

SYNTHESE

FOR-K, FORENSISCH-PSYCHIATRISCHE INTENSIEVE BEHANDELEENHEDEN VOOR JUSTITIËLE JONGEREN: AANBOD, GEBRUIK EN BEHOEFTE



SYNTHESE

FOR-K, FORENSISCH-PSYCHIATRISCHE INTENSIEVE BEHANDELEENHEDEN VOOR JUSTITIËLE JONGEREN: AANBOD, GEBRUIK EN BEHOEFTE

PATRIEK MISTIAEN, MARIE DAUVVIN, CHRISTOPHE DE MEESTER, CÉLINE POUPPEZ, IRM VINCK



■ VOORWOORD

Reeds sedert 2003 lopen er in ons land pilootprojecten met For-K intensieve behandel eenheden waar in een beveiligde omgeving zorg geboden wordt aan jongeren die onder toezicht staan van een jeugdrechter en die dit combineren met een ernstige psychiatrische problematiek. In 2019 overwoog de interkabinettenwerkgroep 'Task Force Geestelijke Gezondheidszorg' om de pilootfinanciering om te zetten naar een structurele financiering binnen het Budget Financiële Middelen (BFM) van de psychiatrische ziekenhuizen. Om dit voor te bereiden, werd aan het KCE gevraagd om aanbod, gebruik en behoefte aan deze behandel eenheden te evalueren.

Ze er vaak hebben jongeren die doorverwezen worden naar een For-K behandel eenheid al een moeilijk levenspad achter de rug. Ze legden dikwijls al een heel traject af met talloze hulpverleners en ook na ontslag uit de For-K behandel eenheid is veelal nog verdere begeleiding nodig. Sectoren als jeugdhulp, geestelijke gezondheidszorg, politie en justitie, maar ook gehandicaptenzorg, onderwijs, maatschappelijk welzijn enz., maken deel uit van de keten waar ook For-K een schakel van is. Ze vormen het brede maar zeer complexe veld van stakeholders waarvan elke partner een invloed kan hebben op het aantal jongeren dat in For-K terecht komt. Samen dragen ze de verantwoordelijkheid voor het welslagen van het traject van deze jongeren.

Het was van meet af aan duidelijk dat harde data over zorgneden van For-K jongeren niet beschikbaar zijn. Veel informatie uit dit rapport is dan ook afkomstig van talrijke experts en stakeholders die bereid waren hieraan mee te werken. Wij willen hen van harte danken voor hun waardevolle inbreng. Het onderzoek bracht heel wat moeilijkheden naar voren waar de betrokken sectoren al jaren mee kampen, maar legde ook meerdere punten bloot waarover al vele jaren discussies bestaan zonder dat er een oplossing kon gevonden worden, en dit voor onderwerpen die zo fundamenteel zijn als, bijvoorbeeld, de omschrijving van de doelgroep van de For-K behandel eenheden. Met dit rapport tracht het KCE een aantal stukken van de puzzel bij elkaar te leggen om nieuwe stappen in de zorg voor en hulp aan deze kwetsbare jongeren mogelijk te maken. Wij hopen dat dit rapport een aanzet kan betekenen om met alle betrokken partners verder te bouwen aan een beter toekomstperspectief voor deze jongeren.

Christophe JANSSENS
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Marijke EYSEN
Algemeen Directeur a.i.



■ KERN BOODSCHAPPEN

- België beschikt over 14 For-K intensieve behandel eenheden (IBE) met in totaal 124 bedden voor intensieve behandeling van justitiële jongeren met psychiatrische problemen; 16 van deze bedden zijn bedoeld als hervалbed voor kortdurende opname na een eerdere opname op een For-K IBE
- Hiernaast zijn er nog 33 For-K crisisbedden voor kortdurende crisisopname van justitiële jongeren
- De For-K IBE en crisisbedden zijn sinds 2003 georganiseerd/gefinancierd in de vorm van pilootprojecten waarvoor de Belgische Staat contracten heeft gesloten met 12 psychiatrische ziekenhuizen
- De opnamecriteria zijn jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar, met een justitiële status (hetzij een delict hebben gepleegd, hetzij in een verontrustende situatie verkeren, hetzij een 'geestesziekte' hebben die gedwongen opname vereist) en (ernstige) psychiatrische problemen hebben. Hiernaast zijn er nog vele andere in- en exclusiecriteria
- Er bestaat geen consensus over de doelgroep van de For-K IBE, noch binnen de For-K IBE onderling, noch bij de verschillende zorgpartners
- De For-K IBE zijn gelegen in een complex zorglandschap van geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulp en justitie
- De For-K IBE worden alom gelauwerd en gewaardeerd als een zeer zinvolle interventie en niemand betwijfelt de waarde ervan
- Jaarlijks worden circa 300 jongeren opgenomen voor intensieve behandeling van 6 maanden tot een jaar en circa 80 op een hervалbed voor een korte opvang van 14 dagen; de bedbezetting is meer dan 80%
- De behoefte aan For-K bedden is niet goed kwantificeerbaar, maar er zijn wel veel signalen dat het huidig aanbod onvoldoende zou zijn
- De pilootfinanciering van de For-K IBE is onvoldoende om de werkelijke kosten te dekken
- Het is aangewezen om de pilootfinanciering om te zetten naar structurele financiering binnen het budget financiële middelen (BFM) van de psychiatrische ziekenhuizen
- De rechtspositie van jongeren op een For-K IBE is onduidelijk



■ **SYNTHESE**

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
■	KERN BOODSCHAPPEN	2
■	SYNTHESE	3
1.	INLEIDING	8
2.	BEGRIPSOMSCHRIJVING FOR-K IN DE CONTRACTEN	9
3.	AANBOD FOR-K	11
3.1.	AANTAL FOR-K INTENSIEVE BEHANDELEENHEDEN	11
3.2.	AANTAL FOR-K CRISISBEDDEN	12
3.3.	GEOGRAFISCHE VERDELING VAN FOR-K IBE EN FOR-K CRISISBEDDEN.....	13
3.4.	FINANCIËLE ASPECTEN	15
	3.4.1. For-K IBE's en financiën	15
	3.4.2. For-K crisisbedden en financiën	15
4.	DOELGROEP FOR-K IBE	16
4.1.	OPNAMECRITERIA FOR-K IBE	16
4.2.	EEN MOEILIJK LEVENSPAD EN EEN LANG ZORGTRAJECT	18
5.	FOR-K GELEGEN IN EEN COMPLEX ZORGLANDSCHAPSLABYRINT MET VERSNIJPERDE BEVOEGDHEDEN	19
6.	GEBRUIK	23
6.1.	GEBRUIK FOR-K IBE	23
6.2.	GEBRUIK FOR-K CRISISBEDDEN	27
6.3.	GEDWONGEN OPNAMES	28
7.	BEHOEFTE	30
7.1.	BEHOEFTE FOR-K IBE	30



7.2.	BEHOEFTE FOR-K CRISISBEDDEN	32
8.	BEHANDELING OP DE FOR-K IBE	32
9.	EN WAT VINDEN JONGEREN ZELF?	34
10.	BOUWSTENEN VOOR DE TOEKOMST	35
10.1.	PREVENTIE EN VROEGINTERVENTIE	35
10.2.	VERBETERING VAN DE ZORGCONTINUÏTEIT EN VAN DE SAMENWERKING TUSSEN SECTOREN.....	35
10.3.	OUTREACH	36
10.4.	HET VASTSTELLEN VAN PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK.....	36
10.5.	BEPALEN VAN DE DOELGROEP.....	40
10.6.	STRUCTURELE FINANCIERING	41
10.7.	AANPASSING VAN DE WETTELIJKE KADERS BETREFFENDE JEUGDHULP, JEUGDDELINQUENTIE EN BESCHERMING VAN DE PERSOON MET EEN GEESTESZIEKE	42
10.8.	OPZETTEN ZORGEVALUATIESYSTEEM.....	43
10.9.	VERDER ONDERZOEK.....	43
11.	CONCLUSIES	44
■	AANBEVELINGEN	45
■	REFERENTIES	52



LIJST VAN FIGUREN

Figuur 1 – Geografische verdeling van de For-K-IBE's (links) en de For-K crisisbedden (rechts) per Hof van Beroep volgens de contracten 2019-2021	14
Figuur 2 – Gebruik For-K IBE over de jaren 2013-2018	24
Figuur 3 – Gemiddelde opnameduur For-K IBE per type IBE in de jaren 2013-2015	25
Figuur 4 – Origine jongeren voor opname For-K IBE en ontslagbestemming na opname For-K IBE	26
Figuur 5 – Aantal opnames in de For-K crisisbedden per justitiële status per jaar	27
Figuur 6 – Aantal gedwongen opnames van jongeren tussen 12 en 18 jaar per regio per jaar (2013-2018)	28
Figuur 7 – Aantal aanmeldingen en opnames (exclusief hervulbedden) For-K IBE per type IBE over de jaren 2013-2018	31
Figuur 8 – Beoordeling psychiatrisch zorgniveau / maatschappelijk beveiligingsniveau ⁵⁹	39

LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1 – Aantal IBE-bedden en IBE-doelgroep en aantal crisisbedden op basis van de For-K contracten	11
Tabel 2 – Aantal gedwongen opnames per For-K IBE per jaar (2013 -2018)	29
Tabel 3 – Aantal jongeren tussen 12 en 18 jaar in België met MOF of VOS statuut over de jaren 2013-2018	30



AFKORTINGENLIJST

AFKORTING

DEFINITIE

BFM	Budget Financiële Middelen
CGG	Centra Geestelijke Gezondheidszorg
CLB	Centra voor Leerlingbegeleiding
FOD	Federale Overheidsdienst
GES+	Extreme Gedrags- en Emotionele problemen
GGC	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GGZKJ	Netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren
GI	Gemeenschapsinstellingen
GO	Gedwongen opname
IBE	Intensieve Behandeleenheid
IROJ	Intersectoraal Regionaal Overleg Jeugdhulp
IRPC	Intersectorale Regionale Prioriteitencommissie
JAC	Jongerenadviescentra
MDT	Multidisciplinair Team
MFC	Multifunctionele centra
MOF	Misdaad Omschreven Feit
MPG	Minimale Psychiatrische Gegevens
MPI	Medisch pedagogisch instituut
NICC	Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie
NRZV	Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen
OBC	Observatie- en Behandelcentrum
OCJ	Ondersteuningscentrum Jeugdzorg



OM	Openbaar Ministerie
OOOC	Onthaal, Oriëntatie- en Observatiecentrum
OPZ	Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis
OVB	Organisaties Voor Bijzondere Jeugdzorg
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SDJ	Sociale Dienst Jeugdrechtbank
SGA	sterk gedragsgestoorde en/of agressieve jongeren
UKJA	Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen
UPC	Universitair Psychiatrisch Centrum
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VGC	Vlaamse Gemeenschapscommissie
VIPA	Vlaams infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden
VOS	Verontrustende situatie
WBPG	wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
ZNA	Ziekenhuis Netwerk Antwerpen



1. INLEIDING

In 2003 werd een pilootproject gestart waarin zogenaamde 'For-K intensieve behandel eenheden (IBE)' werden opgericht, waar jongeren van 12 tot 18 jaar worden opgenomen die **ernstige psychiatrische problematiek** hebben gecombineerd met een **justitieel statuut**. Justitieel statuut betekent jongeren die onder toezicht staan van een jeugdrechter omdat ze een delict hebben gepleegd (vroeger aan Vlaamse kant betiteld als 'als misdaad omschreven feit' (MOF)^a, en nog steeds aan Franstalige kant als 'Jeunes ayant commis des faits qualifiés infractions' (FQI)), dan wel omdat ze in een verontrustende situatie (VOS) verkeren, dan wel in zodanige psychiatrische crisis verkeren dat een 'gedwongen opname' (GO) is geïndiceerd. De benaming 'For-K' is een samentrekking van '**FOR**ensisch' en '**K**', de kenletter van het type bed in de diensten neuro-psychiatrie die specifiek zijn toegespitst op de observatie en behandeling van kinderen.

Ze zijn ontstaan omdat er voor deze (MOF) jongeren onvoldoende en geen passende mogelijkheden waren binnen de jeugdhulpverlening of jeugdpsychiatrie. Ook waren er signalen dat jongeren die in de gemeenschapsinstellingen ondergebracht werden, vaak onaangepast gedrag vertoonden door psychiatrische stoornissen, die daar onafdoende behandeld konden worden¹.

In de eerste jaren waren de For-K IBE enkel toegankelijk voor delictplegers, maar vanaf 2009 zijn er ook afdelingen opgericht waar jongeren in een verontrustende situatie terecht kunnen en ook jongeren aan wie een gedwongen opname werd opgelegd.

Er bestond en bestaat onduidelijkheid/onzekerheid over hoeveel For-K plaatsen nodig zijn en wat de exacte opnamecriteria dienen te zijn.

Bij aanvang van het pilootproject werd reeds gemeld dat het de bedoeling was om op termijn de pilootfinanciering om te zetten naar een structurele financiering binnen het Budget Financiële Middelen (BFM) van de psychiatrische ziekenhuizen. In 2019 werd dit voornemen herhaald door de interkabinettenwerkgroep 'Task Force GGZ'. **Om dit voor te bereiden werd aan het KCE gevraagd onderzoek te doen naar de benodigde hoeveelheid For-K intensieve behandel eenheden en plaatsen in België.**

Het doel van deze studie was inzicht krijgen in de context, het aanbod en gebruik van For-K bedden en de behoefte eraan, om zo toekomstige structurele financiering van For-K bedden voor te bereiden.

Hiervoor is een scala aan onderzoeksactiviteiten verricht: oriënterende bezoeken aan ziekenhuizen met For-K bedden, interviews met sleutelinformanten, analyse van de contracten tussen de federale overheid en de ziekenhuizen met For-K bedden, analyse van de For-K jaarverslagen, focusgroepen met betrokken organisaties, een economische analyse van inkomsten en uitgaven van de For-K intensieve behandel eenheden, analyse van diverse statistieken uit justitie, geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulp, bestudering van literatuur waaronder eerdere For-K evaluaties en analyse van relevante wetgeving, rechtsleer en jurisprudentie. Er is zo informatie en meningen verzameld van een uitgebreide groep stakeholders (de For-K contractanten, jeugdhulp, jeugdrechters, geestelijke gezondheidszorg, gemeenschapsinstellingen, federale en gefedereerde administraties en wetenschappers). De stakeholders zijn in kaart gebracht aan de hand van een enquête naar 1074 adressen, waarop 545 mensen reageerden; aan de 13 focusgroepen hebben 117 mensen geparticipeerd. In de colofon staan de namen en affiliaties van ruim 200 personen die een inhoudelijke inbreng aan dit rapport hebben geleverd. Gedurende het traject

^a Hoewel de officiële term aan Vlaamse kant nu 'delictpleger' is, kiezen we in dit rapport voor de vroegere benaming/afkorting 'MOF', omdat dit beter aansluit bij het Franstalig begrip FQI en de termen/afkortingen VOS (verontrustende situatie) en GO (gedwongen opname)



is er ook overleg geweest met de Task Force GGZ, initiatiefnemer van de onderzoeksvraag, en met een wetenschappelijke adviesraad.

In deze synthese worden de bevindingen over de verschillende onderzoeksactiviteiten samengebracht; wie meer detailinformatie wilt, kan terecht in het volledige [wetenschappelijk rapport](#). De meeste conclusies werden getrokken op basis van convergentie tussen de resultaten van de verschillende onderzoeksmethodes.

2. BEGRIPSOMSCHRIJVING FOR-K IN DE CONTRACTEN

De Belgische Staat heeft 'For-K contracten' afgesloten met psychiatrische ziekenhuizen voor pilootprojecten om de zorg voor justitiële jongeren met psychiatrische problematiek uit te bouwen.

De zogenaamde For-K contracten behelzen diverse onderdelen/functies met geormerkte budgetten, namelijk:

- **Intensieve behandel eenheden (IBE)** bedoeld voor langdurige residentiële behandeling van justitiële jongeren met ernstige psychiatrische problematiek; een deel van de bedden is bestempeld als **hervulbed** voor kortdurende opvang van jongeren die eerder werden behandeld op de IBE. Een For-K IBE bestaat volgens de contracten in principe telkens uit 7 bedden plus 1 'hervulbed'. De verblijfsduur is in de contracten bepaald tot maximaal 6 maanden, en maximaal één keer verlengbaar met 6 maanden.
- **Crisisbedden**, bedoeld voor kortdurende opvang van justitiële jongeren in een psychiatrische crisissituatie (vanaf 2007). De For-K crisisbedden kunnen gesitueerd zijn in hetzelfde ziekenhuis/gebouw waar de For-K IBE zich bevindt maar ook in een ander ziekenhuis waar geen For-K IBE is.
- **Forensisch-psychiatrische outreach** voor justitiële jongeren in het voor- of natraject van een residentiële For-K opname, dan wel voor justitiële jongeren met psychiatrische problematiek die elders verblijven (tot 2015)
- **Brugfunctie** om afstemming te krijgen tussen de geestelijke gezondheidszorg en justitie (tot 2015)
- **Speciale missies**, zoals een afdeling 'beschut wonen' voor justitiële jongeren (CHJ Titeca, Brussel) en een afdeling voor sterk gedragsgestoorde en/of agressieve jongeren (SGA) (ZNA, Antwerpen)



Uit onze ontmoetingen en de focusgroepen en de literatuur, bleek dat in de praktijk de term 'For-K' soms wordt gebruikt om alleen de intensieve behandel eenheid, soms om het geheel aan functies aan te duiden. Sommigen gebruiken de term For-K enkel om de IBE's voor MOF-jongeren aan te duiden. De termen outreach en crisisbedden worden ook gebruikt in andere contexten dan For-K en duiden soms andere dingen aan dan zoals bedoeld in de For-K contracten, wat voor **spraakverwarring** zorgt op het terrein.

In dit rapport zullen we verder spreken over de For-K IBE en de For-K crisisbedden.

Jongeren kunnen enkel op een For-K IBE opgenomen worden via een opgelegde maatregel van een jeugdrechter, op grond van het verdacht zijn van/gepleegd hebben van een delict, het verkeren in verontrustende situatie of het verkeren in een stadium van 'geestesziekte' zoals bepaald in de wet van 26 juni 1990. **De rechtsgrond is verschillend per statuut en per deelstaat.** De voornaamste onderliggende wetgevende bepalingen zijn

het Vlaamse decreet betreffende de integrale Jeugdhulp^b, het Vlaamse decreet betreffende het jeugddelinquentierecht^c, het decreet houdende het Wetboek van preventie, hulpverlening aan de jeugd en jeugdbescherming (Code Madrane)^d, de Brusselse ordonnantie^e van 16 mei 2019 betreffende de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, het decreet^f van de Duitstalige gemeenschap over de Jeugdbijstand en houdende omzetting van maatregelen inzake jeugdbescherming en de federale wetgeving betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 26 juni 1990^g. Een uitgebreide analyse van de wetgeving kunt u vinden in hoofdstuk 2 en 3 van het [wetenschappelijk rapport](#).

^b Decreet van 12 juli 2013 betreffende de Integrale Jeugdhulp, *B.S.* 13 september 2013.
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=2013035791&la=N

^c Decreet van 15 februari 2019 betreffende het jeugddelinquentierecht, *B.S.* 26 april 2019.
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=2013035791&la=N

^d Decreet van 18 januari 2018 houdende het wetboek van preventie, hulpverlening aan de jeugd en jeugdbescherming, *B.S.* 1 september 2019;
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2018011832

^e Ordonnantie van 16 mei 2019 betreffende de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, *B.S.* 6 juni 2019; deze is op het moment van het schrijven van het rapport nog niet in werking getreden.
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_11.pl?language=nl&caller=list&la=n&fromtab=wet&tri=dd+as+rank&sql=dd+=+date%272019-05-16%27+and+nm+contains+%272019012732%27

^f Decreet van 19 mei 2008 over de Jeugdbijstand en houdende omzetting van maatregelen inzake jeugdbescherming de jeugdhulpverlening, *B.S.* 1 oktober 2008;
https://www.etaamb.be/nl/decreet-van-19-mei-2008_n2008033076.html

^g Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *B.S.* 27 juli 1991;
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=1990009905&la=N



3. AANBOD FOR-K

3.1. Aantal For-K Intensieve behandel eenheden

Aanvankelijk, in 2003, werden er pilootcontracten opgesteld voor drie For-K IBE's met elk acht bedden (waarvan één bed gereserveerd wordt voor kortdurende heropnames, het zogenaamde hervolbed) en uitsluitend voor MOF-jongeren. Na eerste, (voorzichtig) positieve evaluaties¹⁻³, en mede op het 2006-advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV)⁴, werd het pilootproject uitgebreid tot de momenteel **veertien IBE's**

met 124 plaatsen (108 +16 hervolbedden) en voor zowel MOF-, VOS- als GO-jongeren. Deze 14 For-K IBE's zijn gelegen bij 12 (psychiatrische) ziekenhuizen. Er is tenminste één For-K contract binnen het werkingsgebied van elk Hof van Beroep. Maar nog steeds onder het label 'pilotproject' en met gesloten pilootfinanciering.

Zes IBE's zijn volgens de 2019 contracten uitsluitend bedoeld voor jongeren met een MOF-status, terwijl de anderen ook dienen open te staan voor jongeren met een VOS-status en voor jongeren die gedwongen worden opgenomen in het kader van de wet van 1990 (GO) (zie Tabel 1).

Tabel 1 – Aantal IBE-bedden en IBE-doelgroep en aantal crisisbedden op basis van de For-K contracten

Hof van Beroep	Instelling	Aantal bedden intensieve behandeling + hervolbedden	Justitiële doelgroep IBE	Aantal crisisbedden
Brussel	CHJ Titeca – unit 1	19+3	MOF	-
	CHJ Titeca – unit 2	5+1	MOF/VOS/GO	-
	Epsilon – site AREA+	7+1	MOF/VOS/GO	4
	KU Leuven – Fordulas	7+1	MOF/VOS/GO	3
	PZ broeders Alexianen Tienen	-	-	2 +1 ^h
Liège	ISoSL – Cyprès	7+1	MOF	-
	ISoSL - Cactus	7+1	MOF/VOS/GO	3
	CHR Citadelle	-	-	3
Mons	CHP Les Marronniers – Les Mangroves	7+1	MOF/VOS/GO	3
	CHU A Paré / CHP Chêne aux Haies – La Kapeline	7+1	MOF/VOS/GO	3
Gent	PC Caritas – De Branding	7+1	MOF	2

^h Twee crisisbedden worden gefinancierd vanuit het For-K pilootproject maar het contract stipuleert dat 1 van de nu erkende K-bedden in zijn operationele opstelling ingezet wordt als een additioneel crisisbed



Antwerpen	PZ H Familie De Patio	7+1	MOF	2
	PC Sleidinge - Yidam	7+1	MOF/VOS/GO	-
	Asster – Spika 2	7+1	MOF/VOS/GO	3
	Medisch centrum St Jozef	-	-	2
	OPZ Geel	7+1	MOF	2
	ZNA UKJA	7+1	MOF	-
TOTAAL		124 (108 +16)		32+1

Echter, afgaande op de jaarverslagen van de For-K contractanten, focusgroepen, oriëntatiebezoeken en op persoonlijke contacten, blijkt **de situatie in de praktijk wel te verschillen met bovenstaande tabel gebaseerd op de omschrijving in de officiële contracten**. Er zijn verschillen zowel qua aantal bedden als qua doelgroepen. Bijvoorbeeld CHJ Titeca heeft twee intensieve behandel eenheden opgezet met elk 18 bedden, waarvan 14 gefinancierd vanuit de For-K contracten en 4 vanuit hun reguliere budget voor K-bedden. Deze beide behandel eenheden ontvangen zowel MOF/VOS/GO-jongeren en ook jongeren die de maximale verblijfsduur van 1 jaar hebben overschreden. Zo ook de IBE Cactus bij ISOsL: deze omhelst naast de 7+1 bedden bedoeld voor MOF/VOS/GO-jongeren en gefinancierd vanuit het For-K contract, ook nog 4 bedden bedoeld voor jongeren zonder justitiële status. Wat betreft de IBE Yidam in PC Sleidinge, dient deze contractueel wel open te staan voor jongeren met zowel het MOF-, VOS- en GO-statuu t, maar in de praktijk worden enkel meisjes met een VOS-statuu t opgenomen. Ook de For-K IBE La Kapeline, die in principe openstaat voor meisjes met MOF/VOS/GO, neemt ook meisjes op die gestuurd zijn door de 'Service Aide a la Jeunesse' (SAJ) onder het statuu t 'vrijwillige hulp'.

3.2. Aantal For-K crisisbedden

Daarnaast voorzien de huidige For-K contracten in 33 crisisbedden, bedoeld voor psychiatrische crisishulp van maximaal 2 x 14 dagen voor justitiële jongeren.

In tegenstelling met de intensieve behandelingsbedden voor MOF jongeren dienen deze crisisbedden in de experimentele fase zich niet te beperken tot de opvang van jongeren met een psychiatrische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4° en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade, maar ze kunnen toegewezen te worden aan deze doelgroep. Deze crisis K-bedden kunnen ook open staan voor de jongeren met psychiatrische problemen die onderworpen zijn aan andere gerechtelijke maatregelen. (bron: contract tussen Belgische Staat en een For-K eenheid, 2019)



Echter, het is onduidelijk wat precies met 'andere gerechtelijke maatregelen' wordt bedoeld en in hoeverre 'gedwongen opname' (GO) hiertoe behoort.

De For-K crisisbedden zijn gelokaliseerd bij 12 ziekenhuizen (zie Tabel 1), waarvan 9 ook over een For-K IBE beschikken; dit betekent aan de andere kant dat van de 12 ziekenhuizen die over een For-K IBE beschikken, er volgens de contracten 3 geen For-K crisisbedden hebben.

De praktijk blijkt echter ook weer anders dan wat in de For-K contracten staat. Uit de jaarverslagen en de focusgroepen blijkt dat sommige ziekenhuizen naast de crisisbedden gefinancierd uit de For-K contracten, ook nog beschikken over crisisbedden die vanuit andere bronnen worden gefinancierd. Zo is er in het OPZ-Geel een crisisunit opgericht van 4 bedden en bestaat de crisisunit in Tienen uit 5 bedden, waarvan 2 gefinancierd vanuit het netwerk geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (GGZKJ) Vlaams-Brabant. CHJ Titeca beschikt over 1 crisisbed vanuit het Brussels netwerk GGZKJ Bru-stars. Deze extra crisisbedden in samenwerking met de netwerken, kunnen ook openstaan voor niet-justitiële jongeren. De netwerken GGZKJ kunnen dan ook nog samenwerken met de crisisnetwerken vanuit de Integrale Jeugdhulp.

Sinds 1 augustus 2007 zijn drie juridische crisisbedden operationeel. Dit zijn twee bedden voorzien vanuit het pilootproject. Het derde bed wordt vanuit de reguliere werking ter beschikking gesteld. Het aantal beschikbare juridische crisisbedden bleef tot op heden onveranderd. Daarnaast zijn er sinds 5 november 2014, naast de drie juridische crisisbedden, ook vijf reguliere bedden voor kortdurende interventies operationeel. De justitiële crisiswerking is sindsdien geïntegreerd in een groep voor kortdurende interventie tieners (12-18 jaar) met acht bedden. Volledigheidshalve vermelden we dat er twee van de vijf reguliere bedden sinds 2 mei 2016 worden ingezet als netwerkbedden voor het provinciaal GGZ netwerk kinderen en jongeren 'Ligant' (bron: Jaarverslag Asster 2018)

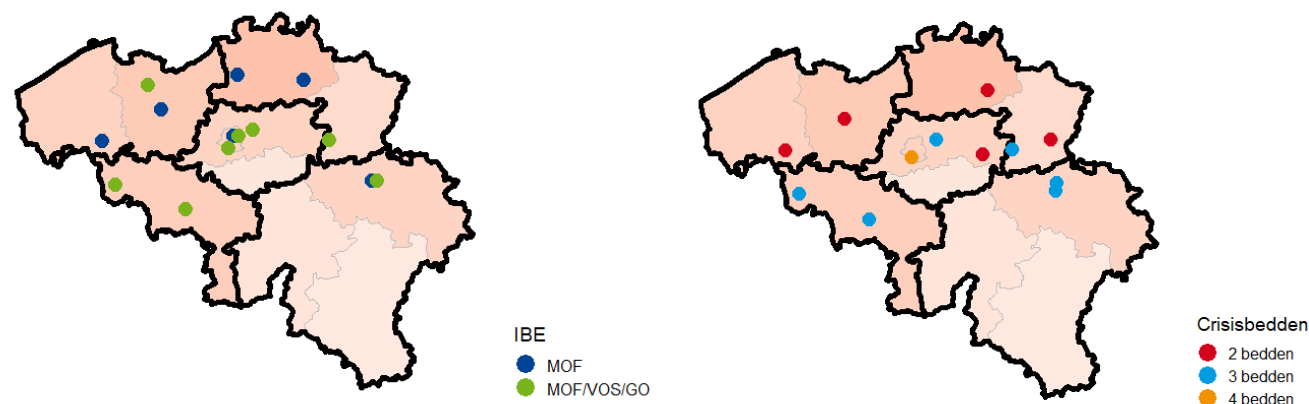
3.3. Geografische verdeling van For-K IBE en For-K crisisbedden

De For-K contracten zijn afgesloten op basis van de 5 Hoven van Beroep in België, die soms meerdere provincies kunnen omvatten.

Per gebied van hof van beroep is een For-K contract afgesloten met één hoofdaannemer en één of meerdere onderaannemers.

Figuur 1 toont de verdeling van de For-K IBE en For-K crisisbedden over het Belgische grondgebied per Hof van Beroep en per provincie.

Figuur 1 – Geografische verdeling van de For-K-IBE's (links) en de For-K crisisbedden (rechts) per Hof van Beroep volgens de contracten 2019-2021



*De zwarte lijnen op de kaart duiden de 5 Hoven van Beroep aan
De grijze lijnen op de kaart duiden de provincies aan*

In de praktijk komt het erop neer dat er **geen For-K IBE en For-K crisisbedden** voorhanden zijn in de provincies **Brabant Wallon, Namur en Luxembourg** en evenmin in de Duitstalige gemeenschap; jeugdrechters/jongeren uit die gebieden zijn dan ook aangewezen op verder gelegen For-K's wanneer nodig.



3.4. Financiële aspecten

3.4.1. For-K IBE's en financiën

De huidige For-K IBE's krijgen nu via een pilootfinanciering van de federale overheid een budget om hun personeels- en werkingskosten te dekken. Per For-K IBE van 7+1 bedden was er voor 2019 een bedrag voorzien van €1 217 994 (€1 073 312 voor personeelsuitgaven en €144 682 voor de werkingskosten). Voor **alle For-K IBE's samen komt dit voor 2019 neer op een bedrag van €18 878 905.31**, voorzien in de For-K contracten. Volgens de overeenkomsten, dienen 95% van deze bedragen gebruikt te worden voor de dekking van de personeelskosten.

In de focusgroepen en in sommige jaarrapporten werd gemeld dat **dit budget onvoldoende is om de reële uitgaven** te dekken. Daarom hebben we nadere informatie over de werkelijke uitgaven opgevraagd (zie hoofdstuk 6 [wetenschappelijk rapport](#)). Hieruit bleek dat deze ruim hoger (50-60%) liggen; echter de meerkosten vielen niet helemaal te preciseren omdat de respondenten niet altijd konden differentiëren tussen uitgaven voor de (soms uitgebreidere) IBE en voor de crisisbedden.

Belangrijk is ook te vermelden dat de huidige For-K pilootfinanciering niet voorziet in een aanpassing over de jaren heen voor anciënniteit van het personeel. Ook kunnen ziekenhuizen geen ligdagprijs of forfaits voor bijvoorbeeld medicatie of labo-testen aanrekenen bij het RIZIV door het feit dat de For-K IBE geen erkende dienst is. Het feit dat er geen “wettelijke” erkenningsnormen voor de For-K IBE zijn, maakt ook dat er (in Wallonië en Brussel) geen wettelijke basis is voor de financiering van de infrastructuur. Tot slot werden tot in 2018 sommige kosten (bv kleding, wasserij, bril, tandarts, transportkosten) betaald door de l'Aide à la Jeunesse in de Franstalige gemeenschap, maar deze werden in 2019 afgeschaft met als gevolg dat nu ofwel de For-K IBE (c.q. het ziekenhuis) deze kosten zelf moeten dragen of een factuur naar de ouders wordt gestuurd. En in de focusgroepen en oriëntatiebezoeken, werd bovendien gemeld dat het niet uitzonderlijk is dat sommige jongeren, eenmaal volwassen, schulden hebben te wijten aan eerdere zorguitgaven.

Verder blijken de budgetten die For-K IBE's krijgen lager te zijn in vergelijking met de budgetten die gemeenschapsinstellingen ontvangen⁵.

Uit de jaarverslagen viel ook op te maken dat For-K IBE's te maken krijgen met hoge turnover van het personeel, onder andere door het belastende karakter van het werk met jongeren met hoge zorgnood en complexe problematiek, en moeilijkheden om gekwalificeerd personeel te vinden. Er dienen dan ook voldoende middelen beschikbaar te zijn voor gerichte opleidingen, ondersteuning van het personeel (bv. supervisie) en beveiliging van het personeel (bv. bewaking, noodprocedures).

Als de For-K IBE's in de structurele financiering en organisatie van ziekenhuizen worden geïntegreerd, dan **zullen alle noodzakelijke uitgaven en financiering zorgvuldig bestudeerd moeten** worden om gepaste uitbreiding van het BFM te realiseren en dient overlegd te worden met de verschillende overheden en de betrokken ziekenhuizen.

3.4.2. For-K crisisbedden en financiën

Een onderdeel van de meeste For-K pilootcontracten betreft de financiering ten bedrage van €149 667,81 voor de realisatie van 2 crisis K-bedden plus €36 170,55 voor de werkingskosten ervan per jaar (totaal 2 973 414 euro per jaar).

Het is onduidelijk hoe deze bedragen worden besteed, gelet op de vermenging van For-K crisisbedden met andere crisisbedden en in welke mate de financiering voldoende is. Hier is verder onderzoek naar nodig.



4. DOELGROEP FOR-K IBE

De For-K IBE zijn opgericht om jongeren optimale intensieve behandeling te bieden voor hun psychiatrische problemen en begeleiding te bieden bij hun verontrustende situatie en/of hun delictgedrag. In de contracten bij aanvang werd de doelstelling als volgt geformuleerd:

“De bedoeling is het introduceren van eenheden voor de opvang en de behandeling, dewelke zullen instaan voor een intensieve klinische behandeling van de delinquente jongeren met een psychiatrische problematiek met als doel een zo groot mogelijke (re)socialisatie van deze patiënten. Deze behandeling dient van beperkte duur te zijn (6 maanden met één mogelijke verlenging van maximum 6 maanden) met als voornaamste doelstelling de doorstroming naar de ambulante zorgverlening te kunnen garanderen” (bron: bijlage 1 bij contract tussen Belgische Staat en een For-K eenheid, 2004.)

4.1. Opnamecriteria For-K IBE

De For-K contracten vermelden drie criteria voor opname op een For-K IBE:

1. **Leeftijd:** minderjarigen vanaf 12 jaar
2. **Justitiële statusⁱ:** onder toezicht staan van een jeugdrechter vanwege het gepleegd hebben van een delict (MOF), of vanwege een gevaarlijke of verontrustende situatie (VOS) of vanwege een psychiatrische crisistoestand die gedwongen opname noodzakelijk maakt (GO)

ⁱ Voor sommige For-K contracten is bepaald dat ze enkel openstaan voor jongeren met een MOF-statuuat en in andere contracten dat ze openstaan voor jongeren met zowel een MOF-, VOS- of GO-statuuat.

^j mits voldoende argumentatie op vraag van de behandelend (kinder- en jeugd)psychiater en met goedvinden van de jongere (uitgezonderd in het kader van de toepassing van de Wet van 26 juni 1990) en diens ouders (of wettelijke voogden). Deze vraag wordt voorgelegd aan de jeugdrechter. De opnameduur in een reguliere K-dienst is in principe niet beperkt in de tijd. Wanneer echter één jaar verlopen is zonder significant resultaat dient men

3. **Psychiatrische problematiek:** een kinder- en jeugdpsychiatrische diagnosestelling op basis van de DSM-IV of ICD-9 of ICD-10

Hier wordt vervolgens nog aan toegevoegd:

*‘De aanwezigheid van een psychiatrische problematiek is dus steeds een voorwaarde; het inschatten van de **behandelbaarheid** een cruciale factor. In dit kader wordt verwezen naar de minimumvoorwaarden betreffende het onafhankelijk psychiatrisch verslag dat de grondslag moet vormen van een plaatsing van een justitiële jongere door de jeugdrechter.’ (Bron: contract Belgische Staat met een For-K eenheid, 2019)*

Afgaande op de focusgroepen, is er onduidelijkheid wie de opnamecriteria moet beoordelen. In de praktijk komt het er op neer dat het multidisciplinaire team van de For-K IBE de psychiatrische problematiek en de behandelbaarheid ervan vaststelt.

Sommige jaarverslagen vermelden ook dat er niet zomaar psychiatrische problematiek aanwezig moet zijn, maar dat er sprake dient te zijn van **complexe en/of ernstige** psychiatrische problemen om een jongere te willen opnemen. Andere jaarverslagen vermelden dan weer dat het moet gaan om **behandelbare** psychiatrische problematiek.

De opnameduur mag maximaal 1 jaar bedragen (6 maanden en 1x herhaalbaari).

samen met de partners naar een alternatief te zoeken voor de jongere. Bij afronding van de behandeling of wanneer deze wordt onderbroken stelt het behandelend team van de residentiële jeugdpsychiatrische setting een kort rapport op voor de jeugdrechter met volgende elementen : • is er al dan niet nog een medische en/of psychiatrische begeleiding/behandeling vereist ?; • gemotiveerd advies rond vervolgzorg, m.a.w. praktisch(e) voorstel(len) qua begeleiding/behandeling rekening houdend met de behandelde problematiek van de jongere • eventuele indicatie van de noodzaak van updating van het medisch-psychologisch onderzoek waartoe de jeugdrechtbank opdracht gaf



De jaarverslagen en de focusgroepen leerden dat naast bovengenoemde drie criteria, de For-K IBE's zelf nog extra in- en exclusiecriteria hanteren, die bovendien kunnen verschillen per For-K IBE. Sommige For-K IBE's nemen alleen jongeren op die een delict hebben gepleegd maar geen jongeren die onder toezicht staan van een jeugdrechter omwille van een verontrustende situatie; andere For-K IBE's nemen ook jongeren op zonder justitiële status. Leeftijdsgrenzen kunnen per For-K IBE verschillen. Sommige For-K IBE zijn uitsluitend voor jongens toegankelijk, anderen alleen voor meisjes. Sommige nemen uitsluitend jongeren op uit de eigen regio. Gedragsstoornissen, verslavingsproblematiek, seksueel overschrijdend gedrag, laag intelligentievermogen, ontbreken van motivatie bij jongeren, zwangerschap, het niet passen van een jongere in de leefgroep, geen zicht op vervolgtraject kunnen allemaal extra exclusiecriteria vormen. De facto beslissen de For-K IBE's zelf wie ze wel of niet opnemen.

De For-K afdelingen hebben zich allemaal op een of andere manier gespecialiseerd en bedienen specifieke doelgroepen. Hun behandelingsvisie en -aanbod kan dan ook onderling verschillen (zie verder sectie 8).

Zoals eerder aangegeven waren de For-K IBE's bij aanvang enkel toegankelijk voor jongeren met een MOF-statuuut, maar vanaf 2009 (volgens de contracten) bleven sommige IBE's voorbehouden voor jongeren met een MOF-statuuut, terwijl andere ook open dienden te staan voor jongeren met een VOS- of GO-statuuut. De argumenten voor uitbreiding van de doelgroep zijn volgens het protocol akkoord 2007^k en aanhangsel 2008^l dat er een onvoldoende specifiek zorgaanbod bestaat in bestaande structuren (jeugdhulp, gemeenschapsinstellingen, gewone K-afdelingen). De logica voor het werken met gemengde groepen van MOF-, VOS- en GO-jongeren

is niet geheel duidelijk, maar volgens geïnterviewden in de eerste For-K evaluatie¹ zouden MOF- en VOS-jongeren een zelfde zorgnood hebben.

“Ten slotte wordt er nog op gewezen dat de hierboven beschreven combinatie van ernstige gedragsproblemen met bijkomende psychische problemen, evenzeer wordt aangetroffen bij jongeren die geplaatst zijn onder een VOS-statuuut, als jongeren die geplaatst zijn onder het MOF-statuuut. Er wordt dan ook in vraag gesteld of het al dan niet gepleegd hebben van een delict als inclusie criterium voor de intensieve psychiatrische behandeling wel zo zinvol is. Hierbij wordt aangehaald dat het statuuut (VOS of MOF) niet steeds betrekking heeft op objectief vast te stellen verschillen bij de jongeren of hun omgeving. Het gebeurt dat jongeren onder een VOS-statuuut ook kleine feiten gepleegd hebben waarvoor ze in principe een MOF-statuuut zouden kunnen hebben toegekend gekregen”. (bron p119 ¹)

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen⁶ stelde in 2011 dat er verder onderzoek moet komen of er onderscheid gemaakt moet worden tussen MOF- en VOS-jongeren.

“De opname-indicaties voor For-K moeten verder genuanceerd en uitgediept worden, zodat op termijn een aanbod op maat van elke jongere uit de subpopulatie kan voorzien worden. Of er specifiek organisatorisch onderscheid moet gemaakt worden tussen GGZKJ voor VOS versus MOF, zal door de evaluatie van de projecten duidelijker worden. Psychopathologisch gezien mag het onderscheid dan niet altijd groot zijn, vanuit het oogpunt van de gepleegde feiten, de intensiteit, ernst en het recidive risico kunnen grote verschillen aanwezig zijn, waardoor zorgorganisatorisch een ander veiligheidsbeleid noodzakelijk wordt.” (p42 ⁶)

voor de opname (bron: https://www.etaamb.be/nl/protocol-van-22-februari-2007_n2007022908.html)

^k http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2007022234&table_name=wet

^l http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2008120839&table_name=wet



In de focusgroepen werd dan weer door sommigen beklemtoond dat For-K IBE enkel voor jongeren met een MOF-statuuat dienen te zijn, omdat er dan meer 'forensisch' gewerkt kan worden (risicotaxatie, delict-herval preventie) en het meer garanties biedt dat daders van slachtoffers gescheiden zijn. Anderen vinden het discriminerend als For-K IBE's beperkt worden tot justitiële jongeren ten opzichte van niet-justitiële jongeren, waarvoor dan geen/minder intensieve behandelmogelijkheden zijn. Idem dito met betrekking tot jongeren met een laag intelligentievermogen.

Verder zien we in de praktijk dat één IBE enkel jongeren met een VOS-statuuat opneemt (ondanks ze contractueel een gemengde doelgroep hebben).

Ook is er discussie of de jongeren die omwille van een 'geestesziekte' gedwongen worden opgenomen (GO-statuuat) wel op een For-K horen (of dat inhoudelijk wenselijk is) en kunnen (er zijn onvoldoende For-K IBE bedden om alle GO-jongeren te kunnen opnemen). En hoewel een gedwongen opname wel een justitiële maatregel is, is dat toch meer een acuut psychiatrisch probleem en niet goed te vergelijken met de profielen van MOF- en VOS-jongeren met psychiatrische problematiek, maar aan de andere kant biedt een For-K IBE wel de goede infrastructuur en is de nodige gespecialiseerde expertise aanwezig voor een gedwongen opname.

In de door ons georganiseerde focusgroepen bleek er tussen verschillende focusgroepen en zelfs tussen deelnemers van dezelfde focusgroep totaal **geen consensus over wat het profiel van een jongeren in een For-K IBE zou moeten zijn.**

"Iedere For-K heeft een lijst van inclusie- en exclusiecriteria (bv. mate van IQ, verslavingsproblematiek, ...); het is de psychiater van de For-K die beslist wie er op de For-K wordt opgenomen. Sommige kinderen vallen uit de boot omwille van die vele opnamecriteria. Bovendien zijn die criteria niet helder voor ons." (quote jeugdrechter in focusgroep)

Er kan geconcludeerd worden dat de **ene For-K IBE niet gelijk is aan een andere For-K IBE** en ze niet zomaar inwisselbaar zijn.

4.2. Een moeilijk levenspad en een lang zorgtraject

Volgens For-K jaarverslagen, de geraadpleegde literatuur, de interviews en de focusgroepen, hebben de jongeren voor wie een opname op een For-K IBE wordt overwogen en eventueel geëffectueerd, stevast al een heel moeilijk leven achter de rug en zijn ze vaak opgegroeid in precare gezinssituaties.

De jongeren hebben meestal een **combinatie aan psychiatrische, gedragsmatige en sociale problemen**, die zich hebben opgestapeld in de tijd. Leermoeilijkheden, ontwikkelingsstoornissen, gedragsproblemen, moeilijkheden in de sociale omgang, psychiatrische problemen, laag intelligentievermogen, (dader of slachtoffer van) seksueel grensoverschrijdend gedrag, middelengebruik, etc. Ze zijn hierdoor al vaak in contact geweest met een veelheid aan hulpverlenende instanties maar ook met politie en gerecht. In het traject van jongeren kunnen zich ook meerdere crisissituaties voordoen, die onmiddellijk ingrijpen vereisen.

Volgens Cappon⁷ blijkt uit internationaal onderzoek dat **psychiatrische stoornissen vaak voorkomen in de jeugdrechtsbankpopulatie** met prevalenties tussen de 30 en 75%; dit is beduidend hoger dan de 6 tot 16% die werd teruggevonden in de algemene jongerenpopulatie. Dit werd bevestigd in ander internationaal⁸⁻¹³ en nationaal^{7, 14-16} onderzoek.

De For-K jaarverslagen en de getuigenissen in de focusgroepen bevestigen stevast dat **de opgenomen jongeren meerdere problemen vertonen en een complexe voorgeschiedenis hebben**. Ook werd signaleerd dat de leeftijd van de problematische jongeren steeds lager wordt en dat de probleemsituaties in toenemende mate complexer worden.

Echter, de bestaande dataregistraties van justitie, jeugdhulp en gezondheidszorg laten niet toe om het jongerentraject exact te beschrijven.



5. FOR-K GELEGEN IN EEN COMPLEX ZORGLANDSCHAPSLABYRINT MET VERSNIPPERDE BEVOEGDHEDEN

Al onze informatiebronnen wijzen erop dat gezien **de complexe problematiek van de jongeren, er veel instanties betrokken zijn** voor en na een For-K opname. Het gaat dan om hulpverleners uit sectoren als het onderwijs, jeugdhulpverlening en jongerenwelzijn, (geestelijke) gezondheidszorg, maatschappelijk welzijn, drugshulpverlening, gehandicaptenzorg, jeugdbescherming, politie en justitie. Sommige van deze sectoren worden federaal aangestuurd, andere op het niveau van de gewesten of gemeenschappen; en binnen elk niveau zijn er dan verschillende ministeries en departementen betrokken. Bovendien kunnen deze diensten territoriaal georganiseerd zijn op gewestelijk, provinciaal of nog kleiner niveau. Ook wetgevingen kunnen verschillen per landsdeel (bv. jeugddelinquentierecht)¹⁷. De afstemming en coördinatie tussen de verschillende sectoren en organisaties is moeilijk, de financiering van de betrokken organisaties komt uit verschillende bronnen en er is eigenlijk **geen enkele organisatie die de eindverantwoordelijk draagt voor het hele traject van een jongere**. Het complexe onoverzichtelijke zorglandschap zorgt er ook voor dat jongeren met meerdere instanties te maken hebben, maar ook met vele ‘gaten/breuklijnen’ in het traject omdat ze niet weten waar ze terecht kunnen of omdat er geen plaats is (lange wachtlijsten). Ook voor hulpverleners en jeugdrechters is het moeilijk zicht te krijgen op de inhoud en beschikbaarheid van het aanbod dat er is.

Binnen elke sector is er dan telkens een veelheid van instellingen die in meerdere of mindere mate gespecialiseerd zijn in een aspect. Bovendien zijn sommige hulpverleningsinstellingen rechtstreeks toegankelijk en andere pas na beoordeling door een specifiek orgaan (intersectorale toegangspoort in Vlaanderen – SAJ en SPJ in de Franse Gemeenschap).

Gegevens over aanmeldingen, verleende hulpverlening en vervolgtrajecten zijn gebrekkig en niet of nauwelijks gekoppeld tussen de vele sectoren. Er zijn ook (lange) wachtlijsten bij vele hulpverleningsinstanties, maar de

omvang en duur hiervan is niet altijd geweten en al zeker niet voor jongeren die op meerdere wachtlijsten staan.

Het probleem van een **onoverzichtelijk zorglandschap** is niet nieuw maar nog steeds actueel¹⁸⁻²³.

“Tot op vandaag stellen we vast dat het bijzonder moeilijk blijkt om een correcte inschatting te maken van de lokale en regionale noden in de jeugdhulp enerzijds, en de aanwezigheid van voldoende begeleidingscapaciteit anderzijds. Ondanks veel goede bedoelingen blijft het voor de intersectorale regionale overlegfora jeugdhulp (IROJ) bijzonder moeilijk om hun advisering inzake planning goed voor te bereiden omwille van de grote diversiteit en de versnippering van de hulpverleningsmogelijkheden in de jeugdhulp.” (Quote Minister Wouter Beke juli 2020 <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1583317>)

Het onoverzichtelijke zorglandschap geldt zowel voor de jeugdhulp, justitie als de (geestelijke) gezondheidssector, en dit in alle landsdelen. Het zorglandschap is niet alleen onoverzichtelijk, maar ook ontoereikend.

In de literatuur (o.a.^{18, 24-26}) en in de gesprekken die we gevoerd hebben kwam geregeld het fenomeen van “*deze jongere met deze problematiek past niet in onze doelgroep*” voor. Het tijdschrift Confluences wijdde in 2011 een heel themanummer aan ‘les jeunes incasables’. Deze jongeren worden vaak van het kastje naar de muur gestuurd met een opeenvolging van interventies door talrijke diensten zonder gecoördineerde actie of een echte oplossing.

Gebrek aan geschikte hulp

Een terugkerend thema in de focusgroepen was ‘il y a un manque de tout’, wijzend op een groot tekort aan adequate hulpverleningsplaatsen, ondanks de veelheid aan verstrekkers. Jeugdrechters en hulpverleners zitten vaak met de handen in het haar om een passend hulpverleningsaanbod te vinden dat beschikbaar is. Ook in de literatuur²⁷⁻³⁰ komt het fenomeen van plaatstekort aan de orde.



“Na lang proberen zetten ze hun trots opzij en bellen ze ten einde raad naar de hulpverlening. De ene zegt dat ze ‘Er misschien toch beter wat vroeger mee waren afgekomen’ en ‘Binnen vier maanden op een eerste gesprek mogen komen’. Als dan blijkt dat hij in aanmerking komt voor een opname, zal hij op de wachtlijst geplaatst worden. Ik vertaal even voor de leken: ‘Als het jullie even meezit, dan kunnen we hem binnen een jaar voor enkele maanden helpen. Als we dan weten wat het best voor hem is, kunnen we hem op de wachtlijst plaatsen van een andere voorziening. De wachttijd hiervoor is in het allerbeste geval enkele maanden, wellicht eerder tussen één tot twee jaar.’ De andere laat weten dat zijn IQ niet hoog genoeg is, dat hij niet uit de goede regio afkomstig is, dat ze beter niet aanmelden want dat er pas ten vroegste binnen anderhalf jaar plaats is, dat ze eigenlijk eerst al hulpverlening moet hebben, dat een arts hen moet contacteren, contact moeten opnemen met een privé-therapeut die niet terugbetaald wordt en dus voor velen onbetaalbaar is...”²⁸

Volgens de participanten in de focusgroepen, leidt het plaatstekort in de jeugdhulp en jeugdpsychiatrie er soms toe dat sommige dossiers ‘gejustiteerd’ en zelfs ‘ver-MOF-t’ worden in de hoop dat een justitiële status en een MOF-statuuut tot een versnelde opname zal leiden. Ook werd er in de focusgroepen gewezen op het feit dat VOS-jongeren niet langer in de gemeenschapsinstellingen terecht kunnen. Dit kan een impact hebben op het aantal dossiers dat wordt aangemeld bij een For-K IBE. Ook wordt mogelijk onterecht gebruik gemaakt van een ‘gedwongen opname’.

“We zien dat er vaker gebruik wordt gemaakt van ‘gedwongen opname’ om zo een plaats af te dwingen en enige rust te creëren.” (quote jeugdrechter focusgroepen)

“Een jeugdadvocaat signaleert dat jongeren die bescherming nodig hebben niet langer in een gesloten setting geplaatst kunnen worden. Een van haar minderjarige cliënten deed al verschillende suïcidepogingen. Een beschermde context zoals een gesloten

kinderpsychiatrische afdeling is dan nodig. Maar daar zijn er wachtlijsten. Voorzieningen in de jeugdhulp zeggen dat ze geen bescherming kunnen bieden en nemen het meisje niet op. De jeugdrechter kon niet anders dan het dossier te ‘vermoffen’.”³¹

Hiernaast werd in de focusgroepen (en recentelijk ook nog in het Vlaams Parlement^m) gemeld dat instanties zoals de Sociale Dienst Jeugdrechtbank te weinig tijd krijgen om de dossiers van jongeren adequaat uit te werken. Ook jongeren zelf benadrukten dat ze graag meer tijd zouden willen met hun consulent^{32, 33}.

Rechterlijke maatregelen eerder op basis van aanbod dan op basis van behoefte

Ondanks de hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen in de jeugdrechtbankpopulatie, leggen jeugdrechters in België echter nauwelijks (1-3%) een ambulante psychiatrische behandeling of een plaatsing in een psychiatrische voorziening op⁷.

In de onderzoeken van Herz³⁴ en Breda³⁵ werd de beperkte beschikbaarheid van psychiatrische voorzieningen geopperd als verklaring voor het beperkt aantal psychiatrische maatregelen opgelegd door een jeugdrechter. Ook meer recente publicaties³⁶⁻³⁹ wijzen erop dat de **beslissing van de jeugdrechters vaak eerder gebaseerd is op basis van aanbod dan op basis van behoefte**. Dit werd ook bevestigd in de focusgroepen en in onze oriëntatiebezoeken aan de jeugdrechtbanken en de hieraan verbonden sociale diensten.

Het gebrek aan passende opvang in de Vlaamse (crisis)jeugdhulp in het algemeen werd ook recentelijk bevestigd in een rapport van het Rekenhof²⁰ en in de evaluatie van het Vlaamse decreet integrale jeugdhulp⁴⁰. Maar ook uit Wallonië¹⁹ en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest^{41, 42} wordt een tekort aan opvang in de jeugdhulp gemeld. Plaatstekorten zijn er niet alleen in de jeugdhulp maar ook in geestelijke gezondheidszorg voor jongeren^{43, 44}.

^m <https://www.vlaamsparlament.be/commissies/commissievergaderingen/1450461>



Plaatsgebrek in de jeugdhulp en onvoldoende preventieve psychiatrische zorg in het jeugdhulptraject zorgen ervoor dat er meer aanmeldingen voor For-K komen.

Tal van initiatieven ter verbetering van de continuïteit in zorgtraject

Gelet op het complexe landschap, zal het allicht niet verwonderen dat er op velerlei manieren geprobeerd werd en wordt om zorgverlening tussen de vele actoren te coördineren. Dit zowel binnen de jeugdhulp, als binnen de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, als binnen de samenwerking met elkaar en met andere sectoren zoals het onderwijs en de diensten voor personen met een handicap.

Het voert te ver om uitgebreid in te gaan op alle veranderingen van afgelopen jaren in de jeugdhulp. Maar belangrijke onderdelen om de continuïteit en afstemming te waarborgen zijn aan Vlaamse zijde het decreet integrale jeugdhulp in 2013 met o.a. de oprichting van de intersectorale toegangspoort en de lancering in 2019 van het Vlaamse hulpprogrammaⁿ gespecialiseerde GGZ voor kinderen en jongeren die in de jeugdhulp verblijven, waarbij ook de For-K units betrokken zijn (zie hoofdstuk 2 en 3 in [wetenschappelijk rapport](#)).

In Vlaanderen is het decreet integrale jeugdhulp dat in 2013 werd ingevoerd, recentelijk geëvalueerd⁴⁰. Hieruit kwam onder meer naar voren dat in de afgelopen jaren meer wederzijds begrip is ontstaan, dat sectoren en organisaties elkaar beter kennen en dat voor bepaalde cases meer wordt samengewerkt. Dit blijft echter vaak wel beperkt tot een samenwerking wanneer de nood zich opdringt en gaat het minder over een preventieve structurele inbedding. Verder wordt geconstateerd dat op het vlak van continuïteit het decreet voornamelijk zorgt voor aandacht voor continuïteit in processen en niet gericht is op relationele continuïteit, wat volgens de praktijk essentieel is. Ook de **coördinatie die in een hulpverleningstraject**

de continuïteit zou kunnen bevorderen, wordt in de praktijk gemist. En het integraal samenwerken wordt bemoeilijkt doordat iedereen gebonden blijft aan verwachtingen en financiering vanuit de eigen sector. Tot slot constateren de onderzoekers dat er **capaciteitstekort en onbeschikbaarheid is in het hele veld van vrijwillige en gerechtelijke hulp**, waardoor de mogelijkheden beperkt worden om de doelstellingen te bereiken. Eén van de aanbevelingen uit het onderzoek is om de verhouding tussen integrale jeugdhulp en de psychiatrische zorg te verduidelijken en de samenwerking ertussen te versterken.

Aan Waalse kant en in Brussel zijn tal van initiatieven genomen om de toegang tot de jeugdhulp en GGZ te verbeteren en op elkaar af te stemmen. De 'Code Madrane' onderlijnt de nood aan samenwerkingsakkoorden tussen de jeugdhulpsector en de andere sectoren. Tot nu toe is er geen algemeen samenwerkingsakkoord met de GGZ-instellingen en -organisaties. Eveneens werd in 2020 een pilootproject gelanceerd om een intersectorale reactie teweeg te brengen gericht op de problematiek van jongeren met verschillende noden ("Jeune avant tout"^o). Het pilootproject betreft 10 jongeren en 9 partnerinstellingen, gecoördineerd door een dienst voor geestelijke gezondheidszorg.

In de Franse gemeenschap is het principe van een soortgelijke evaluatie als in Vlaanderen in de Code Madrane voorzien, maar deze heeft nog niet plaatsgevonden. In het verleden waren er in de Fédération Wallonie-Bruxelles nog meerdere coördinatie-initiatieven, maar die werden in 2016 beëindigd omdat de nieuwe netwerken GGZKJ op provinciaal niveau werden georganiseerd.

Volgens deelnemers aan de focusgroepen zorgt suboptimale jeugdhulp (aanbod, organisatie) voor meer (onterechte) aanmeldingen bij For-K, bemoeilijkt dit het samenwerken tussen jeugdhulp, For-K en geestelijke

ⁿ Zie o.m. https://radar.be/site/assets/files/1655/hulpprogramma_gespecialiseerde_ggz_voor_kinderen_en_jongeren_die_in_de_jeugdhulp_verblijven_-_radar.pdf en

<https://www.jovandeurzen.be/nieuws/hulpprogramma-geestelijke-gezondheid-voor-jongeren-in-jeugdhulp/>

^o <http://sante.wallonie.be/?q=node/4520>



gezondheidszorg in het algemeen en zorgt het voor moeilijkheden om jongeren uit een For-K IBE naar een passende bestemming te ontslaan.

Netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren

In 2014 werd een nationaal plan voor **een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren** gelanceerd^{P 45}. Belangrijke uitgangspunten zijn onder meer een globale aanpak van alle zorgcomponenten, waarbij alle zorgverleningsvormen op elkaar moeten worden afgestemd zodat een complementariteit en continuïteit van de zorg mogelijk wordt. Binnen dit plan werden er in 2015 twaalf netwerken opgericht (1 per provincie + 1 voor het Brussels Hoofdstedelijk gewest + 1 voor de Duitstalige Gemeenschap). Deze netwerken zijn verantwoordelijk voor het ontwerpen van het aanbod van extramurale geestelijke gezondheidszorg. Ze worden geacht relevante partners en organisaties, die zich richten naar kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar met psychische of psychiatrische stoornissen en hun context, uit te nodigen voor participatie. Ook dienen ze specifieke zorgprogramma's (zoals langdurige zorg en crisishulp) uit te werken met betrekking tot continuïteit en samenwerking om zo een betere en meer continue hulpverlening aan te bieden gebaseerd op de noden van het kind, de jongere en zijn context.

Eén van de opdrachten die de netwerken kregen, was het opzetten van een programma intersectorale consult en liaison voor alle kinderen en jongeren met psychische of psychiatrische problemen met als doel een betere, meer continue hulpverlening gebaseerd op de noden van het kind, de jongere en zijn context, aan te bieden door de uitwisseling van expertise en praktijkervaring van alle betrokken personen. Binnen dit programma dient ook een module ontwikkeld te worden voor de **subgroep van jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen**.

De netwerken werken op provinciale basis (en niet op basis van de regionale indeling per Hof van Beroep, zoals waarop de For-K IBE zijn gebaseerd). Eén van de gevolgen daarvan is dat bij de oprichting in 2015 niet alle

netwerken konden genieten van de vroegere expertise i.v.m. forensische outreach van For-K (de netwerken van Namur, Luxembourg en Brabant Wallon hebben geen For-K op het grondgebied van hun provincie).

Volgens de deelnemers aan de focusgroepen, hebben de netwerken elk op hun manier invulling gegeven aan deze opdracht en is in sommige netwerken de forensisch-psychiatrische zorg veel beter uitgebouwd dan in andere (zie verder 10.3).

Tot aan de oprichting van deze netwerken bevatten de For-K contracten aanvankelijk een expliciet onderdeel 'brugfunctie', die vervuld diende te worden door een 'zorgtrajectcoördinator'. De brugfunctie was bedoeld om een brug te slaan tussen justitie en de jeugdpsychiatrie. De functie is in 2016 overgeheveld naar de nieuw gecreëerde netwerken GGZKJ, die onder leiding staan van een netwerkcoördinator.

Het weglaten van de brugfunctie uit de For-K contracten werd betreurd door de deelnemers aan de focusgroepen (en in jaarverslagen en in interviews). De vroegere "brugfunctie" uit de For-K contracten zorgde volgens hen voor een goed functionerend overleg en samenwerking tussen de For-K's en de diensten van Justitie en Welzijn. In sommige Vlaamse provincies zijn er wel vervangende "good practices", zoals bijvoorbeeld de gecoördineerde toeleiding. Er werd gesuggereerd door de deelnemers om dit soort werking in te schrijven in samenwerkingsprotocollen.

Een panaché aan coördinatoren

Met alle bovengenoemde initiatieven tot meer samenwerking en continuïteit, zijn er diverse soorten coördinerende functies ontstaan op het niveau van coördinatie tussen organisaties en op het niveau van coördinatie van de individuele zorgverlening. Zo krijgt elke jongere een consulent toegewezen vanuit de jeugdrechtbank, is er een casemanager bij de jeugdhulpverlening, een coördinator van de mobiele equipe, een trajectbegeleider van het zorgnetwerk, een crisisnavigator, een contactpersoon-aanmelder die de jongeren aanmeldt bij de intersectorale toegangspoort, een

^P <https://www.psy0-18.be/index.php/nl/>



jeugdhulpregisseur, een “chargé de prévention” bij de l’Aide à la jeunesse, en andere.

Volgens de deelnemers aan de focusgroepen, is er **een kluwen van coördinerende functies** ontstaan, waardoor het voor jongeren en zorgverleners niet meer helder is wie wat coördineert en bemoeilijkt dit de samenwerking tussen For-K en andere spelers bij justitie, in de jeugdhulp en geestelijke gezondheidszorg, o.a. bij het ontslaan van jongeren uit een For-K IBE.

Als reactie hierop is recentelijk het concept ‘één gezin – één plan’ gelanceerd door de Vlaamse overheid^q. ‘Eén gezin - één plan’ speelt in op de nood aan zeer nabije ondersteuning en het ondersteunen van gezinnen in wachtperiodes. Gezinnen, kinderen en jongeren moeten zo laagdrempelig mogelijk met hun vragen over geestelijke gezondheid bij de hulpverlening terechtkunnen. Men vertrekt hiervoor van snelle, preventieve en lokaal voldoende nabije jeugdhulp en een ‘één gezin – één plan’ waarbij iedereen die betrokken is bij een gezin, kinderen en jongeren ook mee instaat voor de continuïteit van de jeugdhulp. Centraal is dat elke hulpvraag binnen de maand wordt beantwoord. Vanaf dan blijft de hulp aanwezig bij de jongere en het gezin, ook in periodes waarop gewacht wordt op het meest geschikte aanbod om de hulpvraag te beantwoorden. In complexere situaties, waar bv. verschillende organisaties met 1 gezin werken, wordt 1 plan uitgewerkt.

Binnen de jeugdhulp in de Fédération Wallonie-Bruxelles is het ‘Projet pour l’Enfant’^r opgestart, waarbij elke jongere van bij het begin onder meer een beoordeling krijgt van de behoeften, verwachtingen en middelen van het kind om zo zijn psychologische, fysieke, emotionele, intellectuele en sociale ontwikkeling te verzekeren, en waarbij de jeugdhulp beroep kan doen op professionals uit andere sectoren^{46, 47}.

^q <https://www.xn--ngezin-nplan-9dbaha.be/#/>
<http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1583317>

en

6. GEBRUIK

6.1. Gebruik For-K IBE

Er zijn verschillende **dataregistraties** beschikbaar, onder meer bij justitie, jeugdhulp, residentiële geestelijke gezondheidszorg, gemeenschapsinstellingen naast dataregistraties bij individuele For-K IBE's.

Echter gegevens over aanmeldingen, verleende hulpverlening en vervolgtrajecten zijn gebrekkig en niet of nauwelijks gekoppeld tussen de vele sectoren. Ook de verplichtingen omtrent registraties zijn verschillend en onduidelijk.

De verschillende **dataregistraties waren niet goed bruikbaar** in deze studie om het gebruik van For-K in kaart te brengen, noch om het zorgtraject van jongeren te inventariseren. Volgens de deelnemers aan de focusgroepen worden de registraties bemoeilijkt door verschillende termen/interpretaties in sectoren, geen identificerende variabele, geen behandelbeschrijving, geen uitkomstregistratie en er is weerstand om registraties van justitie, gezondheidszorg en jeugdhulp te koppelen en te delen.

De For-K afdelingen zelf verschillen ook in hoe ze hun registraties uitvoeren en wat ze bijhouden.

De gegevens hieronder zijn grotendeels gebaseerd op de For-K jaarverslagen.

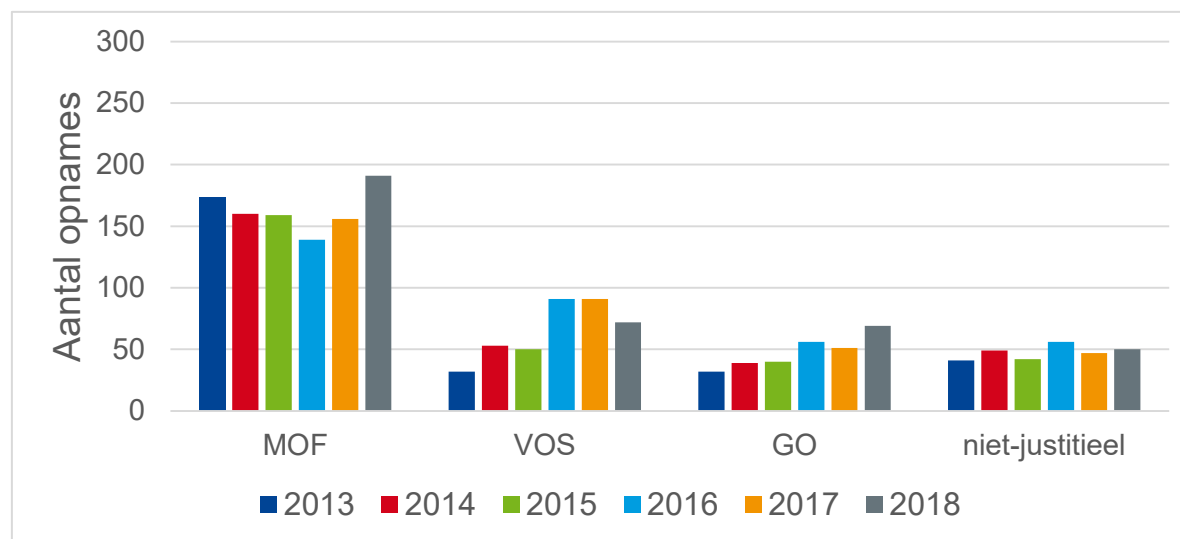
^r <https://legalworld.wolterskluwer.be/fr/nouvelles/moniteur/premieres-precisions-sur-le-projet-pour-l-enfant-de-la-communaute-francaise-pour-les-enfants-en-difficulte/>



Om hoeveel jongeren gaat het?

Volgens de jaarverslagen werden er jaarlijks in totaal zo'n 300 jongeren opgenomen (309 in 2016, 296 in 2017 en 315 in 2018) voor intensieve behandeling van 6 maanden tot een jaar en zo'n 80 op een hervalbed voor een korte opvang van 14 dagen. Het betreft merendeels jongeren met een MOF-statuuut (zie Figuur 2). Opvallend is dat er ook niet-justitiële jongeren worden opgenomen (met name in de For-K IBE La Kapeline, die hiervoor een overeenkomst heeft met l'Aide à la Jeunesse de Mons, Tournai et Charleroi).

Figuur 2 – Gebruik For-K IBE over de jaren 2013-2018



Bron: Jaarverslagen IBE For-K



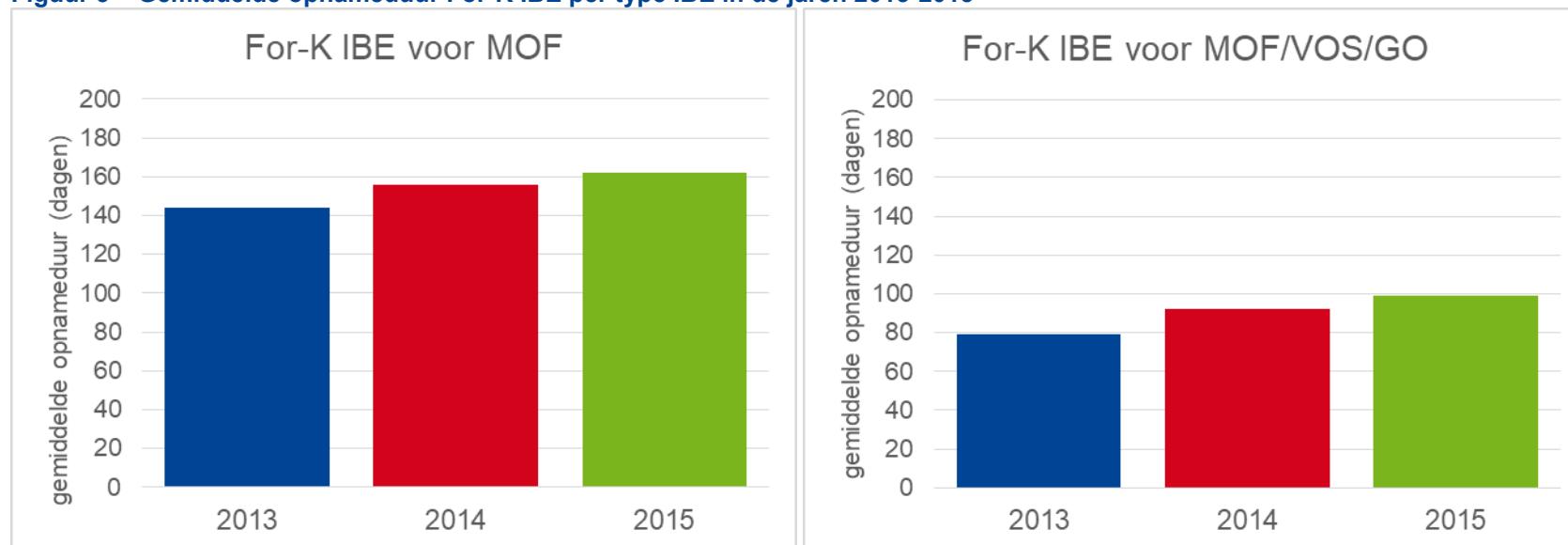
Verblijfsduur

Volgens de jaarverslagen was de jaarlijkse bedbezetting op de IBE overal 80%

De gemiddelde verblijfsduur van jongeren is volgens een enquête van de FOD uit 2016 onder de For-K IBE's, 154 dagen op de For-K IBE's voor uitsluitend MOF-jongeren en 90 dagen voor de For-K IBE's die MOF/VOS/GO-jongeren opnemen (periode 2013-2015) (Figuur 3). Het

verschil in ligduur tussen de type For-K IBE's kan, volgens deelnemers aan de focusgroepen en onze oriëntatiebezoeken, verklaard worden doordat de gemengde units meer korter durende GO-opnames en time-out opnames hebben en er ook crisisopnames op de IBE gebeuren. Slechts enkele jongeren overschrijden de maximale verblijfsduur van één jaar (bijvoorbeeld omdat ze nog wachten op een geschikte plaats waar naartoe ze ontslagen kunnen worden of omdat ze nog verder residentiële psychiatrische behandeling nodig hebben). Onduidelijk is in hoeverre het beëindigen van de opname louter gebaseerd is op medische gronden.

Figuur 3 – Gemiddelde opnameduur For-K IBE per type IBE in de jaren 2013-2015



Bron : Enquête van de FOD in 2016



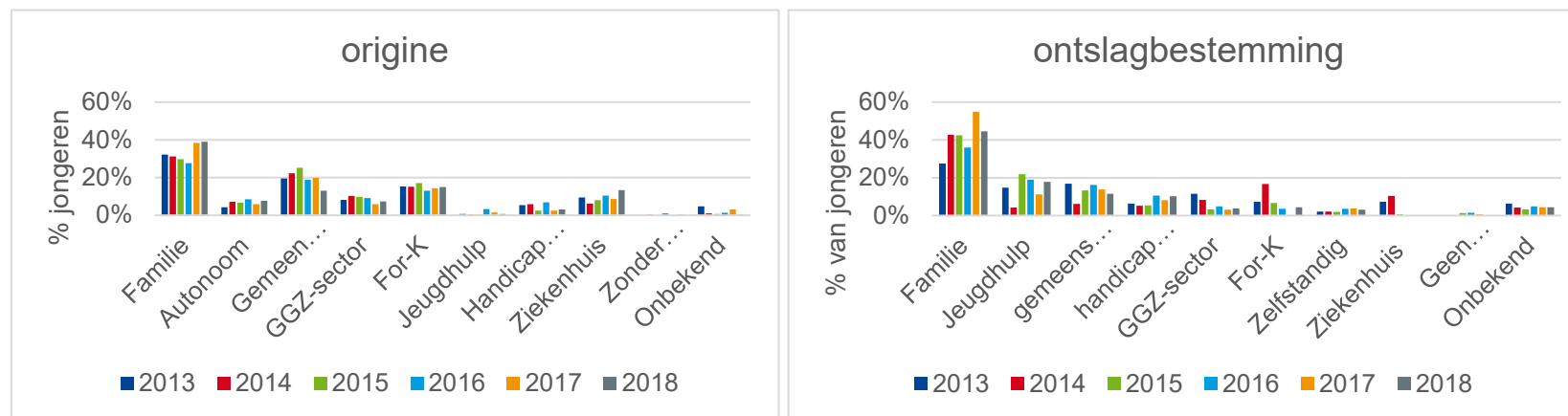
Recentere gegevens over de ligduur waren niet beschikbaar en konden ook niet berekend worden op basis van Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG), omdat de For-K IBE daarin niet te identificeren zijn.

In ieder geval kan geconcludeerd worden dat de bestaande **For-K IBE sinds hun ontstaan gebruikt worden en goed bezet zijn.**

Van waar komen de jongeren en waar gaan ze heen na een opname op een For-K?

Zoals eerder gezegd hebben de jongeren die op een For-K IBE worden opgenomen al een lang traject van problemen en zorgverlening achter de rug. For-K opname is een tussenstation op hun traject. Door gebrek aan data en koppeling tussen databanken, kan geen exacte beschrijving gegeven worden van de zorgverleningstrajecten die jongeren doorlopen. Maar uit de jaarverslagen valt wel enige informatie te halen waar jongeren vandaan komen en naartoe gaan na opname op de For-K IBE (Figuur 4). De gezinssituatie is de meest voorkomende origine en ontslagbestemming; in de afgelopen jaren was 10-20% van de jongeren afkomstig uit een gemeenschapsinstelling.

Figuur 4 – Origine jongeren voor opname For-K IBE en ontslagbestemming na opname For-K IBE



Bron: Jaarverslag IBE For-K

Opvallend is dat sommigen jongeren van een For-K afkomstig zijn en een For-K IBE als ontslagbestemming hebben. Dit fenomeen doet zich hoofdzakelijk voor bij CHJ Titeca en kan mogelijk verklaard worden door het feit dat Titeca 2 For-K IBE's heeft, waarbij ze de ene For-K IBE gebruiken

als stabilisatie unit en de jongeren dan hun traject voor resocialisatie volgen op de andere For-K IBE. Jongeren kunnen op die manier van de ene For-K IBE naar de andere overgaan.

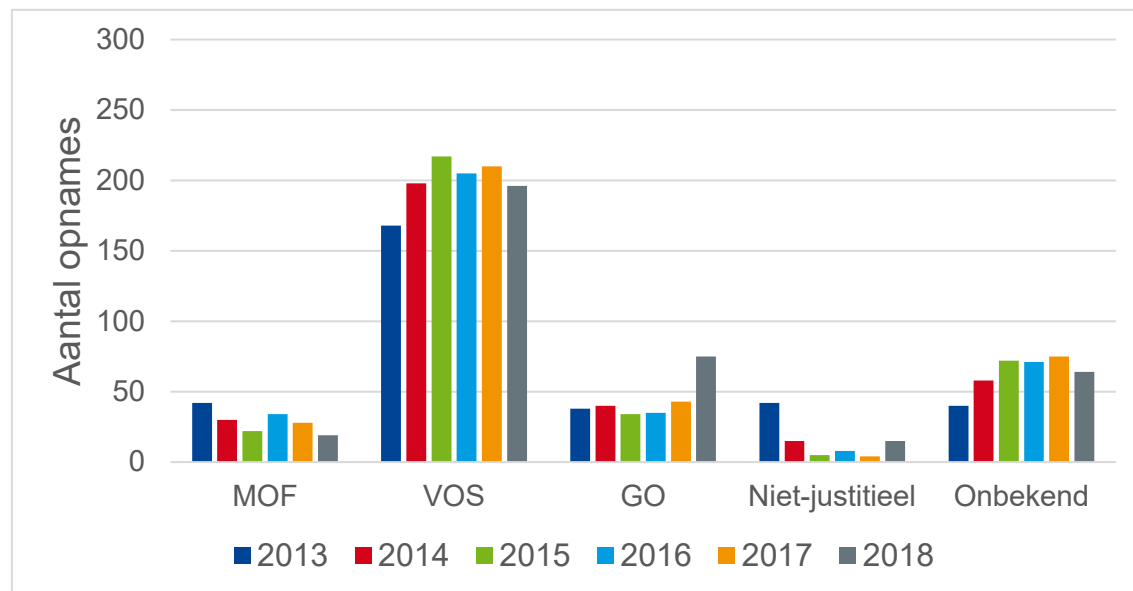


6.2. Gebruik For-K crisisbedden

Zoals aangegeven in paragraaf 3.2 zijn veel van de For-K crisisbedden geïntegreerd/vermengd met crisisbedden vanuit de netwerken GGZKJ en wordt ook samengewerkt met de crisismeldpunten van jeugdhulp. Hierdoor **is het niet meer mogelijk om nauwkeurig vast te stellen hoeveel crisisaanmeldingen en -opnames specifiek in For-K crisisbedden worden gedaan.**

In de jaarverslagen wordt het aantal aanmeldingen voor For-K crisisbedden geschat op 650 per jaar. Het aantal crisisopnames bleef stabiel over de periode 2013-2018 en wordt geschat op 350 per jaar (330 in 2013, 341 in 2014, 350 in 2015, 353 in 2016, 360 in 2017 en 369 in 2018). Dit betekent dat bijna de helft van de aanmeldingen niet leidt tot opname; volgens de jaarverslagen is 'gebrek aan plaats' de reden in een derde van de gevallen. De crisisopnames betreft vooral VOS-jongeren. Jongeren met MOF-statuuat en GO-statuuat zijn elk goed voor circa 10% van de crisisopnames en dan is er nog 5% jongeren zonder justitieel statuut en een groep waarvan het justitieel statuut niet bekend was (Figuur 5).

Figuur 5 – Aantal opnames in de For-K crisisbedden per justitiële status per jaar



Bron : For-K jaarverslagen



6.3. Gedwongen opnames

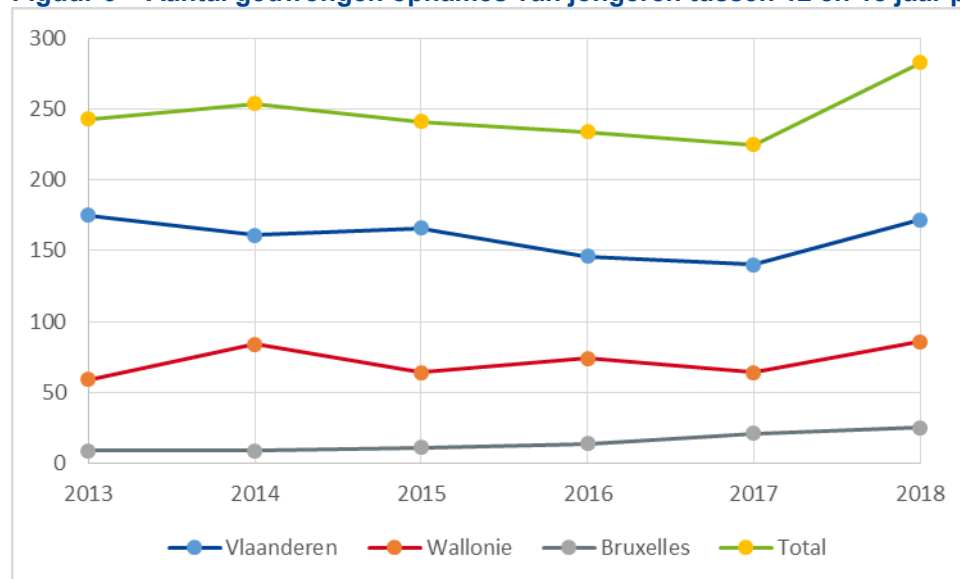
Een bijzondere categorie van jongeren die op een For-K worden opgenomen, betreft de jongeren die vallen onder de wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 26 juni 1990. Dit zijn de zogenaamde 'gedwongen opnames' (GO). Wie een 'geestesziekte' heeft en een gevaar vormt voor zichzelf of voor anderen kan tot opname in een psychiatrische afdeling gedwongen worden, indien er geen andere geschikte behandeling bestaat. Gedwongen opname kan via een gewone procedure of via een spoedprocedure (zie verder hoofdstuk 3 in [wetenschappelijk rapport](#)). Ziekenhuizen met een erkenning voor gedwongen opname hebben een opnameverplichting. De deelstaten zijn bevoegd voor de erkenning en toezicht van structuren. Momenteel is er

geen inventaris van benodigde of gereserveerde capaciteit (in K of anderen bedden) om dergelijke gedwongen opnames op te vangen. Er wordt momenteel gewerkt aan vernieuwing van de wetgeving omtrent gedwongen opnames⁴⁸.

Sinds 2007 is de justitiële status GO opgenomen in de doelgroep van sommige For-K contracten. Uit de bewoordingen in de contracten blijkt dat jongeren met een GO-statut in de IBE-bedden terecht kunnen. Het is niet duidelijk of ze ook in de For-K crisisbedden terecht kunnen en als ze er in terecht kunnen of dat enkel kan in spoedprocedure of ook via de gewone procedure.

Volgens de MPG worden er jaarlijks circa 250 jongeren gedwongen opgenomen, voornamelijk in Vlaanderen (Figuur 6).

Figuur 6 – Aantal gedwongen opnames van jongeren tussen 12 en 18 jaar per regio per jaar (2013-2018)



Bron: MPG



Een deel van de jongeren komt op een For-K IBE. Het aantal gedwongen opnames op de For-K IBE (zie Tabel 2) is opgelopen van circa 30 in 2013 naar circa 70 in 2018. Opvallend is dat het vooral For-K IBE's betreft in

Brussel en Wallonië. Echter, als men kijkt naar de For-K crisisbedden worden er aan Vlaamse kant meer GO-jongeren opgenomen dan in Brussel en Wallonië.

Tabel 2 – Aantal gedwongen opnames per For-K IBE per jaar (2013 -2018)

Hof van beroep		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brussel	CHJ Titeca –unit 1	6	8	10	10	17	18
	CHJ Titeca – unit 2	3	3	5	4	2	6
	Epsilon – site AREA+	NA	NA	4	14	12	18
Liège	KU Leuven – Fordulas	0	0	0	0	0	0
	ISoSL – Cyprès	0	0	0	Geen data	0	0
	ISoSL - Caktus	20	25	20	22	17	22
Mons	CHP Les Marronniers – Les Mangroves	0	0	0	3	0	2
	CHU A Paré / CHP Chêne aux Haies – La Kapeline	0	2	0	0	0	0
Gent	PC Caritas – De Branding	0	0	0	0	0	0
	PZ H Familie – De Patio	0	0	0	0	0	0
	PC Sleidinge - Yidam	0	0	1	1	0	2
Antwerpen	Asster – Spika 3	3	1	0	2	3	1
	OPZ Geel	0	0	0	0	0	0
	ZNA UKJA	0	0	0	0	0	0
TOTAAL		32	39	36	56	51	69

Bron: For-K Jaarverslagen

Uit de beschikbare statistieken of jaarverslagen, valt niet af te leiden hoe lang jongeren met een GO-statuu op een For-K verblijven.



7. BEHOEFTE

7.1. Behoeft For-K IBE

Afgaande op geraadpleegde dataregistraties en de informatie uit de jaarverslagen, is **de behoefte aan For-K bedden niet goed kwantificeerbaar**, maar er zijn wel veel signalen, volgens de deelnemers aan de focusgroepen, de jaarverslagen en interviews, dat **het huidig aanbod onvoldoende zou zijn**. De onzekerheid over de grootte van de behoefte aan For-K plaatsen zal blijven bestaan zolang geen eenduidig profiel beschikbaar is van de jongere die in een For-K afdeling hoort en jongeren niet systematisch beoordeeld worden in welke mate ze aan dat profiel voldoen. Hiernaast dient ook nader onderzocht te worden in hoeverre de grootte van de behoefte te beïnvloeden is, bijvoorbeeld door eerdere interventie in het traject van de jongere dan wel door alternatieven voor een For-K IBE te ontwikkelen en outreachend te werken vanuit de For-K naar andere zorgorganisaties.

Er zijn wel een aantal indicaties voor de behoefte aan For-K IBE bedden. Een eerste inschatting van het potentieel aantal jongeren dat in aanmerking zou kunnen komen, kan afgeleid worden uit de statistieken van de jeugdrechtsbank. Het aantal jongeren tussen 12 en 18 jaar in België met een MOF- of VOS-statuu, wordt weergegeven in tabel 3 hieronder. In 2018 waren er 38 277 jongeren met een MOF-statuu en 29 881 met een VOS-statuu; binnen deze groepen waren er 5354 die zowel het MOF- als het VOS-statuu hadden. En van deze justitiële jongeren is bekend dat velen een psychiatrische problematiek hebben (zie 4.2).

Tabel 3 – Aantal jongeren tussen 12 en 18 jaar in België met MOF of VOS statuut over de jaren 2013-2018

	MOF	VOS	MOF en VOS	Totaal
2013	34 655	22 139	5 314	62 108
2014	33 738	21 551	5 354	60 643
2015	31 422	21 086	4 937	57 445
2016	33 184	22 273	5 225	60 682
2017	33 256	23 670	5 358	62 284
2018	32 873	24 527	5 354	62 754

Bron : www.om-mp.be

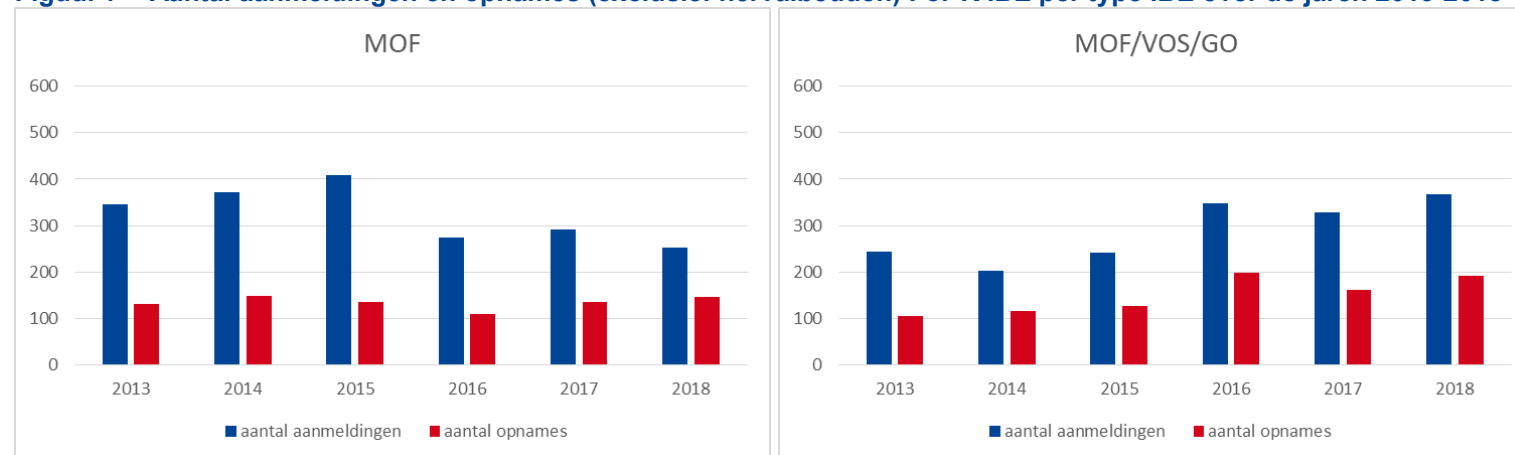
Verder weten we dat jeugdrechters in België bij 1-3% van de jongeren die ze zien een ambulante psychiatrische behandeling of een plaatsing in een psychiatrische voorziening opleggen⁷, maar hierin zijn dus zowel ambulante als residentiële maatregelen gevat. Ook zouden deze cijfers vertekend kunnen zijn omdat in de focusgroepen werd geopperd dat jeugdrechters vaak eerder maatregelen nemen op basis van aanbod dan op basis van behoefte (zie sectie 5).

De enquête van de FOD onder For-K IBE uit 2016 geeft een tweede inschatting van de behoefte in die zin dat For-K IBE rapporteren dat ze per jaar circa 600 aanmeldingen krijgen voor opname tegenover circa 350 werkelijke opnames.

Een derde inschatting gebaseerd op de jaarverslagen geeft een zelfde beeld van meer aanmeldingen dan opnames (zie Figuur 7). Hierbij dient wel aangetekend te worden dat het onduidelijk blijft in hoeverre de aanmeldingen uniek zijn en in hoeverre die jongeren ook voldoen aan de criteria voor opname op een For-K IBE.



Figuur 7 – Aantal aanmeldingen en opnames (exclusief hervulbedden) For-K IBE per type IBE over de jaren 2013-2018



Bron: Jaarverslag IBE For-K

Een andere indicatie voor de behoefte aan For-K IBE bedden, is dat sommige ziekenhuizen ervoor geopteerd hebben om hun afdelingen groter te maken dan waarvoor ze vanuit de pilootcontracten gefinancierd worden en ondanks die uitbreiding toch alle plaatsen goed weten te bezetten.

In de focusgroepen lieten de jeugdrechters weten vaak op een weigering te stuiten en sommigen gaven zelfs aan niet eens meer de moeite te doen om naar de For-K te bellen omdat ze toch nooit plaats hadden. Ook vanuit andere deelnemers aan de focusgroepen werden wachtlijsten voor For-K gemeld. De jaarverslagen van de For-K daarentegen geven aan dat ze nauwelijks jongeren weigeren omwille van plaatsgebrek.

Ook werd in de focusgroepen gemeld dat sinds de invoering van de Code Madrane jongeren die een delict hebben gepleegd en ook lijden aan een psychiatrische problematiek of een verstandelijke beperking hebben, niet langer in een gemeenschapsinstelling terecht kunnen. Hierdoor zullen mogelijk het aantal plaatsingen in een GI afnemen, maar zal de vraag toenemen naar plaatsing in een instelling voor jongeren met een verstandelijke beperking of in een psychiatrische voorziening.

Tot slot, werd in de focusgroepen gemeld dat er behoefte is aan een betere geografische spreiding van de For-K IBE's zodanig dat elk netwerk GGZKJ over de mogelijkheid beschikt een adequaat zorgaanbod uit te werken.

Alle bovenstaande indicaties wijzen erop dat er veel behoefte is aan For-K IBE's. Maar de behoefte zal pas nader gepreciseerd kunnen worden als er eerst een duidelijke omliggende doelgroep voor For-K beschreven wordt en prevalentie hiervan gemeten, alsook een duidelijke omliggende doelgroep



omschreven wordt voor alternatieven voor een For-K opname (bv. GES+^s), alsook de eventuele ambulante behandelingsmogelijkheden goed uitgebouwd zijn.

Gezien de onduidelijkheid in de kwantitatieve behoefte is het dus aangewezen in een **eerste fase de programmatie van de For-K IBE bedden af te stemmen op het huidige aanbod in de regio's waar er momenteel aanbod is en een aantal bedden te voorzien in de regio's waar momenteel geen aanbod is**. Eens de doelgroep duidelijk omschreven is (zie verder 10.5) en data verzameld kunnen worden omtrent de reële behoefte, kunnen aanpassingen aan de programmatie worden overwogen.

7.2. Behoeft For-K crisisbedden

Zoals reeds aangegeven in sectie 3.2 en 6.2 zijn For-K crisisbedden niet goed te onderscheiden van andere type crisisbedden en crisisvoorzieningen. De door ons gebruikte bronnen als jaarverslagen van de For-K contractanten zijn onvoldoende om de behoefte aan For-K crisisbedden specifiek of crisisbedden in het algemeen te kunnen inschatten. Hiervoor is verder onderzoek nodig naar hoeveel en hoe jongeren in een (psychiatrische) crisissituatie worden aangemeld en opgevangen via de verschillende kanalen. Sinds de invoering van het nieuw beleid geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren hebben de opgerichte netwerken GGZKJ de opdracht gekregen om een zorgprogramma op te stellen voor crisissituaties. Er is ook samenwerking gekomen met de crisismeldpunten vanuit de jeugdhulp. En de For-K crisisbedden vormen soms onderdeel van die crisisprogramma's.

8. BEHANDELING OP DE FOR-K IBE

Volgens de contracten tussen de Belgische Staat en de For-K afdelingen wordt de zorgopdracht omschreven als:

“Intensieve zorg en beveiliging ('safe care') voor jongeren van deze doelgroep binnen een aangepaste infrastructuur en met een behandelaanbod zodat een combinatie kan worden geboden van zorg en behandeling enerzijds en beveiliging anderzijds. Diagnose wordt op punt gesteld. Het behandelaanbod wordt gekenmerkt door een sterk accent op structurerende activiteiten, agressieregulatie, sociale vaardigheidstraining, empathietraining... Er wordt zowel individuele als groeps(psycho)therapie aangeboden (Bron: contract Belgische Staat met een For-K eenheid, 2019).

Uit de jaarverslagen valt te distilleren dat elke For-K afdeling een eigen profiel heeft van jongeren die ze opnemen maar ook dat ze de jongeren verschillend benaderen. De bestaffing verschilt ook per For-K IBE in aard en aantal.

Voorbeeld uit Antwerpen

In de “Zorgeenheid Gedragsstoornissen” wordt gewerkt volgens een evidence-based behandelprogramma dat gestoeld is op cognitief gedragstherapeutische behandelprincipes (met trainingen in agressieregulatie, impulscontrole, emotieregulatie, relationele- en seksuele vaardigheden, empathie, sociale vaardigheden en probleemoplossende vaardigheden). De theoretische basis voor het behandelprogramma zijn het Risk Need Responsivity Model (Bonta & Andrews), Good Life Model (T. Ward) en hervolpreventiemodel. Systematisch wordt gebruik gemaakt van gevalideerde risicotaxatie-instrumenten (J-SOAP-D NI en SAVRY) om behandeldoelen en vrijheden te bepalen.) De behandeling is voorts multisystemisch, wat betekent dat niet alleen de jongere betrokken wordt, maar ook de

^s zie in dit verband o.a. <https://www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/1125910/verslag/1126760>



gezinscontext, de schoolcontext en de maatschappelijke context. (Bron: jaarverslag ZNA 2018)

Voorbeeld uit St-Truiden

We werken interdisciplinair en combineren het bio-psycho-sociaal (psychiatrisch), het ontwikkelingspsychopathologisch en het systeemtheoretisch gedachtegoed. We werken zoveel mogelijk evidence-based: specifiek in de IBE zullen we cognitief-gedragstherapeutische – en contextgerichte principes integreren. Dit doen we via verbale en non-verbale technieken. Waar aangewezen wordt er medicamenteuze behandeling opgestart. Op groepsniveau hanteren we een integratief behandelmodel

[...] Voor jongeren met een psychiatrische problematiek en overwegend gedragsproblemen, worden groepssessies aangeboden door leefgroepbegeleiding met oa volgende elementen: agressieregulatie, emotieregulatie, probleemoplossing, assertieve communicatie, grenzen, Op individuele basis wordt evidence-based gewerkt met behulp van protocollen rond oa. stressmanagement, agressie- en emotieregulatie, delictpreventie, werken rond denkfouten en het werken rond trauma (vnl stabilisatie). Deze protocollen worden vaak, gezien de beperkingen en motivationele problemen van ons doelpubliek, individueel aangepast en uitgewerkt op maat van de jongeren. (Bron: jaarverslag Asster, St Truiden, 2018)

Voorbeeld uit Brussel

Aan de basis van de behandeling van een jongere liggen de begrippen "goede behandeling" en "weerbaarheid" (zie met name S. Hirsch, J. Barudy En B. Cyrulnik en nota's van de congressen van 2011 en 2013). De behandeling is gericht op de ontwikkeling van een vertrouwensrelatie gebaseerd op respect, empathie, beschikbaarheid en luisteren. Deze belangrijke band, die de ontwikkeling van een therapeutische alliantie ondersteunt, maakt de "co-constructie" van een geïndividualiseerd therapeutisch project mogelijk. (vertaald uit het Frans, Bron: jaarverslag bijlage Titeca 2018)

Voorbeeld uit Mons

Hoe de psychiatrische ziekte bij jongeren aan te pakken wanneer deze soms gepaard gaat met een weigering van gezag (ouderlijk, wettelijk, ...)? Het systemisch model zal bij voorkeur worden gebruikt, maar andere modellen zoals het behavioristische of psychoanalytische model kunnen nuttig zijn. Wij vinden het belangrijk ons niet vast te pinnen op één enkele denkrichting, maar dat de invloeden van elk model met elkaar in verband brengen. (vertaald uit het Frans, Bron: jaarverslag Les Marronniers 2018)

Volgens Keersmaekers⁴⁹ hanteren de verschillende Vlaamse For-K afdelingen verschillende behandelmodellen. Niet duidelijk is of dit komt omdat ze andere profielen van jongeren hebben, dan wel omdat ze een andere visie hebben hoe de jongeren het best behandeld kunnen worden.

Is behandeling op een For-K werkzaam?

In de focusgroepen werden **de For-K alom gelauwerd en gewaardeerd als een zeer zinvolle interventie en niemand betwijfelde de waarde ervan**. In de jaarverslagen wordt vaak uitgebreid beschreven op welke (evidence-based) theorieën ze hun behandeling baseren. Echter **er ontbreken in België duidelijke uitkomstparameters**: wanneer wordt een opname als succesvol gezien? En wie bepaalt dat? En dienen de uitkomsten bij ontslag of nadien, en hoelang daarna gemeten te worden? En in hoeverre worden essentiële uitkomsten bereikt? En gehandhaafd?

In de eerste evaluaties¹⁻³ van de For-K IBE onderzocht men individuele trajecten van de jongeren waarvoor er voldoende gegevens beschikt waren (een zeer klein aantal). Men stelde vast dat er sprake was van betere trends bij ontslag dan bij opname, soms met een terugval 3 maanden na het ontslag.

Er is echter nog veel onduidelijkheid over de effectiviteit van behandeling op een For-K IBE en daarom dient het opzetten van een zorgevaluatiesysteem (en een centrum voor zorgevaluatie zoals bv. geopperd door Decoene et al.²³) en kwaliteitsindicatoren overwogen te worden.



9. EN WAT VINDEN JONGEREN ZELF?

In dit onderzoek hebben we jongeren en hun families niet direct geraadpleegd, omwille van moeilijke uitvoerbaarheid binnen het tijds kader. We hebben wel de mogelijkheid gehad om (indirect) hun stem te horen in oriënterende interviews, focusgroepen en in de literatuur. Het is echter niet gemakkelijk om literatuur te vinden die specifiek de opinie van jonge patiënten in For-K eenheden vermeldt. Belgische studies zijn vaak beperkt tot één (of meerdere) instellingen, zonder echter een volledig beeld te geven van de noden van deze jongeren (en hun familieleden). Toch kunnen we uit deze hoeveelheid gegevens verschillende lessen trekken.

Wat alle deelnemers, via de focusgroepen en de verkennende interviews, zeggen is dat het jongeren zijn die lijden, ongeacht hun achtergrond of hun zorgtraject.

Wanneer we de literatuur onderzoeken die is gewijd aan jongeren met een vergelijkbaar profiel als jongeren uit For-K eenheden, **antwoorden alle jongeren unaniem dat er naar hen moet worden geluisterd en dat ze moeten worden gerespecteerd**, vooral bij beslissingen die hen rechtstreeks aangaan en die hun toekomst kunnen beïnvloeden. Voor jongeren is het belangrijk dat in zorg- en ondersteuningsprogramma's rekening wordt gehouden met hun leefomgeving, hun gezin, hun broers, zussen en dierbaren. Zelfs voor sommige jongeren die in hun gezin zeer moeilijke situaties hebben meegemaakt, streven ze ernaar de communicatie met hun ouders en hun broers en zussen te behouden of te herstellen³².

Jongeren drukken ook de behoefte uit om quality time te hebben met de zorgverleners die voor hen zorgen. Zij wijzen op de werkdruk van professionals als belemmering voor adequate ondersteuning. Dit hangt samen met een andere terugkerende behoefte: jongeren moeten vertrouwen hebben in professionals, vooral als het gaat om het delen van

informatie die hen aangaat. Ten slotte associëren jongeren een succesvol levenstraject met geestelijke gezondheid, een gevoel van contact met anderen, plezier en praktische hulp bij financiën, werk en huisvesting. Dit toont dus aan dat ze niet alleen geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, maar ook multidisciplinaire sociaal-educatieve ondersteuning⁵⁰.

Het betrekken van jongeren in hun behandeltraject wordt als essentieel gezien door onder meer Cappon⁵¹, de Hoge Gezondheidsraad⁵² en het Kinderrechtencommissariaat³¹.

In de wetgeving van de deelstaten^t zijn er wel rechtswaARBorgen voorzien voor minderjarigen, zoals het recht op inspraak en participatie, het recht op respect voor het gezinsleven, het klachtrecht, het recht op zakgeld wanneer de jongere in een residentiële setting van jeugdhulp verblijft. Deze wetgeving is echter vaak enkel van toepassing op de instellingen die ressorteren onder jeugdhulp en dus niet op de For-K. De wet betreffende de rechten van de patiënt is wel van toepassing en biedt wel rechtswaARBorgen betreffende het recht op een dossier en inzage ervan, het klachtrecht, recht op privacy, maar richt zich minder specifiek op de rechten van jongeren in een gesloten setting. **De rechtspositie van jongeren in een For-K IBE is op dit moment onvoldoende uitgewerkt**; momenteel wordt hier aan Vlaamse kant aan gewerkt^u

^t Zo bv. het Decreet van 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp en binnen het kader van het decreet betreffende het jeugddelinquentierecht, B.S. 4 oktober 2004; Art. 1, 4° Code Madrane.

^u <https://steunpuntwvg.be/onderzoeksprogramma/rechtspositieregeling-gesloten-opvang-EF59>



10. BOUWSTENEN VOOR DE TOEKOMST

Zoals beschreven bevindt de zorg voor justitiële jongeren met psychiatrische problematiek zich in een complex zorglandschap. **Optimalisatie van de organisatie zorg binnen For-K IBE heeft alleen maar zin, als er ook optimalisatie komt van de organisatie van het hele zorgtraject en de hulpverlening in alle betrokken sectoren onder de verschillende bevoegde overheden.** Hieronder worden een aantal suggesties voor verbetering geschetst.

Ook willen we benadrukken dat het belangrijk is om **jongeren te betrekken** in toekomstige hervormingen van de For-K, de geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulp in het algemeen^{31, 51, 52}. Cachet, een organisatie door en voor jongeren met een ervaring in de jeugdhulpverlening, heeft hiervoor reeds een aanzet gegeven hoe dat vorm te geven⁵³.

10.1. Preventie en vroeginterventie

In de focusgroepen en ook in de literatuur (o.a.^{36, 45, 52, 54-56}) werd vaak het belang van preventie en vroeginterventie aangegeven. Volgens de participanten zou een deel van de opnames van jongeren op een For-K IBE vermeden kunnen worden als zeer vroeg in hun traject mogelijke problemen waren gesignaleerd en voorkomen. Psychiatrische problemen kunnen mogelijk al in het onderwijs gesignaleerd worden door bijvoorbeeld centra voor leerlingbegeleiding (CLB) waarna gepaste acties ondernomen worden om zo escalatie te voorkomen. Dit vergt echter adequate psychiatrische bemensing binnen het CLB en/of adequate verwijzing naar jeugdpsychiatrische diensten. Maar ook op latere momenten of bij andere diensten waarmee een jongere in contact komt, dienen zich mogelijkheden aan voor vroeginterventie.

10.2. Verbetering van de zorgcontinuïteit en van de samenwerking tussen sectoren

Volgens de jaarverslagen en de deelnemers aan de focusgroepen is het vaak moeilijk om jongeren uit de For-K IBE te kunnen ontslaan wegens een gebrek aan geschikte (residentiële) opvang in de jeugdhulp, waardoor continuïteit van zorg in het gedrang komt. Ook in de literatuur^{40, 57} wordt gebrekkige samenwerking tussen sectoren geschetst. Dit wordt bevestigd door de data waar zichtbaar wordt dat bijna de helft van de jongeren terug gaat naar hun gezinssituatie.

Omdat de jongeren die op een For-K IBE terechtkomen veelal ook al contact hebben met andere instanties uit andere sectoren (zoals jeugdhulp), is het volgens de deelnemers aan de focusgroepen van het grootste belang dat al die actoren goed samenwerken om zo continuïteit in het zorgtraject van jongeren te bewerkstelligen en ervoor te waken dat behaalde resultaten van de behandeling op een For-K IBE behouden blijven. Het vaak geopperde fenomeen dat jongeren van het kastje naar de muur worden gestuurd dient vermeden te worden. Het is aan de netwerken GGZKJ om hun opdracht voor gecoördineerde zorg verder waar te maken in samenwerking met alle andere instanties (zoals de intersectorale toegangspoort) die ook al gecoördineerde zorg tot doel hebben en waarbij uiteraard de For-K IBE's, justitie en jeugdhulp telkens betrokken worden.

Aan Vlaamse kant is men ondertussen ook begonnen met het uitbouwen van het idee '1 gezin / 1 plan', waarbij een jongere een vast aanspreekpunt krijgt gedurende zijn hele zorgtraject van A tot Z. De hervorming van de jeugdhulp die momenteel wordt uitgevoerd in de Federatie Wallonië-Brussel pleit ook voor een betere samenwerking tussen de actoren.



10.3. Outreach

Zoals aangegeven bevinden de jongeren met justitieel statuut en psychiatrische problemen zich in een complex landschap van zorgorganisaties, elk met hun eigen specifieke doelgroep en expertise. Om de jongeren in hun hulpverleningstraject optimaal te ondersteunen, zijn in de loop der jaren tal van 'outreach' initiatieven opgezet. **De term outreach kent verschillende ladingen.** Het kan gaan om directe zorgverlening aan jongeren vanuit een specifieke organisatie terwijl de jongere elders verblijft; bijvoorbeeld zorgverlening vanuit een For-K afdeling (voorafgaand aan een opname, of na opname) of vanuit een netwerk GGZ aan een jongere die inmiddels thuis verblijft. In dit geval wordt de term outreach soms ingewisseld voor de term 'mobiele teams' om hetzelfde aan te duiden.

Hiernaast wordt de term outreach ook gebruikt voor de ondersteuning van zorgverleners van een specifieke organisatie door zorgverleners vanuit een andere organisatie met een specifieke expertise; bijvoorbeeld zorgverleners in een multifunctioneel centrum worden ondersteund door psychiaters van een kinderspsychiatrisch centrum. In dit geval worden ook termen als liaison- of brugfunctie gebruikt.

Outreach wordt georganiseerd o.m. door de netwerken GGZKJ, maar ook door l'Aide à la Jeunesse, CLB, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) (forensische outreach) en ook door de For-K afdelingen (tot 2015 was dit voorzien in alle For-K contracten, nu door sommige vanuit eigen initiatief).

In de For-K contracten tot en met 2015 stond outreach als volgt omschreven:

Outreaching als specifieke zorgopdracht (voor en/of na intensieve behandeling), gericht naar opvangstructuren (welzijn, justitie) prioritair voor deze specifieke doelgroep van jongeren die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en in tweede instantie voor jongeren die een problematische opvoedingssituatie meemaken. Doelstelling is het vermijden van een opname of een heropname in een IBE type FOR K. Deze zorgopdracht omvat o.a. crisisevaluaties, crisisinterventies. Bijzonder aandacht zal aan het justitieel traject van de jongeren gegeven moeten worden. Naast deze casusgebonden outreaching opdracht wordt een algemene ondersteunende en

consulerende rol opgenomen naar de medewerkers van diverse voorzieningen (coaching, advies, vorming). (Bron: Contract Belgische Staat met een For-K eenheid, 2015)

Voor deze outreachfunctie werd in elk For-K contract een budget voorzien. Echter vanaf 2016 is de outreachfunctie en het daaraan verbonden budget uit de For-K contracten gehaald en overgeheveld naar de netwerken GGZKJ. In de jaarverslagen en in de focusgroepen werd gemeld dat hierdoor **de specifieke For-K outreach verdunde of verdween**, omdat het werd opgenomen in een groter geheel van outreach voor alle doelgroepen binnen een netwerk GGZ kinderen en jongeren. Hierdoor kwam de nazorg van For-K in het gedrang en daarom zijn sommige For-K's doorgedaan met hun outreach- en nazorgfunctie, ondanks het stopzetten van de middelen.

Deelnemers aan de focusgroepen, alsook de jaarverslagen bevestigden dat het belangrijk is dat er meer op outreach ingezet wordt. De specifieke forensisch-psychiatrische outreach, zoals die voorzien werd in de vroegere contracten, moet 'hersteld' worden, hetzij als functie voor elk ziekenhuis met een For-K IBE, hetzij als functie voor de netwerken GGZKJ. En hiervoor dient een geoormerkte budget te worden voorzien. De outreach dient te gebeuren naar alle organisaties die kinderen opnemen/in zorg hebben met psychiatrische problematiek en een justitiële status hebben.

10.4. Het vaststellen van psychiatrische problematiek

Het typerende aan de For-K IBE's is dat ze, volgens de huidige contracten, enkel bedoeld zijn voor jongeren met (ernstige) psychiatrische problematiek EN die onder toezicht staan van een jeugdrechter. In het traject van jongeren komt de jeugdrechter pas na enige tijd in beeld, nadat een jongere verdacht is van een delict of een delict heeft gepleegd of nadat er signalen zijn van een verontrustende situatie. Het is aan de jeugdrechter om op advies van de sociale dienst jeugdrechtbank gepaste maatregelen op te leggen. De jeugdrechter beschikt over een aantal maatregelen die aan jongeren kunnen worden opgelegd, waaronder het laten opnemen op een psychiatrische afdeling, inclusief de For-K IBE.



Een **moeilijkheid voor jeugdrechters is echter dat noch zij zelf, noch de sociale dienst jeugdrechtbank, deskundig zijn voor het vaststellen van de psychiatrische problematiek**, wat een noodzakelijk opnamecriterium is voor een For-K IBE. Hiervoor blijft de jeugdrechter afhankelijk van een oordeel door een kinder- en jeugdpsychiater.

Het vaststellen van een (ernstige) psychiatrische problematiek bij jongeren is niet eenvoudig^{41, 56, 58} en meningen erover kunnen verschillen. In hoeverre zijn ernstige gedragsstoornissen wel of niet een psychiatrische problematiek? Waarom worden ernstige gedragsstoornissen soms als exclusiecriteria gebruikt voor een opname op een For-K IBE? Of andersom als inclusiecriteria (bv. voor de For-K IBE Karibu in Titeca (zie Hoffman 2011¹⁶, p. 50))? Idem dito voor verslavingsproblematieken?

Uit de jaarverslagen valt niet op te maken hoe de For-K IBE het psychiatrisch assessment uitvoeren en welke instrumenten hierbij gehanteerd worden.

Het ontbreekt de jeugdrechter aan een arsenaal van psychiatrische advisering en beoordeling die (vroeg)tijdig ingeschakeld kan worden. In de focusgroepen en in interviews gaven jeugdrechters aan dat zij soms een opname op een For-K IBE overwogen maar dat betreffende jongeren dan werden geweigerd vanwege een gebrek aan (ernstige) psychiatrische problematiek. Samenwerking tussen jeugdrechters en kinder- en jeugdpsychiaters is naar verluid in de focusgroepen suboptimaal en is verder verminderd nadat de brugfunctie in 2016 uit de For-K contracten werd geschrapt en overgeheveld naar de netwerken GGZKJ. Bovendien wordt aan Franstalige zijde het werk onder mandaat niet altijd door alle spelers in de geestelijke gezondheidszorg geaccepteerd, wat de samenwerking nog verder bemoeilijkt.

In de focusgroepen werd aangegeven dat er een **spanningsveld bestaat tussen enerzijds de jeugdrechters die, vaak dringend, een (verblijf)plaats nodig hebben voor een jongere en de psychiater die moet oordelen of een jongere een hoog intensieve psychiatrische behandeling nodig heeft**. Waar psychiaters aangaven dat ze kijken vanuit de zorgnoden van het kind, gaven jeugdrechters aan dat zij vooral op zoek zijn naar een verblijfplaats die snel beschikbaar is. Een gevolg hiervan is dat jeugdrechters de jongere aanmelden bij verschillende instellingen

(bijvoorbeeld MPI, GES+, For-K, etc.) en kijken wie eerst met een aanbod/plaats komt. Een ander gevolg is dat jeugdrechters een jongere soms een oneigenlijke kwalificatie geven die hen meer kans geeft op het verkrijgen van een plaats aangezien veel For-K units vooral MOF jongeren (delictplegers) toelaten (zie 5).

In de focusgroepen werd beklemtoond dat opname op een For-K IBE een medische behandelingsmaatregel is en geen plaatsingsmaatregel kan zijn.

Het is dan ook hoogst nodig dat **het traject voor het benodigde psychiatrisch assessment verduidelijkt wordt**. Wie moet het doen? Wanneer dient het te gebeuren? Hoe dient het te gebeuren en met welke criteria en welke instrumenten? In de praktijk zien we dat het psychiatrisch assessment nu veelal gebeurt door het team verbonden aan een For-K IBE, soms voorafgaand aan een opname op een For-K IBE, maar ook tijdens de eerste opnameweek. Hoe dit assessment precies in zijn werk gaat berust op de professionele kennis van de betrokken psychiaters maar vertoont mogelijk wel onderlinge verschillen.

In de focusgroepen werd door sommigen geopperd dat het assessment door een onafhankelijk psychiater zou moeten gebeuren die niet verbonden is aan een For-K IBE. Aan de andere kant werd door sommigen beklemtoond dat opname op een For-K IBE een medische beslissing is die enkel kan gebeuren op basis van een beoordeling door de behandelende psychiater van de For-K IBE. Er was ook discussie met betrekking tot de rol van de huisarts in het geval van 'gedwongen opname'. Er werd ook gemeld dat een psychiatrisch assessment veel vroeger in het traject zou moeten gebeuren.

In 2011 stelde de NRZV⁶ ook al dat er '*noodzaak was tot het ontwikkelen van een zorgvuldige en meer verfijnde (voorafgaande) diagnose- en indicatiestelling en correcte filter voor opname in For-K trajecten*'.

Hoe dan ook, **meer transparantie over het psychiatrisch assessment is gewenst evenals meer duidelijkheid in het proces om de jeugdrechters te ondersteunen** in het nemen van maatregelen voor psychiatrische behandeling. De rol van de For-K en van andere instanties die psychiatrische observatie en onderzoek uitvoeren dient verduidelijkt te worden. Bijvoorbeeld ook de netwerken GGZKJ hebben een programma 'diagnostiek en behandeling' en binnen de Vlaamse jeugdhulp bestaan



momenteel het Ondersteuningscentrum jeugdzorg (OCJ), het Onthaal-, observatie- en oriëntatiecentrum (OOOC) en het Observatie- en behandelcentrum (OBC) die fungeren als multidisciplinaire teams (MDT) die erkend zijn door de Vlaamse overheid om de zorgbehoefte in te schatten. Aan Waalse kant en in Brussel bestaan o.a. 'les services résidentiels d'observation et d'orientation' (SROO).

Er zou ook **meer uniformiteit in het benodigd psychiatrische assessment** nagestreefd kunnen worden. Mogelijk kan voortgebouwd worden op het voorstel van Tremmery en Danckaerts⁵⁹ omtrent de onderdelen van een forensisch psychiatrisch onderzoek van jonge delictplegers (deze onderdelen werden volgens de auteurs goedgekeurd door de psychiaters van de For-K afdelingen en van de gemeenschapsinstellingen). Volgens hen bevat een forensisch psychiatrisch onderzoek idealiter de volgende onderdelen:

1. Probleemanamnese: speciële anamnese, algemeen psychiatrische anamnese
2. Criminogenese en juridische antecedenten
3. (Psychiatrische) voorgeschiedenis
4. Ontwikkelingsanamnese

5. Familiale anamnese
6. Somatische anamnese
7. Schoolanamnese
8. Psychiatrisch observationeel onderzoek
9. Psychodiagnostisch en pedagogisch onderzoek zoals intelligentieonderzoek (IQ test), ontwikkelingsschalen, persoonlijkheidsonderzoek (MMPIA en PCL-R-V), socio-emotioneel onderzoek (CBCL, depressie vragenlijsten, traumavragenlijsten e.a.) en neuropsychologisch onderzoek (executieve functies e.a.)
10. Risicotaxatie (afhankelijk van het delict Savry of J-SOAP D versie III)
11. Zorginschatting en behandelbaarheid met implementatie van de risicotaxatie (DUNDRUM 61^{vw})

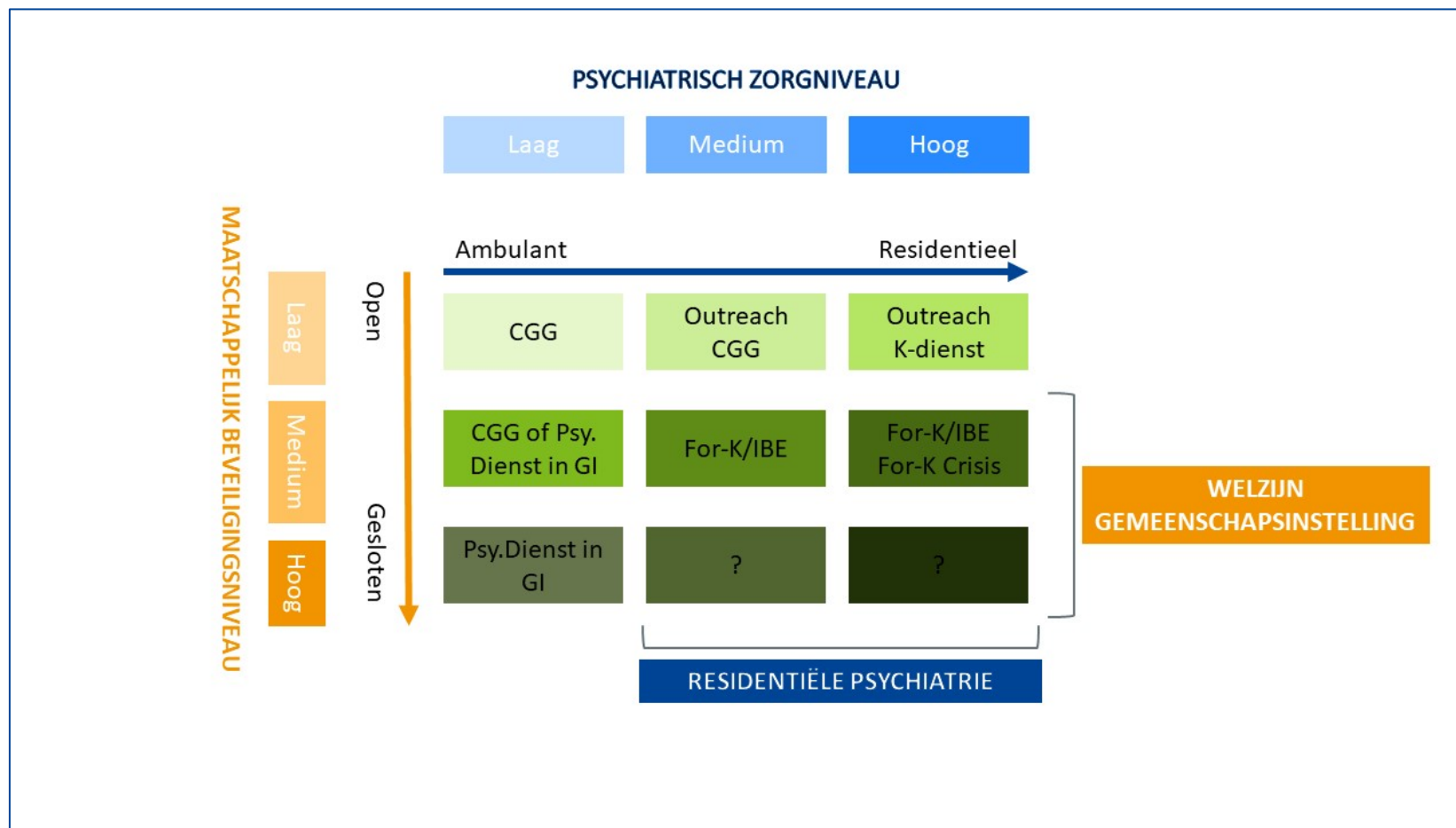
Dit leidt tot een mogelijke 'zorguitkomst' op basis van **psychiatrisch zorgniveau en maatschappelijk beveiligingsniveau**, zoals de auteurs weergeven in onderstaande Figuur 8. Jongeren met hoge psychiatrische zorgnood in combinatie met hoge beveiligingsnood (maatschappelijk en/of persoonlijk) zijn dan inclusiecriteria voor opname op een For-K IBE.

^v <http://www.tara.tcd.ie/handle/2262/39131>

^w <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JFP-11-2018-0043/full/html>



Figuur 8 – Beoordeling psychiatrisch zorgniveau / maatschappelijk beveiligingsniveau ⁵⁹





Bij het uitbouwen van een uniforme assessment-procedure zou ook samengewerkt kunnen worden met het Vlaams Kwaliteitscentrum Diagnostiek^x dat al diverse richtlijnen met betrekking tot diagnostiek heeft ontwikkeld en dat ook de ontwikkeling van Richtlijn Forensische Diagnostiek (jeugddelinquentie) / Oriëntatie & Risicotaxatie op de planning heeft staan^y.

Omdat het psychiatrische assessment mogelijk over meerdere sessies dient te gebeuren en ook observatie van de jongere kan vergen, is kortdurende observatie/diagnose opname op een For-K IBE te overwegen als mogelijke maatregel van een jeugdrechter.

We zien dat dit in de praktijk eigenlijk al gebeurt en dat de For-K IBE's in hun werking en organisatie een periode voor observatie en diagnose voorzien, vooraleer een behandelingsplan wordt opgesteld. Bijvoorbeeld in CHJ Titeca reserveert men één For-K IBE voor de eerste periode van diagnose, en stabilisatie van een jongere, en een tweede For-K IBE voor het vervoltraject waarin naar resocialisatie wordt gestreefd.

10.5. Bepalen van de doelgroep

Uit al de verzamelde informatie blijkt dat er **geen consensus bestaat over welke jongeren op een For-K IBE opgenomen dienen te worden**. Alleen MOF-jongeren? Ook VOS- en GO-jongeren? Ook jongeren met een niet-justitiële status? In de focusgroepen bleek iedereen wel zijn argumenten te hebben om iets wel of niet toe te laten. Bijvoorbeeld biedt het beperken van de toegang tot de For-K IBE tot jongeren met een MOF-status mogelijkheden om meer aan het criminogeen aspect te werken en biedt het ook meer garanties dat daders van slachtoffers gescheiden zijn. Anderen vinden het discriminerend als For-K IBE's beperkt worden tot justitiële jongeren ten opzichte van niet-justitiële jongeren, waarvoor dan geen of

minder intensieve behandel mogelijkheden beschikbaar zijn. Idem dito met betrekking tot jongeren met een laag intelligentievermogen. En hoewel een gedwongen opname wel een justitiële maatregel is, is dat toch meer een acuut psychiatrisch probleem en niet goed te vergelijken met de profielen van MOF- en VOS-jongeren met psychiatrische problematiek, maar aan de andere kant biedt een For-K IBE wel de goede infrastructuur voor een gedwongen opname.

Zonder duidelijkheid over de doelgroep is het onmogelijk het benodigde aanbod te bepalen.

De discussies hierover bestaan al lang. In diverse documenten^z wordt verwezen naar de KCE-studie hierover om meer duidelijkheid te brengen.

Met het nodige voorbehoud en onzekerheid doen we op basis van het huidig onderzoek het volgende voorstel. De meningen verschillen over de doelgroep, maar het is duidelijk dat zowel MOF- als VOS-jongeren met psychiatrische problematiek nood hebben aan intensieve behandeling, waaraan de huidige For-K IBE's tegemoetkomen. We stellen daarom voor om **de For-K IBE's** te blijven voorbehouden voor justitiële jongeren (MOF/VOS) die aan alle van de volgende **criteria** voldoen:

- Er is sprake van een ernstige psychiatrische problematiek/hoge psychiatrische zorgnood
- De psychiatrische problematiek is behandelbaar en vergt een residentiële opname van maximaal 1 jaar
- De behandeling van de jongere vergt een beveiligde/beveiligende omgeving
- De jongere is bij opname minimaal 12 jaar en maximaal 17 jaar oud

^x <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/kerntaken/>

^y <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2020/05/KwaliteitscentrumvoorDiagnostiekJaarplan2020-VersieWebsite.pdf>

^z O.a. Memorie van toelichting bij het ontwerp van decreet betreffende het jeugddelinquentierecht, *Parl. St. VI. Parl. 2017-2018*, 1670/1, p. 12 <https://www.vlaamsparlament.be/parlementaire-documenten/parlementaire-initiatieven/1271848>; *Vr. en Antw. VI. Parl. 2019- 2020*, 23 december 2020 (Vr. nr. 812 L. Parys) en <https://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1597685> en <https://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1630110>



- e. De criteria a t/m d worden voorafgaand aan of tijdens een initiële opname op een For-K IBE vastgesteld op een uniforme gestructureerde wijze door een multidisciplinair team van de For-K IBE's
- f. De jeugdrechter neemt op basis van het gedocumenteerde verslag van het multidisciplinair team een beslissing over de opname op een For-K afdeling

Hiernaast dient het mogelijk te zijn dat sommige For-K IBE's zich verder specialiseren in subdoelgroepen. Ook dient gediscussieerd te worden of gemengde (VOS- en MOF-) groepen behouden moeten blijven. Wij hebben geen wetenschappelijke argumenten noch voor noch tegen een mix.

Deze afbakening van For-K IBE tot justitiële jongeren (MOF en VOS) vermijdt niet dat er nog verdere discussie nodig is aangaande het oprichten van intensieve behandel eenheden voor niet-justitiële jongeren met ernstige psychiatrische problematiek.

De For-K IBE's dienen ons inziens voorbehouden te blijven voor intensieve behandelingen van jongeren die voldoen aan de criteria zoals hierboven vermeld en dienen niet ingezet te worden voor crisiszorg. Ze kunnen ingezet worden voor 'gedwongen opnames', maar pas nadat de jongere op een crisisbed/flexbed werd opgenomen waar kon worden beoordeeld of een opname in de setting van de For-K IBE noodzakelijk is. Daarom stellen wij, nog steeds met het nodige voorbehoud en onzekerheid, voor dat alle ziekenhuizen met een For-K IBE een hoeveelheid (beveiligde) plaatsen hebben die flexibel gebruikt kunnen worden voor initiële opname ter diagnostiek, hervalsituaties, time-outs vanuit andere instellingen, gedwongen opnames en crisissituaties. Over de doelgroepen en het benodigde aantal van dergelijke **flexibele bedden** dient nader onderzoek te gebeuren waarbij alle crisishulp verzoeken en mogelijkheden binnen de geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulp in kaart worden gebracht.

10.6. Structurele financiering

In de jaarverslagen en in de focusgroepen werd meermaals aangehaald dat **bestaande pilootfinanciering van de For-K IBE onvoldoende** is om de werkelijke kosten te dekken en dat door het pilootkarakter ervan sommige zaken niet mogelijk zijn die wel gelden binnen een reguliere financiering vanuit het BFM. Ook weerhoudt het pilootkarakter ziekenhuizen ervan toekomstgericht te investeren in bijvoorbeeld nieuwe infrastructuur. Alle geraadpleegde mensen zijn er van overtuigd dat na 18 jaar pilootfinanciering het **tijd is voor structurele financiering**. For-K IBE's zijn inmiddels een gevestigde waarde geworden in het landschap van geestelijke gezondheidszorg, justitie en jeugdhulp.

Om structurele financiering binnen het BFM mogelijk te maken, dienen wel nog een aantal stappen te worden gezet. Belangrijkste is het creëren van een (nieuwe) specifieke kenletter met functionele omschrijving en erkenningsnormen (eventueel kan nog gedacht worden om de bestaande kenletter IB 'Dienst voor intensieve behandeling van volwassen sterk gedragsgestoorde en agressieve psychiatrische patiënten' uit te breiden naar kinderen zoals ook het geval was toen in 1964 de kenletter IB werd gecreëerd^{aa}). De omschrijving van de erkenningsnormen, o.a. over aantal, en het type en de kwalificaties van het personeel benodigd voor goede en veilige zorg dient gepreciseerd te worden en uitgewerkt in overleg met de mensen van de For-K IBE's. Vervolgens dient nadere economische analyse te gebeuren wat het verblijf en de behandeling op een For-K IBE exact kost, zodat berekend kan worden met welk bedrag het BFM voor een ziekenhuis met een For-K IBE uitgebreid dient te worden. En tot slot dient door de bevoegde overheden geraamd te worden hoeveel For-K IBE's en For-K bedden nodig zijn (programmatie).

Wat betreft het omzetten van de huidige pilootfinanciering van de crisisbedden in de For-K contracten in structurele financiering, dient eerst uitgeklaard te worden in hoeverre deze For-K crisisbedden opgenomen moeten worden in het geheel van crisisbedden/netwerken/meldpunten

^{aa} [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?>
language=fr&la=F&cn=1964102301&table_name=loi&&caller=list&F&fromta](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?>language=fr&la=F&cn=1964102301&table_name=loi&&caller=list&F&fromta)

[b=loi&tri=dd+AS+RANK&rech=1&numero=1&sql=\(text+contains+\(%27%27\) /#LNK0001 annex 21](#)



vanuit de netwerken GGZ voor kinderen en jongeren en de crisisplaatsen vanuit de jeugdhulp en de integratie tussen beide.

Wat betreft de budgetten voor speciale functies beschreven in de huidige For-K pilootcontracten, zoals de afdeling beschut wonen bij het CHJ Titeca Brussel en de SGA afdeling bij het ZNA Antwerpen, dient apart besloten te worden of deze behouden moeten worden en hoe die bekostigd moeten worden.

Wanneer men tot structurele financiering overgaat, is het van belang de doelgroep van de For-K IBE exact te omschrijven en welke wetgeving en justitiële maatregelen er ten gronde kunnen en mogen liggen voor opname.

10.7. Aanpassing van de wettelijke kaders betreffende jeugdhulp, jeugddelinquentie en bescherming van de persoon met een geesteszieke

De bepalingen die mogelijks kunnen dienen als rechtsgrond voor het plaatsen van een jongere in een For-K IBE in de wetgeving betreffende jeugdhulp en jeugddelinquentie van de verschillende deelstaten zijn niet altijd conform de huidige voorwaarden voor plaatsing die bepaald zijn door de For-K contracten. Eén van de redenen hiervoor is dat de mogelijkheid tot het plaatsen van een minderjarige in een For-K IBE - met uitzondering van het Vlaams Decreet betreffende het jeugddelinquentierecht - niet expliciet ingeschreven is in de wetgeving van de deelstaten. Er is meestal maar één bepaling die dan in het algemeen de plaatsing in een psychiatrische dienst mogelijk maakt, zonder daarbij specifieke modaliteiten te voorzien naargelang het om een K-dienst, For-K dienst of nog een andere psychiatrische afdeling gaat. Bovendien is er geen uniformiteit tussen de verschillende bepalingen van de deelstaten die kunnen dienen als rechtsgrond voor de plaatsing van een minderjarige in een For-K IBE (bijvoorbeeld de modaliteiten zoals de hoedanigheid van de psychiater die het medisch verslag moet aanleveren, hoe oud het verslag mag zijn, etc.).

De mogelijkheid tot het plaatsen van een minderjarige in een For-K IBE zou daarom expliciet in de wetgeving van de deelstaten moeten worden ingeschreven. Hierbij dient duidelijk de doelgroep, de modaliteiten en procedurele voorwaarden van de plaatsing (termijn, leeftijdsgrenzen, hoedanigheid van de psychiater die het verslag maakt, modaliteiten van het verslag, etc.) duidelijk te worden bepaald. Het is ook belangrijk dat de wetgevende bepalingen van de verschillende deelstaten op mekaar worden afgestemd om jongeren uit verschillende deelstaten op een vergelijkbare manier toegang te garanderen tot de For-K.

De wetgeving omtrent jeugdhulp en jeugddelinquentie van de gemeenschappen zijn de afgelopen jaren sterk en op een verschilde wijze in elke gefedereerde entiteit geëvolueerd. Hierbij valt in Vlaanderen vooral een striktere scheiding tussen MOF- en VOS-jongeren op. In de Franse gemeenschap kunnen sinds de invoering van de Madrane Code jongeren die een “fait qualifié infraction” hebben gepleegd niet langer in een gemeenschapsinstelling worden geplaatst als ze aan een mentale handicap of een mentale stoornis lijdt; hierdoor is het mogelijk dat het aantal jongeren in de GI zal dalen en de aanvraag naar zorg in psychiatrische of gehandicapten instellingen zal toenemen. Indien er verschillende mogelijke rechtsgronden zijn om een jongere in een For-K IBE te plaatsen (bijvoorbeeld de wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke versus plaatsing op grond van een MOF- of VOS-statuuut) dient de onderlinge verhouding tussen deze rechtsgronden te worden bepaald (welke regel primeert, welke regel wordt geschorst...). Op het moment van het schrijven van dit rapport wordt de wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke herzien. Ook wordt er langs Vlaamse kant gewerkt aan de verbetering^{bb} van de rechtspositie van de minderjarige in de For-K, zodat rechten van minderjarigen in de For-K concreet en afdwingbaar worden. Ook dient aandacht besteed te worden aan de rechtspositie en verantwoordelijkheid van de behandelende psychiaters op de For-K IBE en hoe die zich verhoudt tot de jeugdrechter.

^{bb} Decreet van 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp en binnen het kader van het decreet betreffende het jeugddelinquentierecht, B.S. 4 oktober 2004



Na deze discussies kunnen de vigerende wetgevingen aangepast en op elkaar afgestemd worden.

10.8. Opzetten zorgevaluatiesysteem

Hoewel For-K IBE's algemeen gezien worden als zeer nuttig, **ontbreken momenteel cijfermatige gegevens over de werkzaamheid van een behandeling op een For-K IBE**. Ook is het nu onmogelijk om uit de bestaande dataregistraties het zorgtraject van een jongere te volgen. Het zou de discussies over nut en noodzaak makkelijker maken als overheden en coördinerende en uitvoerende organisaties kunnen beschikken over een set van gewenste/beoogde (korte en lange termijn) uitkomsten en in welke mate deze bereikt worden.

Uit de focusgroepen kwam naar voor dat het personeel van de For-K zelf geen duidelijke criteria heeft om aan te geven wanneer een behandeling en verblijf van een jongere succesvol is. Wel werd er aangegeven dat er vaak een positief effect werd bereikt bij de jongere, dat soms echter na het verblijf in de For-K wordt teniet gedaan omdat de jongere in een niet gepaste setting terechtkomt zonder de nodige nazorg (outreach). Het is ook zo dat de behandeldoelstellingen en de bijhorende gewenste uitkomsten kunnen verschillen naargelang de specifieke populatie van de betreffende For-K afdeling. Het is dus aangewezen het personeel van de For-K nauw te betrekken bij het opzetten van dergelijk zorgevaluatiesysteem. Aangezien ook het voor- en natraject een grote rol spelen in de werkzaamheid van een behandeling in een For-K dienen ook alle hulpinstanties (jeugdhulp, geestelijke gezondheidszorg, gemeenschapsinstellingen) input te geven en betrokken te worden bij het uitwerken van een dergelijk systeem. En ook jongeren zelf kunnen hierin een belangrijke bijdrage leveren over wat zij belangrijke uitkomsten vinden.

10.9. Verder onderzoek

Dit project heeft de complexiteit van de zorg voor jongeren met psychiatrische problematiek en een justitiële status duidelijk gemaakt. Er blijven nog veel vragen onbeantwoord, en daarom is het gewenst dat er

komende jaren flink geïnvesteerd wordt in meer onderzoek. Bijvoorbeeld over:

- De effecten van de zorgverlening op de For-K IBE, inclusief wat de werkzame elementen zijn en welke kosten hiermee gepaard gaan
- De ideale/noodzakelijke personeelsbezetting op een For-K, in type zorgverlener en hoeveelheid van elk
- De ideale (minimale, maximale) groepsgrootte van een For-K IBE
- De mate van benodigde en gewenste specialisatie van For-K IBE naar subdoelgroepen
- De ervaringen van jongeren die opgenomen zijn of waren op een For-K eenheid
- Hoe jongeren betrokken kunnen worden in het bepalen van hun zorgtraject
- Hoe de For-K crisisbedden ingepast kunnen worden in de crisishulpverlening van de netwerken GGZKJ en de crisisnetwerken van de jeugdhulp
- Bepalen van het noodzakelijk zorgaanbod en de organisatie ervan ten behoeve van 'gedwongen opnames' van jongeren
- De effecten van vroegsignalering en vroeginterventie en in hoeverre dit opnames op een For-K afdeling kan voorkomen
- Het noodzakelijke zorgaanbod van jongeren die niet aan de inclusiecriteria van een For-K afdeling of andere zorgaanbieder voldoen en tussen de mazen van het huidige zorgaanbod vallen
- Hoe het personeel op de For-K IBE hun werk ervaart en hoe zij hierin ondersteund kunnen worden om zo persoonlijke schade en turnover van personeel te verminderen.



11. CONCLUSIES

De initiële vraag 'hoeveel For-K bedden zijn er nodig?' kan niet eenduidig beantwoord worden. Het huidige aanbod voorziet in een duidelijke behoefte en de For-K IBE bedden worden zo goed als maximaal gebruikt. Maar er is geen zicht op hoeveel jongeren behoefte hebben aan, c.q. baat zouden hebben bij een For-K IBE of For-K crisisopname. Hiervoor is er veel meer onderzoek nodig, onder andere naar de beschikbare alternatieven in het veld van de jeugdhulp en de werkzaamheid ervan maar ook naar het aantal jongeren dat voldoet aan de criteria voor opname op een For-K en hoeveel hiervan niet geplaatst kunnen worden.

Echter, voorzien in voldoende passende zorgmogelijkheden veronderstelt dat er een goede omschrijving is van de doelgroep die men beoogt. Uit ons onderzoek blijkt dat er **geen consensus** bestaat hierover en dat For-K IBE's verschillende in- en exclusiecriteria hanteren. De discussie hierover blijkt al te bestaan vanaf de oprichting van de For-K IBE's in 2003 en is nog steeds niet opgeklaard.

Desalniettemin, concluderen wij dat het **huidige aanbod aan For-K IBE plaatsen behouden kan blijven** en zelfs uitgebreid zou kunnen worden met extra plaatsen in de werkingsgebieden van netwerken GGZ kinderen en jongeren, waar momenteel geen For-K IBE voorhanden is.

Ook concluderen wij dat de huidige manier van pilootfinanciering onvoldoende de werkelijke kosten dekt en diverse nadelen vertoont in vergelijking met de financiering via BFM. Daarom menen we dat de tijd rijp is voor structurele financiering van de For-K IBE's. Als de overheden besluiten om het pilootkarakter van de For-K IBE op te heffen en structureel op te nemen in het BFM van psychiatrische ziekenhuizen, dient de **financiering wel substantieel verhoogd** te worden om tegemoet te komen aan de werkelijke kosten van een For-K IBE.

Op basis van ons onderzoek kunnen we geen uitspraak doen over het benodigde aantal crisisbedden voor justitiële jongeren en de gewenste organisatie hiervan.

Deze studie was gericht op de zorgvraag en het zorgaanbod voor jongeren met een justitieel statuut die ernstige psychiatrische problematiek vertonen. We realiseren ons dat er nog veel andere doelgroepen zijn waar mogelijk tekorten in zorgaanbod zijn en die nadere studie vereisen.

Tot slot willen we benadrukken dat we in deze studie heel veel mensen hebben mogen ontmoeten, mensen met zeer veel deskundigheid, betrokkenheid en enthousiasme voor optimale zorg ten aanzien van de jongeren en hun gezinnen. Dit vormt een uitstekend fundament voor de toekomst.



■ AANBEVELINGEN^{cc}

*Gelieve bij het lezen van onderstaande aanbevelingen in acht te houden dat optimaal gebruik van For-K afdelingen alleen kan gerealiseerd worden binnen een kader van een **goed functionerend landschap van jeugdhulp, geestelijke gezondheidszorg en justitie**. Om dit bereiken dienen **substantiële investeringen** te gebeuren door de bevoegde autoriteiten om de huidige tekortkomingen in alle sectoren weg te werken en de lopende verbeteringsinitiatieven te stimuleren.*

Aan de Interministeriële conferentie Volksgezondheid, bevoegde ministers inzake volksgezondheid, FOD Volksgezondheid, Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, algemene en financiële directeuren van de ziekenhuizen met een For-K, afdelingshoofden For-K IBE

1. De pilootfinanciering van de For-K Intensieve Behandeleenheden (IBE), inclusief de hervulbedden, dient omgezet te worden naar een structurele financiering binnen het BFM van de betrokken psychiatrische ziekenhuizen.

Hiervoor dient de IMC een protocolakkoord te maken, waarna vervolgens de programmatie, erkenning en financiering uitgewerkt worden.

2. Om de omzetting naar een structurele financiering mogelijk te maken dient een specifieke kenletter/bedtype toegepast te worden. Hierbij dienen de erkenningsnormen o.a. over benodigde beveiliging, over het aantal en het type en de kwalificaties van het personeel benodigd voor het geven van goede zorg, gepreciseerd te worden en uitgewerkt in samenwerking met de mensen van de For-K IBE's.
3. Ook dient een omschrijving van de doelgroep opgenomen te worden.
4. Tevens dient er een nadere medische-economische analyse te gebeuren over wat een verblijf en de behandeling op een For-K IBE exact kost, zodat berekend kan worden met welk bedrag het BFM voor een ziekenhuis met een For-K IBE uitgebreid dient te worden. Hierbij dient ook nagegaan te worden wat behandelings- en werkingskosten zijn die niet door het BFM gedekt worden en die door de nomenclatuur moeten worden gedekt.

^{cc} Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



5. Bovendien, moeten de wetgevingen inzake financiering van de ziekenhuizen van de Gemeenschappen-Gewesten aangepast worden om de financiering van de (beveiligde/beveiligende) infrastructuur voor de For-K te integreren.

Aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, gefedereerde ministers met bevoegdheid inzake volksgezondheid, FOD Volksgezondheid, Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, algemene en financiële directeuren van de ziekenhuizen met een For-K

6. De omzetting van de pilootfinanciering van de For-K IBE's dient te gebeuren met behoud van alle huidige For-K IBE's, zoals beschreven in de huidige For-K pilootcontracten en alle huidige plaatsen op de IBE's, met 2 uitzonderingen zoals hieronder beschreven.
7. Het onderdeel in het For-K piloot contract met CHJ Titeca met betrekking tot 'initiatief beschut wonen', valt niet onder de federale bevoegdheid en dient getransfereerd te worden naar de bevoegde gefedereerde overheid.
8. Het onderdeel in het For-K piloot contract met ZNA met betrekking tot de afdeling SGA is geen afdeling voor justitiële jongeren en valt derhalve buiten de doelgroep van de For-K IBE.
9. Voor beide onderdelen dient de pilootfinanciering behouden te blijven tot een andere structurele financieringsvorm is gevonden.

Aan de federale minister van Volksgezondheid, FOD Volksgezondheid, netwerken geestelijke gezondheid kinderen jongeren

10. Alle huidige For-K IBE's en IBE-bedden van de For-K projecten dienen behouden te blijven en waar nodig dient het aantal For K IBE's uitgebreid te worden op zo'n manier dat elk netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren vlot toegang heeft tot For-K IBE bedden zodat de geografische spreiding van For-K IBE's geoptimaliseerd wordt en in ieder netwerk een For-K participeert.



Aan de federale ministers van Volksgezondheid en Justitie, de gefedereerde ministers met bevoegdheid over volksgezondheid, jeugdhulp en justitie, FOD Volksgezondheid, afdelingshoofden For-K IBE, jeugdrechters, Sociale dienst jeugdrechtbank, netwerken geestelijke gezondheid kinderen jongeren

11. De For-K IBE's zijn forensisch-psychiatrische eenheden, en dienen enkel justitiële jongeren (MOF/VOS) op te nemen die aan alle van de volgende criteria voldoen:
- a. Er is sprake van een ernstige psychiatrische problematiek/hoge psychiatrische zorgnood
 - b. De psychiatrische problematiek is behandelbaar en vergt een residentiële opname van maximaal 1 jaar
 - c. De behandeling van de jongere vergt een beveiligde/beveiligende omgeving (voor de jongere en/of omgeving)
 - d. De jongere is bij eerste opname minimaal 12 jaar en maximaal 17 jaar oud.
 - e. De criteria a t/m d worden voorafgaand aan of tijdens een initiële opname op een For-K IBE vastgesteld op een uniforme gestructureerde wijze door een multidisciplinair team van de For-K IBE's
 - f. De jeugdrechter neemt op basis van het gedocumenteerde verslag van het multidisciplinair team een beslissing over de opname op een For-K afdeling.

Aan de federale minister van Volksgezondheid en Justitie, gefedereerde ministers met bevoegdheid over volksgezondheid en jeugdhulp, FOD Volksgezondheid, afdelingshoofden For-K IBE, jeugdrechters, Sociale dienst jeugdrechtbank, netwerken geestelijke gezondheid kinderen jongeren

12. De opnamecriteria genoemd in 11/ gelden voor alle For-K IBE's. Aanvullend hierop kunnen extra opnamecriteria worden geformuleerd voor IBE's die gericht zijn op een specifieke doelgroep van jongeren (zoals daders of slachtoffers van seksueel overschrijdend gedrag) of wanneer de behandeling dat vereist (zoals uitsluitend meisjes, of passend binnen de huidige leefgroep of voldoende intelligentievermogen).



13. Er dient nader vastgesteld te worden welke specialisaties/differentiaties in bepaalde For-K IBE's wenselijk zijn en in hoeverre deze dan een (supra)regionale functie hebben en hoe ze gespreid dienen te worden over het land.

Aan de federale minister van Volksgezondheid en Justitie, de gefedereerde ministers met bevoegdheid over volksgezondheid en jeugdhulp, FOD Volksgezondheid, jeugdrechters

14. De For-K IBE's dienen voorbehouden te blijven voor intensieve behandelingen van jongeren (en hervat situaties) die voldoen aan de criteria zoals vermeld in 11/ en dienen bij voorkeur niet ingezet te worden voor crisiszorg of als initiële plaats voor gedwongen opnames.

Aan de federale minister van Volksgezondheid, FOD Volksgezondheid, afdelingshoofden For-K IBE, netwerken geestelijke gezondheid kinderen jongeren

15. Alle ziekenhuizen met een For-K IBE dienen naast de IBE-bedden ook te beschikken over een hoeveelheid (beveiligde) plaatsen die flexibel gebruikt kunnen worden voor initiële opname (tbv diagnostiek/assessment), time-outs van uit andere instellingen, gedwongen opnames en crisissituaties. In eerste instantie kunnen de For-K crisisbedden hiervoor in aanmerking komen.
16. De For-K crisisbedden zoals nu gefinancierd in de For-K pilootprojecten, dienen behouden te blijven en voorlopig gefinancierd totdat nadere studie is uitgevoerd in hoeverre de For-K crisisbedden wel of niet geïntegreerd kunnen worden in de crisiswerking van de netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren en de crisisnetwerken vanuit de jeugdhulp en in afwachting van de lopende herziening van de wet/beleid omtrent gedwongen opnames.

Aan de wetvoorbereidende instanties van alle deelstaten

17. De mogelijkheid tot het plaatsen van een minderjarige in een For-K IBE dient expliciet in de respectievelijke wetgeving van de deelstaten te worden ingeschreven. Hierbij dienen duidelijk de doelgroep en de modaliteiten van de plaatsing (termijn, hoedanigheid van het multidisciplinaire team dat de opnamecriteria beoordeelt, modaliteiten van het verslag,...) te worden bepaald. De bepalingen in de verschillende wetgeving van deelstaten dienen op mekaar te worden afgestemd zodat er op uniforme wijze toegang wordt verleend aan minderjarigen tot een For-K IBE.



Aan de federale minister van Volksgezondheid, gefedereerde ministers met bevoegdheid over volksgezondheid en jeugdhulp, FOD Volksgezondheid, netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren

18. De For-K IBE's dienen te kaderen binnen een geheel van ambulante en residentiële forensische jeugdpsychiatrische zorgverlening en jeugdhulp die door de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren wordt ontwikkeld, waarbij ook expliciet aandacht wordt besteed aan crisissituaties en preventie en vroeginterventie.

Aan de federale minister van Volksgezondheid, FOD Volksgezondheid, netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren

19. Elk netwerk geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren dient een specifieke module 'forensisch-psychiatrische outreach' op te zetten. De netwerk-contracten met de FOD Volksgezondheid dienen deze module expliciet te vereisen en van een gelabelde financiering te voorzien.
20. Het personeel actief in deze module dient voldoende expertise te hebben met de forensische problematiek en dient nauw samen te werken met de For-K IBE in hun regio.

Aan de federale ministers van Volksgezondheid en van Justitie, gefedereerde ministers met bevoegdheid over volksgezondheid, jeugdhulp en justitie, FOD Volksgezondheid, netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren

21. Er dient meer en gecoördineerde informatie verspreid te worden over de aard, omvang en beschikbaarheid van het zorgaanbod in de jeugdhulp, de geestelijke gezondheidszorg en justitie, naar professionals in de respectievelijke sectoren.

Aan de federale ministers van Volksgezondheid en van Justitie, gefedereerde ministers met bevoegdheid over jeugdhulp en justitie, FOD Volksgezondheid, netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren, verantwoordelijken For-K IBE, jeugdrechters

Registratie

22. Om de noden in de sectoren van geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulp en justitie inzichtelijk te maken dienen:



- Alle For-K IBE's op uniforme wijze te registreren hoeveel aanvragen voor opname ze krijgen, hoeveel jongeren worden opgenomen, hoelang ze er blijven en waar naar toe ze worden ontslagen.
- De vraag voor opnames, gerealiseerde opnames, en zorgduur op een For-K IBE adequaat gemonitord te worden door de FOD Volksgezondheid op basis waarvan het aanbod aan For-K eenheden en plaatsen bijgesteld kan worden door de bevoegde overheden
- Jeugdrechters in het kader van de algemene motiveringsplicht, aangespoord te worden om in het vonnis aan te geven welke maatregelen voor een minderjarige delictpleger of jongere in een verontrustende situatie overwogen werden, welke de voorkeursoptie is/was en de reden aan te geven waarom deze optie niet werd gerealiseerd.
- Hiernaast dienen overkoepelende registratiesystemen opgezet, dan wel geoptimaliseerd te worden, die actueel inzicht bieden in het aantal, de beschikbaarheid en specificiteit van het zorgaanbod. Deze registratiesystemen moeten toelaten om de zorgnoden, zorgvragen, wachtlijsten, zorggebruik, zorguitkomsten longitudinaal op te volgen voor elk zorgtraject van een jongere. Dergelijke registratiesystemen dienen aanwezig te zijn in de sector van de geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulp en justitie en dienen met elkaar koppelbaar te zijn op individueel niveau. Uiteraard dienen regels opgesteld te worden wie toegang heeft tot welke informatie, hoe koppelingen tussen bestanden gerealiseerd kunnen worden met behoud van privacy voor de jongeren en met bescherming van het beroepsgeheim en hoe gegevens op gepseudonimiseerde wijze gebruikt kunnen worden voor beleid en onderzoek.

23. Er dient nader onderzoek te gebeuren naar:

- De effecten van de zorgverlening op de For-K IBE, inclusief wat de werkzame elementen zijn en welke kosten hiermee gepaard gaan
- De ideale/ noodzakelijke personeelsbezetting op een For-K, in type zorgverlener en hoeveelheid van elk
- De ideale (minimale, maximale) groepsgrootte van een For-K IBE
- De mate van benodigde en gewenste specialisatie van For-K IBE naar subdoelgroepen
- De ervaringen van jongeren die opgenomen zijn of waren op een For-K eenheid



- Hoe jongeren betrokken kunnen worden in het bepalen van hun zorgtraject
- Hoe de For-K crisisbedden ingepast kunnen worden in de crisishulpverlening van de netwerken geestelijke gezondheidszorg kinderen en jongeren en de crisisnetwerken van de jeugdhulp
- Bepalen van het noodzakelijk zorgaanbod en de organisatie ervan ten behoeve van 'gedwongen opnames' van jongeren
- De effecten van vroegsignalering en vroeginterventie en in hoeverre dit opnames op een For-K afdeling kan voorkomen
- Het noodzakelijke zorgaanbod van jongeren die niet aan de inclusiecriteria van een For-K afdeling of andere zorgaanbieder voldoen en tussen de mazen van het huidige zorgaanbod vallen
- Hoe het personeel op de For-K IBE hun werk ervaart en hoe zij hierin ondersteund kunnen worden om zo persoonlijke schade en turnover van personeel te verminderen.



■ REFERENTIES

1. de Decker A, Deweerdt K, Nachtergael H, Van der Straete I, Verstraeten K, Bijttebier P, et al. Pilotproject: het aanbod van een intensieve klinische behandeling voor delinquente jongeren met een psychiatrische problematiek. Verslag onderzoeksequipe 2004. Leuven: UZ Leuven/ KU Leuven/ UCL; 2004.
2. Decoene S, de Decker A, Lambrechts G, Lelièvre V, Van der Straete I, Bijttebier P, et al. Pilotproject: het aanbod van een intensieve klinische behandeling voor delinquente jongeren met een psychiatrische problematiek. Rapport onderzoeksequipe. Leuven: UZ Leuven/ KU Leuven; 2005.
3. Decoene S, Sebrechts E, Rom M, Bijttebier P, Danckaerts M, Grietens H, et al. Pilotproject: het aanbod van een intensieve klinische behandeling voor delinquente jongeren met een psychiatrische problematiek. Jaarverslag onderzoeksequipe 2006. Leuven: UZ Leuven /KU Leuven; 2006.
4. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies inzake het ontwerp van samenwerkingsakkoord met betrekking tot jongeren met een psychiatrische problematiek die een delict hebben gepleegd. Brussel; 2006.
5. Cour des comptes. La politique de placement des jeunes dans les institutions publiques de protection de la jeunesse. Bruxelles; 2020.
6. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies m.b.t. de uitbouw van een GGZ-programma voor kinderen en jongeren Brussel; 2011.
7. Cappon L. Minderjarigen met een psychiatrische problematiek op de jeugdrechtbank: Genomen maatregelen.: U-Gent; 2015.
8. Colins O, Vermeiren R, Vreugdenhil C, van den Brink W, Doreleijers T, Broekaert E. Psychiatric Disorders in Detained Male Adolescents: A Systematic Literature Review. The Canadian Journal of Psychiatry. 2010;55(4):255-63.



9. Fazel S, Doll H, Långström N. Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(9):1010-9.
10. Granski M, Javdani S, Anderson VR, Caires R. A Meta-Analysis of Program Characteristics for Youth with Disruptive Behavior Problems: The Moderating Role of Program Format and Youth Gender. *American Journal of Community Psychology*. 2020;65(1-2):201-22.
11. Borschmann R, Janca E, Carter A, Willoughby M, Hughes N, Snow K, et al. The health of adolescents in detention: a global scoping review. *The Lancet Public Health*. 2020;5(2):e114-e26.
12. Beaudry G, Yu R, Långström N, Fazel FS. An Updated Systematic Review and Meta-regression Analysis: Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020.
13. Livanou M, Furtado V, Winsper C, Silvester A, Singh SP. Prevalence of Mental Disorders and Symptoms Among Incarcerated Youth: A Meta-Analysis of 30 Studies. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2019;18(4):400-14.
14. Colins O, Vermeiren R, Schuyten G, Broekaert E. Psychiatric Disorders in Property, Violent, and Versatile Offending Detained Male Adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2009;79(1):31-8.
15. Devlieger E, Verschuere B. Jeugddelinquentie en psychische klachten. Een studie met de herziene Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI-2) bij Vlaamse delinquente jongens. *Psychologie en Gezondheid*. 2010;38(3):138-42.
16. Hoffmann E, Jadot D, Hoffman D, Van Audenaeye J, Grajek G, Joiret E, et al. Psychiatric problems and juvenile delinquency: scientific links support calls for innovative management, Belgium. In: *Mental health resources for young offenders. European comparative analysis and transfer of knowledge*. Brussels: International Juvenile Justice Observatory (IJJO); 2011.
17. Goedseels E, Ravier I. Recente ontwikkelingen in het Belgische jeugdrecht. *Justice et sécurité – Justitie en veiligheid*. 2020;15.
18. Vandenbroeck P, Dechenne R, Becher K, Van den Heede K, Eyssen M, Geeraerts G, et al. The organisation of mental health services for children and adolescents in Belgium: development of a policy scenario. Brussel: KCE; 2012.
19. Cour des comptes. L'hébergement des jeunes dans le cadre de l'aide à la jeunesse. Communauté française. Bruxelles; 2016.
20. Rekenhof. Crisisjeugdhulp. Analyse van niet-beantwoorde hulpvragen. Verslag van het Rekenhof aan het Vlaams Parlement. Brussel; 2018.
21. Kinderrechtencommissariaat. Jaarverslag 19-20. Laat kinderrechten nooit meer in lockdown gaan. Vlaams Parlement; 2020.
22. Gilbert E, Mahieu V, Goedseels E, Ravier I. Onderzoek naar de beslissingen van jeugdrechters/jeugdrechtbanken in MOF-zaken. Brussel: Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie; 2012.
23. Decoene S, Danckaerts M, Vandevelde S, Vanderplasschen W. Geblokkeerde ontwikkelingstrajecten bij jongeren. Beheersen, interveniëren, voorkomen. Jongerenwelzijn; 2018.
24. Minotte P, Donnay JY. Les situations « complexes ». État des lieux et pistes de travail concernant la prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères. Institut Wallon pour la Santé Mentale; 2010.
25. Moriau J. L'impossible prise en charge des jeunes à la limite de l'aide à la jeunesse et de la psychiatrie. *Journal du droit des jeunes*. 2004;233:17.



26. Minotte P. Les situations "complexes" : Etat des lieux et pistes de travail concernant la prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères. *Confluences*. 2011;26(Juin):18-20.
27. Debruyne C. Meer continuïteit nodig in zorg voor kwetsbare jongeren. *Zorgwijzer*. 2018;85.
28. Van Boxstael J. 'Ik kan niet aanvaarden dat kinderen opgroeien in mensonwaardige omstandigheden'. *Sociaal.Net*. 2020(10/11/20).
29. Bogaerts N. Jongeren met een complexe problematiek moeten te lang wachten op de juiste hulp. *Sociaal.Net*. 2021.
30. Ackaert L, Cnudde H, Schoevaerts I, Van Rumst S, Vrijens C. Gewoon complex. Jongeren met complexe problematieken en hun ouders en professionals aan het woord. Brussel: Kinderrechtencommissariaat; 2021.
31. Kinderrechtencommissariaat. Jaarverslag 18-19. Kinderen willen écht gehoord worden. Vlaams Parlement; 2019.
32. Cardon M. Des paroles de jeunes placés en I.P.P.J. aux questionnements des professionnels Bruxelles: Université Libre de Bruxelles; 2013.
33. Van den Steene H. Joining perspectives on collaborative care between child and adolescent psychiatry and child welfare to address multiple and complex needs in adolescent girls: a participatory action research. University of Antwerp; 2019.
34. Herz DC. Understanding the Use of Mental Health Placements by the Juvenile Justice System. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2001;9(3):172-81.
35. Breda CS. Offender Ethnicity and Mental Health Service Referrals from Juvenile Courts. *Criminal Justice and Behavior*. 2003;30(6):644-67.
36. Vlaamse Vereniging Kinderpsychiaters. De zorgjongeren van de gemeenschapsinstellingen: Over oneigenlijke plaatsingen en kinderen jeugdpsychiatrie. Knack. 2010.
37. Coene R. De rechtspositie van jongeren in de forensische psychiatrie. Gent: UGent; 2017.
38. Lernout E. Het beslissingsproces en de kennisbasis van Vlaamse jeugdrechters: tussen beslissen en berusten. UGent; 2018.
39. Jongerenwelzijn. Evaluatierapport betreffende het centraal aanmeldpunt voor plaatsing in de gemeenschapsinstellingen en het gesloten federaal centrum De Grubbe. 2013.
40. Roevens E, Op de Beeck L, Pleysier S, Put J, Van Regenmortel T, Hermans K, et al. Evaluatie van het decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2020.
41. Taylor A, Leys M. Jongeren met een complexe gedragsproblematiek in Nederlandstalige voorzieningen in Brussel en West-Vlaams-Brabant.: VUB; 2013.
42. Joachim M. Collaborations intersectorielles : Carences, tensions et malentendus. *BIS bruxelles informations sociales*. 2012(166/167):20-41.
43. Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg - Werkgroep Wachtlijden. Wachten op psychische hulp. De lengte en beleving van wachtlijden in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. 2020.
44. Fleurent L. La déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse en opposition à sa médicalisation : la médicalisation et la déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse sont-elles au service des besoins de l'enfant?". Université catholique de Louvain; 2019.
45. Federale overheidsvolksgesondheid veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. 2015.



46. Segers J. Nouveau code de l'aide à la jeunesse : Priorité donnée à la prévention. Flash Accueil. 2019;37:29-30.
47. Dormont T. « Ton visage me plaît pas et c'est quoi le problème ?! » Usage du projet éducatif individualisé dans l'aide à la jeunesse et problématisation de la relation : Quels enjeux pour l'aide spécialisée ? Ecrire le social. 2019;1:15.
48. Decruynaere F. Wet op gedwongen opname klaar voor actualisering. Vermaatschappelijking en herstelvisie leggen nieuwe klemtonen. Zorgwijzer. 2019.
49. Keersmaekers M. Competenties van jongeren in forensische jeugdpsychiatrie versterken en bekrachtigen. Verbetervoorstellen voor Karus op basis van vergelijkend onderzoek. Leuven: UC Leuven Limburg Moving Minds; 2019.
50. Van Damme L, Colins O, Vanderplasschen W. Vervulling van basisbehoeften bij meisjes voor en na een verblijf in een gemeenschapsinstelling. Welzijn. 2020;31(1):29-33.
51. Cappon L, Vander Laenen F. Gehoord worden is nog geen inspraak: perspectieven van minderjarigen en ouders op de beslissingen genomen door de jeugdrechter. Tijdschrift Jeugd- en Kinderrechten. 2015.
52. Hoge Gezondheidsraad. Participatie van kinderen en jongeren binnen het domein van de Geestelijke Gezondheidszorg. Brussel; 2019.
53. Neyens M. Contouren van een cliëntenforum in de jeugdhulp. Brussel: Cachet; 2019.
54. Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (COMSMEA). Memorandum COMSMEA-COMGGKJ. 2019.
55. Vandeurzen J. Contouren voor een doeltreffende zorg voor jongeren met een complexe meervoudige problematiek samenwerking tussen jeugdhulpvoorzieningen, gespecialiseerde GGZ en jeugdmagistraten. 2014.
56. Hoge Gezondheidsraad. Kinderen en jongeren: gedragsstoornissen in context. Brussel; 2011.
57. Adriaenssens P, Danckaerts M. Ping pong over kinderpsychiatrie en jeugdzorg. Blog VVK. 2015.
58. Hoge Gezondheidsraad. Klinische orthopedagogiek in België Brussel: Hoge Gezondheidsraad; 2017.
59. Tremmery S, Danckaerts M. Eindverslag overeenkomst 'Samenwerking tussen de VZW Z.org KU Leuven en de gemeenschapsinstelling de Grubbe'. Leuven: UPC KU Leuven; 2016.



COLOFON

Titel:	For-K, Forensisch-psychiatrische Intensieve behandel eenheden voor justitiële jongeren: Aanbod, gebruik en behoefte – Synthese
Auteurs:	Patriek Mistiaen (KCE), Marie Dauvrin (KCE), Christophe De Meester (KCE), Céline Pouppez (KCE), Imgard Vinck (KCE)
Facilitator:	Christophe Janssens (KCE)
Redactie synthese:	Patriek Mistiaen (KCE), Christophe De Meester (KCE), Peter Raeymaekers (Lyragen bv), Karin Rondia (KCE)
Reviewers:	Jolyce Bourgeois (KCE), Justien Cornelis (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Christophe Janssens (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Externe experts & stakeholders	Gino Ameye (Karus); Sarah Assabah (Fachbereich Jugendhilfe-Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft); Damien Bael (Centre Régional de soins Psychiatriques "Les Marronniers"); Veronique Bauffe (la Kapeline (UTA-UTI)); Nathalie Bavastro (COCOF - Service de la santé); Alexandre Beine (Maison d'ADOS AREA+, Epsilon asbl); Stijn Beirens (Agentschap Opgroeien); Emel Bergsoj (« Bru-Stars », Réseau bruxellois en santé mentale pour enfants et adolescents); Séverine Blandiaux (AVIQ); Samia Bounab (Les Brasiers); Anne Bourgeois (Nationale Commissie voor de Rechten van het Kind); Thomas Braet (Agentschap Opgroeien); Wouter Braet (College van de hoven en rechtbanken); Anne-Marie Broux (Service de Protection de la Jeunesse de Huy); Rebecca Buisseret (Service de l'inspection pédagogique des IPPJ et des EMA); Sandra Caers (La Cité Joyeuse); Olivier Caillet (SPF Santé); Marie-Emmanuelle Carabin (IPPJ de Fraipont); Peter Casteur (Agentschap Opgroeien); Charlene Caty (CFWB); Anne Chabeau (CFWB - Fédération Wallonie-Bruxelles - SAJ Verviers); Christèle Charlet (Aviq); Inge Claes (Rechtbank van Eerste Aanleg Antwerpen); Bruno Claessens (Agentschap Opgroeien); Nicole Clarembaux (CFWB - administration); Pascale Constant (UTI de Liège); Rebecca Cools (Hagewinde); Nathalie Cooremans (Tribunal de la famille et de la jeunesse du Brabant wallon); Kathleen Coppens (Bru- Stars: Réseau bruxellois en santé mentale pour enfants et adolescents); Régine Cornet d'Elzies de Peissant (SPF Justice - FOD Justitie, Union Francophone des Magistrats de la Justice - UFMJ); An Coucke (gemeenschapsinstelling De Grubbe - Everberg); Déborah Cuignet (Cabinet de la Ministre Bénédicte Linard); Aurore Dachy (SOS enfants); Samuel Dalaidenne (IPPJ St-Hubert); Florent David (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Paul De Bock (FOD Volksgezondheid); Lieve De Buck (Jeugd- en familierechter rechtbank eerste aanleg Oost-Vlaanderen); Guy De Clercq (CFWB - Fédération Wallonie-Bruxelles - Service de l'aide à la Jeunesse de Mons); Tony De Clippele (ZNA - UKJA - ForK, Pangg 0-18); Christine De Corte (ASSTER, Sint-Truiden, Provinciaal Netwerk); Eric De Doncker (CFWB - IPPJ de Wauthier-Braine); Laetitia De Fays (Service général des IPPJ et des EMA); Letitia De Fays (cfwb); Dominique De Fraene (ULB); Bart De Greef (UPC KU Leuven); Kathleen de Marneffe (La Clairière-Vivalia); Jan De Ridder (Agentschap Opgroeien); Raf De Rycke (Broeders van Liefde); Bart De Smet (Universiteit Antwerpen / Parket Hof van Beroep te Antwerpen); Didier De Vleeschouwer (Kirikou); Julie De Witte (Agentschap Opgroeien); Emmanuel Debecker (UC Louvain); Geert Decock (Unie van Jeugdadvocaten); France



Dehareng (ISOSL); Anne Dekeyser (CFWB); Benjamin Delaunoit (Centre Régional de soins Psychiatriques Les Marronniers); Didier Delbart (CFWB - Braine le château AGAJ); Jean-Marie Delcommune (A.G.A.J); Marianne Delord (CFWB); Maximilien Delsarte (CRP Les Marronniers); Philippe Delvaux (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Anja Demasure (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Marie-Noëlle Derèse (Substitut du procureur du Roi à Bruxelles); Gerald Deschietere (UCLouvain); Valérie Devis (Fédération Wallonie-Bruxelles Aide à la Jeunesse); André Donnet (l'Union francophone des magistrats de la jeunesse; Tribunal de la famille et de la jeunesse du Brabant wallon); Claire-Anne Dupont (CFWB - Bruxelles, Service de la protection de la Jeunesse de Bruxelles); Sofiane El Haik (Cabinet de la Ministre Bénédicte Linard); Tom Elen (Agentschap Opgroeien); Stéphanie Ergo (CFWB - Bruxelles); Georges Estevny (La Cité Joyeuse); Koen Everaert (OPZ Geel); Willi Filz (Netzwerkkoordination im Bereich der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen); Daisy Flossy (VGC); Nadine Forthomme (IPPJ de Fraipont); Anne François (Bru- Stars: Réseau bruxellois en santé mentale pour enfants et adolescents); Elke Frans (Agenstschap Zorg en Gezondheid); Angélique Franssen (UTI de Liège); Jean-Pierre Frennet (CFWB); Valérie Gengoux (SPF Justice -FOD Justitie); Noemie Gérard (la Kapeline (UTA-UTI)); Caroline Geuzaine (Réalism (Liège)); Valentine Godeau (Pédopsychiatre responsable de la Kapeline (UTA-UTI)); Jean-Pierre Gorissen (SPF Santé Publique et de la chaine alimentaire); Jean-Louis Grede (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Rudy Guillaume (Rhéseau); Nele Haedens (Afdeling Ondersteuningscentra Jeugdzorg en Sociale diensten jeugdrechtbank); Julie Helson (Substitut du procureur du Roi à Bruxelles); Camille Henkinbrant (Juge de la jeunesse Tournai); Jo Holsbeek (FOD Volksgezondheid); Charlotte Horemans (Kabinet Minister Elke Van den Brandt); Bernard Jacob (SPF Santé Publique et de la chaine alimentaire); Sébastien Jaffrée (la Kapeline (UTA-UTI)); Tine Jaspers (Medisch Centrum St.-Jozef); Sabrina Kaut (Kliniek St Josef, St Vith); Cedric Kemseke (WINGG); Florence Laboureur (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Martine Lahou (OPZ Geel); Annie Lambrecht (Karus); Toon Langeraert (RADAR - Netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren Oost-Vlaanderen); Miguel Lardennois (Cabinet de la Ministre Barbara Trachte et du Ministre Alain Maron); Michèle Laurent (Archipel); Marleen Laureys (Hagewinde); François Leclercq (Cabinet de la Ministre Morreale); Harmen Lecok (Kabinet De Block); Delphine Leersnyder (Centre Régional de soins Psychiatriques Les Marronniers); Vincent Lefebvre (SPF Santé); Damien Lermiaux (CHR Citadelle_REALISM - Réseau Enfants Adolescents Liège Santé Mentale); Erik Leurs (Karus_Branding); Gina Lipkens (OPZ Geel); Liselotte Lowagie (gemeenschapinstelling de Zande - campus Wingene); Ilse Machtelincx (PC Gent-Sleidinge); Catherine Mailleux (Juge au TPI du Luxembourg, Division Marche en famenne); Bénédicte Mareschal (Parquet du Procureur du Roi de Liège); Magda Massoels (Agentschap Opgroeien); Amandine Masuy (Rhéseau); Cécile Mathys (Université de Liège; Faculté de droit, science politique et criminologie); Michèle Meganck (Juge de la Jeunesse à Bruxelles, Secrétaire de l'UFMJ); Françoise Menil (Tribunal de la famille et de la jeunesse du Brabant wallon); Sofie Merlevede (VIVES); Vanessa Mertens (Les Brasiers); Ingrid Mertes (Kliniek St Josef, St Vith); Allal Mesbahi (Service général des IPPJ et des EMA); Ann Moens (Zorgnet-Icuro); Thierry Moreau (UC Louvain); Nicolas Mortier (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Suzanne Moyen (Service de Protection de la Jeunesse de Namur); Françoise Mulkay (Adm. Générale de l'Aide à la Jeunesse); Leila Nadji (De Patio); Terryn Nathalie (SPF Santé Publique et de la chaine alimentaire); Margit Nemeth (SPFB, COCOF Santé mentale CAT Réseau); Raphael Noiset (Cabinet Glatigny); Eva Nouwen (Agentschap Opgroeien); Lucien Nouwynck (SPF Justice); Sarah Paquet (Ministerium der



Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens); Jean-Philippe Paternostre (I.P.P.J. de Jumet); Jean-Paul Pavanello (Tribunal de la jeunesse); Sabrina Pedulla (Area+); Olivier Peene (PZ Heilige Familie); Nele Pelgrims (Agentschap Opgroeien); Bruno Piccinin (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Laura Piraprez (Gouvernement de la Communauté germanophone); Sarah Pire (IPPJ Saint-Servais); Emilie Plusquin (IPPJ St-Hubert); Muguet Poncelet (Fédération Wallonie-Bruxelles Aide à la Jeunesse -spj Neufchateau); Nathalie Raes (Karus_Branding); Pierre Rans (SPF Justice); Chrystel Raulier (CHP Chêne aux Haies); Florence Remacle (Service de Protection de la Jeunesse de NAMUR); Bénédicte Renaux (Service de Protection de la jeunesse de Nivelles); Genevieve Robesco (SPF Justice); Ruth Romberg (Klinik St Josef, St Vith); Andres Saavedra Ulloa (Cabinet de la Ministre Caroline Desir); Karolien Samyn (Agentschap Opgroeien); Melanie Schafer (Parquet Eupen); Erik Schoentjes (Ugent); Reiner Schwall (Klinik St Josef, St Vith); Patrick Scuvie (CHR Citadelle); Angelique Semail (CFWB); Christiaan Smolders (Agentschap Opgroeien); Yves Stevens (UTI de Liège); Ilena Strzoda (I.P.P.J. de Jumet); Tine Suykerbuyk (jeugdrechtbank Brussel; Unie van Nederlandstalige Jeugdmagistraten); Juan Tecco (la Kapeline (UTA-UTI)); Marie Thonon (Cabinet de Valérie Glatigny); Elien Timmerman (De Patio); Hélène Titelion (service de protection de judiciaire NAMUR); Philippon Toussaint (Administration générale de l'aide à la jeunesse); Barbara Truyers (Archipel); Johan Tuerlinckx (Agentschap Opgroeien); Veerle Umans (Ligant); Anita Vaassen (IPPJ Saint-Servais); Ann Van der Speeten (Yuneco Vlaams Brabant); Karin Van der Straeten (Délégué général de la Communauté française aux droits de l'enfant); Mélanie Van Gils (CFWB - Bruxelles); Sarah Van Grieken (OPZ Geel; Vlaamse Vereniging Kinder- en Jeugdpsychiatrie); Karen Van Oosterwijck (UPC KU Leuven); Sofie Van Rumst (Kinderrechtencommissariaat); Ellen Van Vooren (Kenniscentrum Kinderrechten vzw (KeKi)); Catherine Vander Putten (Service de Protection de la Jeunesse de Namur); Pierre Vanderlinck (CAP Les Maronniers); Christine Vandermeulen (Epsilon); Jens Vanlanker (Sociale dienst Jeugdrechtbank Antwerpen); Marleen Vanlouwe (Rechtbank van eerste aanleg Oost-Vlaanderen); Jean-Francois Velge (Tribunal de la Jeunesse de Bruxelles); Sylvie Venneman (Agentschap Opgroeien); Yvonne Verheugen (Klinik St Josef, St Vith); Mélanie Veronesi (CFWB - Fédération Wallonie-Bruxelles); Jakob Verstele (UPC KU Leuven); Jan Vervaeke (PCGS afdeling Ydam); Sophie VilainXIII (Aviq); Anne Wallemacq (Parquet du Procureur du Roi de Liège); Liesbeth Watteyn (Agentschap Opgroeien); Karolien Weemaes (FOD Volksgezondheid DG Gezondheidszorg); Didier Wégimont (UTI de Liège); Christine Wilmart (Area+); Eric Wilmart (IPPJ St-Hubert)

Scientific Advisory Board :

Marina Danckaerts (Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven – Z.org KU Leuven); Amaury de Terwangne (Amaury de Terwangne Christophe Stenmans Avocats); Dirk De Waele (FOD Justitie); Dirk Deboutte (voormalig Universiteit Antwerpen); Eric Delhay (l'Union francophone des magistrats de la jeunesse); Etienne Joiret (CHJT - Centre Hospitalier Jean Titeca); Daniel Neves Ramos (ZNA); Johan Put (KU Leuven); Isabelle Ravier (Institut National de Criminalistique et de Criminologie); Philippe Vandaele (Jeugdrechtbank Rechtbank van eerste aanleg Antwerpen); Rachel Wickert (Minds et Motion)

Externe validatoren:

Alain Malchair (Université de Liège); Stefaan Pleysier (Leuvens Instituut voor Criminologie (LINC), KU Leuven, Faculty of Law); Bie Tremmery (Praktijk de Boskeet)



Acknowledgements:	Célia Primus (KCE)
Gemelde belangen:	Alle experts en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie, forensische jeugdpsychiatrie. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict.
Layout:	Ine Verhulst
Cover:	Linker foto : https://www.pexels.com/@jibarofoto
Disclaimer:	<ul style="list-style-type: none">• De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.• Vervolgens werd een (finale) versie aan de validators voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidstelsel tussen de validators. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.• Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).• Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.
Publicatiedatum:	21 april 2021 (2nd print), 1st print: 20 april 2021
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Adolescent Psychiatry; Forensic Psychiatry
NLM classificatie:	WS 463;
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2021/10.273/05
ISSN:	2466-6432
Copyright:	De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties .





Hoe refereren naar dit document?

Mistiaen P, Dauvrin M, De Meester C, Pouppez C, Vinck I. For-K, Forensisch-psychiatrische Intensieve behandel eenheden voor justitiële jongeren: Aanbod, gebruik en behoefte – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2021. KCE Reports 339As. D/2021/10.273/05.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.