1 Er is een cliëntenraad of jongerenraad.
	1.2.2 Er is een vertrouwenspersoon; het is de cliënten duidelijk hoe ze deze kunnen benaderen.
1.3 De gebouwen zijn geschikt voor de behandeling en opvoeding	1.3.1 Gebouwen zijn veilig: ze voldoen aan voorschriften & regelmatige inspecties, bijv. Referentiekader huisvesting gesloten jeugdzorg van het College Bouw zorginstellingen.
	1.3.2 De mogelijkheden van de gebouwen sluiten aan bij de behandelvisie.
	1.3.3 De fysieke ruimte is met behoud van veiligheid, zo huiselijk mogelijk aangekleed en aangepast aan de beleving van de jeugdige.
1.4 Rechtspositie personeel	1.4.1 Er is een bevoegdhedenregister beschikbaar, dat is vastgesteld door het bestuur van de instelling.
1.5 Rechtspositie jeugdige	1.5.1 De instelling heeft Huisregels.
	1.5.2 De instelling heeft een regeling voor verlof of buitenactiviteiten (zie ook Wjz, art, 29v).
	1.5.3 De instelling heeft een huisreglement en/of protocollen voor Maatregelen die de vrijheid & privacy van jeugdigen aantasten (Wjz, art. 29 o-u), o.a. beperkingen binnen de accommodatie, afzondering, vastpakken & vasthouden, geneeskundige behandelingsmethoden, beperkingen van brief-, telefoonverkeer of andere communicatiemiddelen, bezoek, controlemaatregelen (onderzoek aan lichaam & kleding, van urine, van de kamer van de jeugdige, van poststukken), voor kleding, voor suïcide, alcohol en middelengebruik, enz.
	1.5.4 De instelling formuleert seksueel beleid, o.a. gemengde/ ongemengde plaatsing, seksuele voorlichting en – contacten, en actualiseert dit regelmatig.
	1.5.5 De instelling zorgt dat de jeugdige hulp en rechtsbijstand krijgt indien nodig.
	1.5.6 De instelling zorgt dat deze rechtspositiedocumenten jaarlijks worden geëvalueerd en geactualiseerd.
	1.5.7 De instelling informeert de jeugdige en zijn wettelijke vertegenwoordigers over de rechtspositieregels.
1.6 Klachtenregeling	1.6.1 De ouders/jeugdige/stiefouder/ verzorger kan zich in contacten met de instelling laten bijstaan door iemand in wie zij vertrouwen hebben. De instelling kan deze onafhankelijke cliëntondersteuner gemotiveerd weigeren.

		1.6.2	De instelling beschikt over een klachtenprocedure en een –commissie.
		1.6.3	De instelling beschikt over een vertrouwenspersoon.
		1.6.4	Medewerkers hebben een meldplicht als zij feiten signaleren of hadden moeten signaleren die 'klachtwaardig' zijn.
		1.6.5	De instelling informeert de jeugdige/wettelijk vertegenwoordiger/stiefouder/anderen die de jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen en opvoeden over de klachtenregeling.
1.7	Calamiteitenplan	1.7.1	De instelling beschikt over een actueel calamiteitenplan en BHV.
		1.7.2	De instelling taxeert risico's (welke calamiteiten, waar, enz.) legt ze vast en handelt ernaar.
		1.7.3	De instelling neemt relevante risico's op in het behandelplan (zie Thema 3).
		1.7.4	Het calamiteitenplan is bekend in de instelling, en waar mogelijk wordt er periodiek geoefend.
1.8	Veiligheid personeel en veiligheid jeugdigen	1.8.1	De instelling heeft een actueel veiligheidsbeleid.
		1.8.2	De instelling heeft inzicht in de veiligheidsbeleving.
		1.8.3	De instelling heeft actuele Protocollen, gedragscodes en procedures voor onderzoek op lichaam, kleding, kamer & urine, toegangscontrole, enz. Ze worden periodiek geactualiseerd, mede op grond van analyse & evaluatie.
		1.8.4	De instelling inventariseert veiligheidsrisico's en neemt beheersingsmaatregelen. Ze evalueert en actualiseert deze jaarlijks.
		1.8.5	Er zijn afspraken over begeleiding en toezicht.
		1.8.6	De inzet van pedagogische medewerkers op een leef- of behandelgroep is afhankelijk van de omvang en de risicotaxatie, zodat de instelling het veiligheidsniveau kan garanderen.
		1.8.7	Incidenten worden gemeld, geregistreerd en geanalyseerd.
		1.8.8	De instelling heeft een alarmeringprocedure.
1.9	Onttrekkingenbeleid	1.9.1	De instelling voert een onttrekkingenbeleid waarin is vastgelegd hoe ze omgaat met onttrekkingen (bijv. effect op behandelplan).
		1.9.2	De instelling heeft inzicht in het aantal onttrekkingen, herkent patronen en analyseert deze. Conform afspraak meldt de instelling de onttrekkingen en biedt inzicht in de cijfers, en patronen.
1.10	Kwaliteit	1.10.1	De instelling voert een kwaliteitsbeleid en hanteert een gecertificeerd kwaliteitsstelsel, zoals HKZ (of INK).
		1.10.2	De instelling voert periodiek een representatief Klanttevredenheids- en medewerkertevredenheids-onderzoek uit. De resultaten worden gebruikt in de relevante terreinen.
1.11	Integriteitbeleid	1.11.1	De instelling beschikt over regels voor machtsuitoefening, er is een mandaat- of volmachtregeling.
		1.11.2	De instelling formuleert beleid voor Integriteitbreuken en heeft een protocol Integriteit.
1.12	Protocollair uitvoeren dwang en drang	1.12.1	Preventief: de instelling neemt maatregelen om incidenten te voorkomen.
		1.12.2	Curatief: de instelling treedt op tegen incidenten.
		1.12.3	De instellingen heeft protocollen, zie Criterium 1.5. rechtspositie jeugdigen.
		1.12.4	De instelling evalueert beleid, protocollen en uitvoering periodieke en neemt zo nodig maatregelen ter verbetering.

- 1.12.5 De instelling organiseert nazorg bij incidenten.
- 1.12.6 De instelling organiseert dat beleid & protocollen bekend zijn, en organiseert relevante oefeningen.

<b>Thema 2: Behandel- en opvoedplanning (voorwaarden scheppen)</b>		
<b>Criteria</b>	<b>Indicatoren</b>	
2.1 De instelling stelt per kind een behandelplan op. Deze plannen bevatten de volgende onderdelen:	2.1.1	Het behandelplan kent een gestandaardiseerde opzet.
	2.1.2	Uitgangspunten van het behandelplan zijn in elk geval: Eén kind één plan & primaat van de behandeling.
	2.1.3	Het plan bevat de (dreigende) problemen, de ernst en de mogelijke oorzaken ervan.
	2.1.4	Het plan bevat de doelen voor de jeugdige en de middelen om de doelen te bereiken.
	2.1.5	Het plan bevat de processen die de jeugdige in de behandeling (en de aanpalende processen) doorloopt, samen met een inschatting van de verblijfsduur.
	2.1.6	Het behandelplan kent een systeembenadering. Wie, rollen, interventies, enz.
	2.1.7	Het plan benoemt eventuele vrijheidsbenemende maatregelen; de maatregelen komen overeen met de wettelijke mogelijkheden en worden per behandelplan aangepast aan de individuele situatie.
	2.1.8	Het plan benoemt de afspraken voor verlof of buitenactiviteiten.
	2.1.9	Het plan beschrijft op welke wijze het gezin wordt betrokken (gezinsbehandeling).
	2.1.10	Het plan gaat uit van een gestandaardiseerd exitinterview & follow up.
	2.1.11	Het plan sluit aan bij actuele wetenschappelijke inzichten.
	2.1.12	Het Behandelplan benoemt de vervolgstappen: nazorg, huisvesting, inkomen, dagprogrammering en sociaal netwerk.
2.2 Het proces van opstelling en uitvoering van het behandelplan kenmerkt zich in elk geval door:	2.2.1	Voor elke jeugdige is er een indicatiebesluit.
	2.2.2	Voor elke jeugdige is er een geldige machtiging of voorlopige machtiging van de kinderrechter.
	2.2.3	De jeugdige wordt betrokken bij de totstandkoming van het behandelplan.
	2.2.4	De wettelijke vertegenwoordigers en/of gezinsvoogd worden betrokken bij de totstandkoming van het behandelplan.
	2.2.5	De besluiten die zijn genomen tijdens de behandeling worden gedragen door de motivering ervan.
	2.2.6	Het behandelplan wordt vastgesteld voor de aanvang van de zorg, of uiterlijk 6 weken na de dag waarop is komen vast te staan dat de instelling de jeugdige de zorg zal verlenen (Wjz, art 24 lid 5).
	2.2.7	Het behandelplan wordt afgestemd met Bureau Jeugdzorg.
	2.2.8	De instelling biedt de jeugdige minimaal 1x per week de mogelijkheid om met de groepsleiding over de voortgang van de behandeling te spreken.
	2.2.9	Toezicht: de jeugdige staat onder het persoonlijke en/of technische toezicht van een voldoende toegeruste beroepskracht.
	2.2.10	De instelling informeert de jeugdige en zijn wettelijke vertegenwoordigers en/of de gezinsvoogd periodiek over behandeling/ opvang, behandelhoe-

		len, hoe deze worden gerealiseerd en stappen na afronding van deze behandeling.
	2.2.11	Maatregelen worden alleen genomen als ze zijn opgenomen in het behandelplan, uitgezonderd noodsituaties.
	2.2.12	Per kind is er een dossier (m.u.v. het medische dossier, dat alleen voor Psycho Medisch Overleg beschikbaar is).
	2.2.13	De instelling vult zijn trajectverantwoordelijkheid in door verantwoord over te dragen of achtervang te blijven.
	2.2.14	De instelling voert een Pupillenadministratie.
2.3	Cyclische aanpak behandeling	2.3.1 De behandeling wordt regelmatig tussentijds geëvalueerd; de uitkomsten worden teruggekoppeld en kunnen leiden tot aanpassing van het behandelplan.
		2.3.2 Er vindt tussentijds verslaglegging plaats van de ontwikkeling van de jeugdige. De verslaglegging wordt gebruikt in de regelmatige tussentijdse evaluatie.
		2.3.3 De behandeling is wetenschappelijk ingebed (evidence based, effectief, in de praktijk of wetenschappelijk; er is ruimte om de effectiviteit van een bepaald deel in de praktijk te toetsen); actuele wetenschappelijke inzichten worden meegenomen in de behandeling en het plan (zie ook Thema 6).
2.4	De instelling heeft een professioneel reglement of statuut; dit bevat in elk geval de volgende onderdelen:	2.4.1 Visie op de aanwezigheid psychiatrische stoornissen en de verdeling van (medische) verantwoordelijkheden.
		2.4.2 Visie en protocol voor het herkennen en diagnostiseren van psychiatrische stoornissen.
		2.4.3 Visie en protocol op het intern en/of extern behandelen van behandelbare psychiatrische stoornissen.
		2.4.4 Visie op geprotocolleerde geneeskundige behandelingen onder dwang.
		2.4.5 Dagelijks dragen pedagogische medewerkers o.a. de leerdoelen & welzijn per jeugdige aan elkaar over.

### Thema 3: Behandeling

Criteria	Indicatoren	
3.1 Individueel behandelplan	3.1.1	Het plan is gebaseerd op het indicatiebesluit.
	3.1.2	Het plan is gebaseerd op een geldige machtiging of voorlopige machtiging van de kinderrechter.
	3.1.3	Het individuele plan beschrijft het primaat van de behandeling en gaat uit van 1 kind 1 plan.
	3.1.4	Het individuele plan beschrijft en operationaliseert de Kernproblematiek & behandeldoelen.
	3.1.5	Het plan bevat individuele vormen van behandeling en/of groepsactiviteiten.
	3.1.6	Het plan analyseert het systeem van de jeugdige.
	3.1.7	Het plan bevat de maatregelen voor de jeugdige die het betreft: maatwerk.
	3.1.8	Het plan bevat afspraken over verlof of buitenactiviteiten, voorzien van de termijn dat ze worden toegepast, gebaseerd op een risicotaxatie.
	3.1.9	Het plan bevat de (eventuele) noodzaak en inzet van een psychiater + GZ-psycholoog van de jeugdige.
	3.1.10	Het plan motiveert de behandeling, de keuzes, enz. Besluiten tijdens de behandeling, evaluatie

		enz. zijn opgenomen (periodieke herziening).
	3.1.11	Het behandelplan bevat verslagen van de gesprekken met de jeugdige en de wettelijke vertegenwoordigers en/of gezinsvoogd over de behandeling en het behandelplan.
	3.1.12	Het behandelplan vult de verantwoordelijkheid van de instelling voor de jeugdige in en bevat vervolgstappen na afronding behandeling: nazorg, huisvesting, inkomen, dagprogramma (onderwijs/werk), sociaal netwerk.
	3.1.13	Het plan motiveert de keuze voor de leef- en behandelgroep, bijv. gemengd/ ongemengd.
	3.1.14	Het plan motiveert waarom een jeugdige in instelling buiten eigen regio is opgenomen (indien van toepassing).
	3.1.15	Het plan bevat de gezinsbehandeling & motivatie daarvan.
3.2	Het plan gaat uit van een multidisciplinaire aanpak; dit betekent onder meer:	
	3.2.1	Multidisciplinaire vaststelling van het medisch-psychiatrische behandelbeleid, door professionals die voor zover noodzakelijk, met de jeugdige gesproken hebben.
	3.2.2	Het onderzoek van de kernproblematiek en de behandeldoelen van de jeugdige geschiedt multidisciplinair.
	3.2.3	Zoveel mogelijk worden (bewezen) effectieve interventies toegepast.
	3.2.4	Ouderbegeleiding wordt georganiseerd.

## Thema 4: Opvoeding<sup>2</sup>

Criteria	Indicatoren
4.1 Leefklimaat	4.1.1 De groepsgrootte is zodanig dat de instelling kan waarborgen dat de jeugdigen voldoende aandacht krijgen, passend bij hun behandeling. 4.1.2 De samenstelling van de leef- en behandelgroepen past bij de behandeling. 4.1.3 De instelling behandelt de jeugdige met respect. 4.1.4 De jeugdige heeft een eigen kamer.
4.2 Voeding	4.2.1 De instelling biedt 3 x per dag uitgebalanceerde voeding. 4.2.2 Voeding is beschikbaar volgens geloofsovertuiging of dieetvoorschriften. 4.2.3 De instelling biedt deskundige voorlichting over voeding.
4.3 Hygiëne, persoonlijke & lichamelijke verzorging	4.3.1 De leefomgeving is schoon. 4.3.2 De instelling biedt deskundige voorlichting (bijv. SOA). 4.3.3 De instelling biedt de mogelijkheid tot sporten, minimaal 3 uur per week.
4.4 Kleding	4.4.1 De jeugdige mag zelf kleding en schoenen kiezen, binnen de opvoedingsnormen en gedragscodes.
4.5 Medische verzorging	4.5.1 Deskundige medische diensten (huisarts, tandarts, fysiotherapeut, psychiater) zijn bereikbaar.
4.6 Geestelijke verzorging	4.6.1 De jeugdige wordt gelegenheid geboden zijn eigen godsdienst of levensovertuiging te belijden. 4.6.2 De instelling biedt de mogelijkheid om deel te nemen aan activiteiten in het kader van geestelijke verzorging (1 uur per week). 4.6.3 Een geestelijke verzorger is bereikbaar.
4.7 Emotionele verzorging	4.7.1 De instelling biedt een aandachtvolle omgeving.

<sup>2</sup> Hier is gekozen voor de term opvoeding in plaats van bejegening.



- 4.7.2 De pedagogisch medewerkers zijn alert op het welzijn van de jeugdige en nemen dit mee in de dagelijkse overdracht.
- 4.7.3 De instelling biedt mogelijkheden tot (fysiek) contact met ouders of (gezins)voogd familieleden en vrienden.

### Thema 5: Dagprogrammering

Criteria	Indicatoren
5.1 Zinnvolle dagbesteding	<p>5.1.1 De dagbesteding sluit aan op het behandelplan.</p> <p>5.1.2 De dagbesteding bestaat uit scholing, werk of stage, die aansluit bij de kansen, mogelijkheden &amp; competenties van de jeugdige en bij de kansen op de arbeidsmarkt.</p>
5.2 Dagstructuur	<p>5.2.1 De duur van het dagprogramma bedraagt minimaal 14 uur, ook in het weekeinde.</p> <p>5.2.2 Er zijn gezamenlijke maaltijden &amp; naar individuele behoefte helpt de jeugdige met de bereiding (tenzij anders in Behandelplan).</p> <p>5.2.3 De jeugdigen maken gezamenlijk de leefomgeving schoon en onderhouden die.</p> <p>5.2.4 De samenstelling van de opleidingsgroepen sluit aan bij behandeling en/of dagbesteding (de instelling motiveert de samenstelling).</p>
5.3 Het primaat van de behandeling is vertaald in prestatiecontract met school, werk- of stagegever (één kind één plan). Dit contract bevat in elk geval de volgende onderdelen:	<p>5.3.1 Plan onderwijs is onderdeel van het behandelplan.</p> <p>5.3.2 Het regime van de behandeling geldt ook op school, stage of werk.</p> <p>5.3.3 De deskundigheid van het personeel van de school, de stageplaats of het werk: vakinhoudelijk en op het gebied van de doelgroep.</p> <p>5.3.4 De school, werk- of stagegever biedt de jeugdige een veilige omgeving.</p> <p>5.3.5 De school, stage- of werkgever geven de jeugdige en zijn wettelijke vertegenwoordigers en/of gezinsvoogd voorlichting over het schoolprogramma, de stage of het werk.</p> <p>5.3.6 De school, stage- of werkgever biedt de jeugdige een gecertificeerde opleiding of – ervaring met toekomstperspectief.</p> <p>5.3.7 Op het moment van de intake van de jeugdige zijn de begin- en eindsituatie van de jeugdige beschreven.</p> <p>5.3.8 De school, stage- of werkgever volgt de vorderingen en ontwikkelingen van de jeugdige en geeft deze door aan de instelling.</p> <p>5.3.9 Het contract bevat afspraken over informatie-uitwisseling en samenwerking tussen de instelling en de school, stage- of werkgever op het gebied van incidenten.</p> <p>5.3.10 De instelling spreekt met de school, stage- of werkgever af op welke wijze het prestatiecontract en de ontwikkelingen rondom de individuele jeugdige worden geëvalueerd.</p>
5.4 Onderwijs	<p>5.4.1 Het onderwijs sluit aan op het (verstandelijke) niveau van de jeugdige en biedt perspectief op diploma.</p> <p>5.4.2 De groepsgrootte past bij de onderwijsdoelen.</p> <p>5.4.3 Het onderwijs sluit (zoveel mogelijk) aan bij de wet- en regelgeving van het ministerie van OC&amp;W.</p>

## Thema 6: Ketensamenwerking

Criteria	Indicatoren
6.1 Trajectverantwoordelijkheid	6.1.1 De instelling organiseert de nazorg voor de jeugdige totdat deze een stabiele situatie heeft bereikt. De instelling volgt onder meer (de ontwikkelingen van) de jeugdige, signaleert, levert achtervang en acht zich verantwoordelijk om de jeugdige terug op te nemen, indien nodig. De vervolgvoorzieningen kunnen een beroep blijven doen op de instelling. De instelling plaatst alleen uit als er een vervolgstap of een alternatief is. Geen afwijzing zonder overleg.
	6.1.2 De instelling meldt de jeugdige tijdig voor doorplaatsing en blijft beschikbaar voor overleg na doorplaatsing.
	6.1.3 De instelling draagt de jeugdige over aan een volgende instantie incl. dossier (warme overdracht/ elektronisch dossier).
6.2 Uitwisseling expertise (ultimo 2010 voldaan aan indicatoren)	6.2.1 Instellingen onderhouden (individueel of gezamenlijk) relaties met wetenschap/ universiteiten/ onderzoeksinstituten. De instelling kan mede daardoor in de behandeling actuele wetenschappelijke inzichten gebruiken.
	6.2.2 De instelling draagt actief bij aan uitwisseling en deling van kennis binnen de jeugdzorg in den brede, met aanpalende terreinen en binnen de Jeugdzorg <sup>plus</sup> .
6.3 Samenwerking	6.3.1 De instelling heeft afspraken over toeleiding & doorstroom met BJZ, instellingen, enz.
	6.3.2 De instelling maakt afspraken met vervolgvoorzieningen over nazorg en de verantwoordelijkheden in het vervolgtraject.
	6.3.3 De instelling maakt afspraken op intersectoraal niveau: LVG, GGZ, scholen.
	6.3.4 De instelling werkt samen met andere relevante organisaties op cliëntniveau.

## Thema 7: Personeel

Criteria	Indicatoren
7.1 Kwantiteit	7.1.1 De groepsgrootte is zodanig dat de instelling kan waarborgen dat de jeugdigen voldoende aandacht krijgen, passend bij hun behandeling.
	7.1.2 De inzet van het personeel is zodanig dat de instelling kan waarborgen dat de jeugdigen voldoende aandacht krijgen, passend bij hun behandeling.
7.2 Kwaliteit	7.2.1 De instelling beschikt over deskundig personeel (onder meer: passende opleiding), aansluitend op het aanbod van de instelling.
	7.2.2 De instelling organiseert dat de medewerkers zich kunnen bij- en nascholen ('permanente scholing').
	7.2.3 De medewerkers zijn toegerust om vrijheidsbeperkende maatregelen te nemen (drang & dwang); ze beheersen de procedures en de gedragscodes.
7.3 De instelling voert een gestructureerd personeelsbeleid. Dit betekent onder meer:	7.3.1 De instelling voert regelmatig functionerings- en beoordelingsgesprekken.
	7.3.2 De instelling gebruikt het beschikbare instrumentarium, bijv. samen met de medewerker een persoonlijk ontwikkelingsplan formuleren.
	7.3.3 De instelling houdt periodiek een medewerker tevredenheidsonderzoek.

---

7.4	De instelling zorgt voor een professionele bedrijfscultuur. Dit betekent onder meer:	7.4.1	Psychiater en arts zijn 7x24 uur bereikbaar.
		7.4.2	Het personeel beschikt over de kwaliteiten en deskundigheden die nodig zijn in relatie tot de doelgroep (wat heeft het personeel nodig om goed te kunnen omgaan met de doelgroep?)
		7.4.3	De instelling voert beleid voor de professionele ontwikkeling van de medewerkers.
		7.4.4	De instelling biedt scholing op het gebied van gezondheidszorg & organiseert dat het niveau van de medewerkers wordt onderhouden.
		7.4.5	De medewerkers handelen in overeenstemming met de behoefte van de doelgroep (en het behandelplan).

---