



Samenwerking tussen kinder- en jeugdpsychiatrie, jeugdhulp en gemeenten essentieel

Onderzoek naar aanleiding van het
overlijden van een jeugdige

Utrecht, juni 2019

Melding: 101659

Dit is een uitgave van:

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Samenwerking tussen
kinder- en jeugdpsychiatrie,
jeugdhulp en gemeenten
essentieel

Onderzoek naar aanleiding van het
overlijden van een jeugdige

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van een onderzoek dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft ingesteld naar aanleiding van het overlijden van een jeugdige door suïcide in een JeugdzorgPlus-instelling in Gelderland.

Voordat de inspectie ingaat op de uitkomsten van het onderzoek, betuigt zij haar medeleven aan de ouders en naasten van de jeugdige.

Daarnaast stelt de inspectie voorop dat uit de gesprekken met de medewerkers een grote betrokkenheid bij de jeugdige is gebleken. Er worden weliswaar in dit onderzoek verbeterpunten geconstateerd, maar dat neemt niet weg dat de medewerkers zich hebben ingezet om de jeugdige zo goed mogelijk te begeleiden en behandelen. Vanuit grote zorgen over de veiligheid van de jeugdige zijn maatregelen genomen met als doel de jeugdige te beschermen. Het overlijden van de jeugdige heeft tot grote verslagenheid geleid bij de betrokken medewerkers.

Dit onderzoek laat zien dat bij de hulpverlening aan de jeugdige geen sprake is geweest van een integraal hulpaanbod. Er was sprake van twee van elkaar gescheiden werelden, de kinder- en jeugdpsychiatrie en JeugdzorgPlus, in dit geval Herlaarhof en Ottho Gerhard Heldringstichting, waarbij beiden weinig kennis van elkaar hadden en niet of onvoldoende samenwerkten. De jeugdige kampte met complexe problematiek waarbij het belangrijk was om maatwerk te bieden in de behandeling en begeleiding. De gemeente heeft een belangrijke rol bij het tot stand brengen van maatwerk en passende hulp voor jeugdigen.

In het actieplan “De best passende zorg voor kwetsbare jongeren”¹ wordt een visie en plan geschetst om de zorg voor jeugdigen die tijdelijk dwang nodig hebben te verbeteren. De betrokken partijen hebben zich verbonden aan de uitvoering van dit plan. Onderliggende casus onderstreept het belang van dit actieplan en de uitvoering van de hier in beschreven veranderopgaven.

¹ Het actieplan ‘De best passende zorg voor kwetsbare jongeren’ is een gezamenlijk plan van de brancheorganisaties Jeugdzorg NL, GGZ NL, VOBC en VGN, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), het ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, het Nederlands Jeugd Instituut, beroepsorganisaties NIP, NVvP, NVO, BPSW en het ministerie van VWS.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	4
1.1 Aanleiding en belang	4
1.2 Het onderzoek	5
1.3 Leeswijzer	6
2 Conclusies inspectieonderzoek	7
2.1 Conclusies	7
2.2 Aanbevelingen en vervolg	9
3 Verloop hulpverlening	11
3.1 Voorgeschiedenis	11
3.2 Plaatsing OGH	13
4 Bevindingen inspectie	15
4.1 Besluit overplaatsing en overdracht door Herlaarhof	15
4.2 De geboden hulp door OGH	20
Bijlage 1 De uitvoering van het onderzoek	22
Bijlage 2 Toetsingskader	24

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

De Commissie Meldingen Jeugd, waarin de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) en de Inspectie Justitie en Veiligheid gezamenlijk de meldingen in het kader van de Jeugdwet behandelen, ontving half november 2018 van de Ottho Gerhard Heldringstichting (hierna: OGH) een melding van de suïcide van een jeugdige². De jeugdige verbleef sinds drie weken met een machtiging gesloten jeugdzorg bij OGH. Daarvóór werd de jeugdige sinds oktober 2017 behandeld bij Herlaarhof, waar de jeugdige afwisselend ambulante behandeling kreeg of was opgenomen in een open of gesloten groep.

Herlaarhof

Herlaarhof is een centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie gevestigd in Vught. Herlaarhof is een onderdeel van Reinier van Arkel, een instelling gericht op de volle breedte van de psychiatrie. Herlaarhof biedt diagnostiek en verschillende vormen van behandeling aan jeugdigen met complexe psychiatrische problematiek en hun gezinnen. Behandeling kan op diverse manieren worden geboden: via ambulante (gezins)begeleiding, poliklinische behandeling, dagbehandeling of opname op de kliniek. Daarnaast beschikt Herlaarhof over een High Intensive Care (HIC) afdeling waar kortdurende gesloten behandeling geboden wordt.

OGH

OGH biedt specialistische hulp aan jeugdigen en gezinnen die te maken hebben met meervoudige complexe gedragsproblemen en psychiatrische problemen. OGH is onderdeel van de CONRISO groep waarbinnen zeven zelfstandige stichtingen hun hulpverlening, kennis en middelen bundelen. OGH biedt behandeling in zowel een open als gesloten setting. Als de gedragsproblemen leiden tot hoge veiligheidsrisico's en er een machtiging voor JeugdzorgPlus is uitgesproken door een kinderrechter, dan worden jeugdigen behandeld in een gesloten behandelgroep. OGH start de behandeling bij JeugdzorgPlus met een stabilisatie- of observatieperiode van ten minste zes weken. Daarna besluit OGH wat (intern) de meest passende vervolgplek is.

Gemeente 's-Hertogenbosch

Sinds 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van jeugdhulp en jeugdbescherming. De gemeente 's-Hertogenbosch heeft zes sociaal wijkteams die vallen onder haar verantwoordelijkheid. Deze teams werken volgens een 'regiemodel'. Het sociaal wijkteam voert de regie bij gezinnen of jeugdigen met meervoudige complexe problematiek waarbij regie op ondersteuning noodzakelijk is.

² De inspecties hanteren de neutrale aanwijzing 'de jeugdige' om privacyoverwegingen.

Hierbij biedt de medewerker van het sociaal wijkteam niet zelf hulp, maar regelt hij samen met de jeugdige en diens gezin de juiste hulp en ondersteuning en ziet toe op het behalen van vooraf opgestelde doelen. De sociaal wijkteams hebben daarnaast een rol bij de toegang tot gespecialiseerde hulp en langdurige basishulp.

1.2 Het onderzoek

Conform artikel 11 van de *Leidraad Meldingen Jeugd* van de Commissie Meldingen Jeugd besluiten de inspecties tot een eigen onderzoek als de calamiteit het overlijden betreft van een jeugdige, die op grond van een rechterlijk besluit gedwongen in geslotenheid verblijft (zoals in een justitiële jeugdinrichting, een instelling voor JeugdzorgPlus of op een afdeling met een Bopz-aanmerking). De bepaling in de leidraad komt voort uit de jurisprudentie op grond van artikel 2 van het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. Gezien de ernst van de calamiteit en de setting waarin jeugdigen in de geslotenheid verblijven, acht de inspectie het ook vanuit maatschappelijk oogpunt van belang om een onafhankelijk onderzoek uit te voeren.

De inspectie richtte zich in het onderzoek, naast de als laatst betrokken aanbieder OGH, ook op de andere ketenpartners die betrokken waren bij de hulpverlening aan de jeugdige. Daarbij onderzocht de inspectie hoe het besluit tot overplaatsing en het traject van overplaatsing door Herlaarhof naar OGH heeft plaatsgevonden en wat daarbij de rol van de gemeente was.

Het onderzoek en toetsingskader

De inspectie verzocht OGH en Herlaarhof om een reconstructie van hun betrokkenheid bij de hulpverlening aan de jeugdige. Zij gebruikte de resultaten hiervan bij de vormgeving en inrichting van het inspectieonderzoek. Het onderzoek van de inspectie richtte zich op de vragen: Hoe was de kwaliteit van de hulpverlening aan de jeugdige? Was er sprake van (structurele) tekortkomingen rond het onderdeel suïcidepreventie?

Om zich een oordeel te vormen gebruikte de inspectie het VHJ (Verantwoorde Hulp voor Jeugd) kerninstrument "module suïcidepreventie", dat is gebaseerd op de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (risicotaxatie en ketenzorg).

Onderzoeksmethode en onderzoeksperiode

Het onderzoek bestond uit een gesprek met de ouders, het bestuderen van de reconstructies van Herlaarhof en OGH, het verrichten van dossieronderzoek en het voeren van gesprekken met betrokken medewerkers. De inspectie richtte zich in het onderzoek met name op de periode vanaf de betrokkenheid van Herlaarhof (oktober 2017) tot aan het overlijden van de jeugdige (november 2018). Een volledig overzicht van de onderzoeksactiviteiten is weergegeven in bijlage 1.

Mede dankzij de medewerking van alle betrokkenen kreeg de inspectie een duidelijk beeld van het handelen van de medewerkers bij OGH, Herlaarhof en de gemeente in deze ingrijpende casus. De gesprekken met de medewerkers waren open en kritisch, waarbij dilemma's en gemaakte afwegingen door de betrokken medewerkers werden toegelicht. De inspectie waardeert daarnaast het openhartige en informatieve gesprek met de ouders en de zus van de jeugdige. Dit droeg er toe bij dat een zo evenwichtig mogelijk beeld van het handelen van de betrokken organisaties is ontstaan.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijft de inspectie de conclusies van het onderzoek. Hoofdstuk 3 bevat de beschrijving van de casus en het verloop van de hulpverlening. Hoofdstuk 4 bevat de bevindingen van de inspectie.

In bijlage 1 staat een overzicht van de onderzoeksactiviteiten en in bijlage 2 is het toetsingskader toegevoegd.

2 Conclusies inspectieonderzoek

In dit hoofdstuk geeft de inspectie haar conclusies en aanbevelingen weer. In hoofdstuk 4 volgt een nadere onderbouwing van de conclusies.

2.1 Conclusies

De inspectie concludeert dat Herlaarhof, OGH en de gemeente 's-Hertogenbosch onvoldoende (in gezamenlijkheid) gezorgd hebben dat er passende hulp was voor de jeugdige. Vanuit goede intenties en zorgen over de veiligheid van de jeugdige zijn de direct betrokken medewerkers gaan handelen, waarbij een goede reflectie met daarbij aandacht voor het perspectief van de jeugdige miste.

Deze conclusie volgt uit een aantal deelconclusies:

1. De medewerkers van Herlaarhof en OGH boden intensieve hulp en steun aan de jeugdige.

Onderbouwing

Binnen Herlaarhof is een aantal medewerkers continu betrokken gebleven bij de jeugdige om zo een vertrouwensband van de behandelaars tot stand te brengen. Medewerkers van zowel Herlaarhof als OGH toonden veel inzet om de jeugdige zo goed mogelijk te begeleiden en behandelen. Herlaarhof heeft daarbij veel verschillende typen hulpaanbod ingezet en beide organisaties spanden zich in om een passend signaleringsplan voor de jeugdige tot stand te brengen. De problematiek van de jeugdige maakte het lastig om tot een juiste aanpak te komen, maar de inzet van de medewerkers is steeds hoog geweest.

2. Herlaarhof, OGH en de gemeente 's-Hertogenbosch hanteerden een aanbodgerichte aanpak in plaats van passende hulp die uitgaat van de vraag van de jeugdige en diens gezin.

Onderbouwing

Op verschillende momenten in de hulpverlening zijn standaard werkwijzen gevolgd en is niet gezocht naar maatwerkoplossingen gericht op de draagkracht, problematiek en behoeften van de jeugdige en diens gezin. Herlaarhof en de gemeente 's-Hertogenbosch hebben de bestaande mogelijkheden die er zijn in de regio om passende hulp te organiseren niet benut. De gemeente 's-Hertogenbosch gaf hierbij onvoldoende invulling aan haar regietaak. Een belemmerende factor hierbij was het ontbreken van continuïteit van zorg binnen het wijkteam door onderbezetting. Hierdoor kwam geen overleg tot stand waarbij alle betrokken medewerkers konden afwegen welke mogelijkheden er waren en wat de gemaakte keuzes zouden betekenen voor de jeugdige. Dit was het meest zichtbaar op het moment dat de jeugdige werd overgedragen vanuit Herlaarhof (via GGZ Breburg) naar OGH. Wat de impact van een dergelijke overplaatsing was op de jeugdige en wat dit betekende voor diens problematiek is uit het oog verloren.

Daarnaast is zichtbaar dat tijdens het verblijf bij OGH op diverse momenten onvoldoende is gedacht vanuit de jeugdige. Er werden keuzes gemaakt vanuit de algemene werkwijze van de observatie- en behandelgroep, bijvoorbeeld ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen, het opleggen van een tijdelijk aangepast programma en de contacten die de jeugdige met ouders mocht hebben. De vraag wat deze jeugdige nodig had en wat helpend kon zijn voor de jeugdige is daarbij niet voldoende gesteld.

3. De continuïteit van de door Herlaarhof en OGH geboden hulp was onvoldoende.

Onderbouwing

Overplaatsingen zijn niet wenselijk, omdat dit de continuïteit van de hulpverlening in de weg kan staan. Bij deze jeugdige woog dit extra zwaar gelet op diens problematiek. Bovendien werd voor de overplaatsing naar JeugdzorgPlus gebruik gemaakt van een gastplaatsing bij GGZ Breburg, waardoor de jeugdige in zeer korte tijd twee overplaatsingen heeft meegemaakt.

Als een overplaatsing niet vermeden kan worden, dan is het belangrijk dat een warme overdracht plaatsvindt om zo de continuïteit van zorg te waarborgen. Bij de jeugdige vond een warme overdracht niet plaats. Hierdoor is de kennis van de kinder- en jeugdpsychiatrie en de JeugdzorgPlus te weinig samengebracht om zo een optimale behandeling voor de jeugdige tot stand te brengen.

4. Het (suicide)risico van de jeugdige werd binnen Herlaarhof onvoldoende systematisch ingeschat.

Onderbouwing

De inschatting van het risico op suicide vond onvoldoende op gestructureerde wijze plaats. De afwegingen die door de psychiaters werden gemaakt waren onvoldoende navolgbaar, zodat bij een nieuwe afweging van het suïciderisico de voortgang onvoldoende kon worden bewaakt.

5. Binnen OGH is deskundigheidsbevordering op het gebied van suicidepreventie en psychiatrische problematiek onvoldoende.

Onderbouwing

Te weinig medewerkers zijn geschoold op het gebied van suicidepreventie. Daarnaast vraagt de kennis van medewerkers over psychopathologie om verbreding of verdieping nu zichtbaar is dat de doelgroep binnen de JeugdzorgPlus verschuift van gedragsproblematiek naar meer psychiatrische problematiek. In deze casus betrof het specifiek de combinatie van een autisme spectrum stoornis en stemmingsproblematiek. De complexiteit van de doelgroep vraagt ook om continue reflectie op de passendheid van de personele bezetting.

2.2 Aanbevelingen en vervolg

Aanbevelingen voor Herlaarhof:

- Zorg voor een eenduidige en systematische inschatting van het suïciderisico. Bewaak dat het suicideprotocol wordt gevolgd en bespreek dit regelmatig binnen het behandelteam. Onderzoek of de instrumenten passend zijn voor geplaatste jeugdigen.
- Onderzoek de mogelijkheden om zelf passende hulp of meer integrale hulp te bieden in plaats van jeugdigen die een ander aanbod nodig hebben over te plaatsen. Benut de mogelijkheden die hiervoor bestaan, zoals het overleg passende hulp, het civiel trajectberaad of het inzetten van externe consultatie via het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) of het kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP).
- Organiseer voorafgaand aan een overplaatsing een overleg met de vervolginstelling over wat een jeugdige nodig heeft en bespreek daarbij of de vervolginstelling dat kan bieden voor die individuele jeugdige. Zoek daarbij naar de meest passende hulp voor de specifieke jeugdige.
- Zorg bij overplaatsing naar een andere instelling voor het zowel mondeling als schriftelijk overdragen van de beschikbare informatie over een jeugdige, zoveel mogelijk in een warme overdracht waarbij ook ouders betrokken worden.
- Bied na overplaatsing naar een andere instelling actief aan om in de eerste periode mee te denken over de hulp aan een jeugdige en op grond daarvan een inschatting te maken van het opbouwen van vrijheden en het omgaan met veiligheidsrisico's.
- Vergroot het leer- en ontwikkelvermogen van Herlaarhof over de JeugdzorgPlus door personeel uit beide sectoren met elkaar mee te laten lopen.

Aanbevelingen voor OGH:

- School alle medewerkers op het gebied van suïcidepreventie. Medewerkers die jeugdigen met complexe problematiek begeleiden, dienen opgeleid te zijn in het signaleren van suïcidaal gedrag en in de preventie van suïcide.
- Zorg voor deskundigheidsbevordering over psychiatrische problematiek in het algemeen en de combinatie van een autistisch spectrum stoornis met stemmingsproblematiek in het bijzonder.
- Betrek ouders en het netwerk zoveel mogelijk bij de hulp. Weeg per situatie af welke mogelijkheden passend zijn. Sta bijvoorbeeld meer bezoeken en telefonische contacten toe als dat helpend is bij de behandeling van een jeugdige.
- Weeg per individuele jeugdige af wat passend is rondom vrijheidsbeperkende maatregelen als consequentie van bepaald gedrag. Verval niet te snel in het opleggen van standaard consequenties, maar onderzoek wat het meest passend is voor individuele jeugdigen.
- Handel niet alleen reactief bij suïcidaal gedrag, maar evalueer ook regelmatig met het betrokken team, waarbij aandacht is voor *triggers* van het gedrag en de vraag wat de jeugdige nodig heeft en of de medewerkers dit kunnen bieden.
- Weeg bij de personele inzet op een groep de zwaarte van de problematiek van de geplaatste jeugdigen mee.
- Vergroot de kennis van OGH over collega-instellingen in de kinder- en jeugdpsychiatrie en onderzoek de mogelijkheden om meer samen te werken.

Aanbevelingen voor de gemeente 's-Hertogenbosch:

- Zorg voor een betere invulling van de regiefunctie. Leg samenwerkingsafspraken met aanbieders schriftelijk vast en bespreek deze periodiek, zowel intern als extern.
- Zorg ook bij crisis of spoedplaatsingen voor voldoende en multidisciplinaire reflectie op de problematiek van de jeugdige en het aanbod dat hierbij past. Maak afspraken wanneer een casus ingebracht moet worden op het overleg passende hulp en het overleg civiel trajectberaad. Wijs iemand aan die monitort of zaken tijdig worden ingebracht. Onderzoek daarbij bij een spoedcasus wat er mogelijk is om los van de tweewekelijkse overlegmomenten toch een aanbod voor maatwerk te creëren.
- Laat altijd een interne evaluatie plaatsvinden bij ernstige calamiteiten. Onderzoek daarbij of verbetermaatregelen getroffen moeten worden en bewaak deze via een *plan-do-check-act* cyclus.
- Zorg voor voldoende bezetting en de juiste deskundigheid binnen het sociaal wijkteam. Monitor de caseload van medewerkers om de werkdruk en het volgen van de eigen werkprocessen te kunnen bewaken.

De inspectie verwacht van OGH en Herlaarhof een verbeterplan te ontvangen gericht op de hierboven genoemde aanbevelingen. De gemeente 's-Hertogenbosch zit op dit moment in een verbetertraject naar aanleiding van een onderzoek door het Verwey-Jonker Instituut³. De inspectie verwacht dat bovenstaande aanbevelingen worden meegenomen in dit verbetertraject. De inspectie beoordeelt of de verbeterplannen voldoende concreet, ambitieus, volledig en realistisch zijn en volgt de uitvoering van de verbetermaatregelen.

³ Casuonderzoek ketensamenwerking 's-Hertogenbosch. Een onderzoek naar de ketensamenwerking rond kwetsbare huishoudens.

3 Verloop hulpverlening

Dit hoofdstuk bevat een samenvatting van het verloop van de hulpverlening aan de jeugdige.

3.1 Voorgeschiedenis

Begin 2017 kreeg de jeugdige te kampen met een psychische aandoening. Via de school van de jeugdige werd de GGD ingeschakeld en werd gezocht naar passende hulp. In de zomer van 2017 kreeg de jeugdige korte tijd ondersteuning van Opdidakt⁴. Er vond geen diagnostiek plaats, maar er werden wel signalen gezien van een mogelijke gedragsstoornis. De jeugdige werd bij een aantal andere zorgaanbieders ingeschreven. De hulpverlening kwam echter niet direct op gang vanwege bestaande wachtlijsten.

3.2 Herlaarhof

Start hulpverlening door Herlaarhof

In het najaar van 2017 trok de school opnieuw aan de bel in verband met aanhoudende zorgen over de psychische gesteldheid van de jeugdige. Er vond een gesprek plaats bij Herlaarhof. Er leek op dat moment geen sprake te zijn van een concreet of direct gevaar voor de veiligheid of gezondheid van de jeugdige. Herlaarhof maakte de inschatting dat opname niet noodzakelijk was. Er is wel gestart met intensieve begeleiding.

Er was sprake van wekelijkse ondersteunende gesprekken met een behandelcoördinator van de polikliniek van Herlaarhof. Deze gesprekken hebben gedurende de hele periode waarin Herlaarhof hulp verleende aan de jeugdige plaatsgevonden, met uitzondering van een periode in het voorjaar van 2018. De jeugdige was toen opgenomen op de open behandelgroep.

Eind 2017 verslechterde de situatie van de jeugdige waardoor de jeugdige voor enkele weken werd opgenomen op een gesloten crisisafdeling van Herlaarhof, ook wel de HIC (High intensive care) afdeling. Tegelijkertijd werd hulp door Herlaarhof in de thuissituatie opgestart, namelijk Intensive Home Treatment (IHT). Dit heeft geduurd tot begin 2018. Onderdeel van de IHT was psycho-educatie door middel van de methode 'Brainblocks'. Tevens werd gestart met systeemtherapie. Ook hier was aandacht voor psycho-educatie. De systeemtherapie is doorgelopen tot het einde van de betrokkenheid van Herlaarhof.

⁴ Opdidakt Groep is een landelijke organisatie met 30 vestigingen. Opdidakt doet onderzoek naar leerontwikkeling en naar gedrags- en ontwikkelingsproblemen. Daarnaast biedt Opdidakt diverse vormen van begeleiding op didactisch en sociaal-emotioneel gebied.

Ook werd er diagnostisch onderzoek gedaan. Naast een psychische aandoening, kwam naar voren dat de jeugdige kampte met een ontwikkelingsstoornis. Nader onderzoek bleek nog nodig om te beoordelen welke therapie passend zou zijn. De jeugdige werd al wel op een wachtlijst geplaatst voor een bepaalde therapie. De inschatting was dat deze therapie begin 2018 zou kunnen starten. Op dat moment werd al wel gestart met medicamenteuze behandeling.

Kort nadat de jeugdige weer thuis ging wonen verslechterde de situatie opnieuw. Dit leidde eind 2017 tot een korte opname van enkele nachten op de HIC van Herlaarhof.

Begin 2018 werd door middel van psychodiagnostisch onderzoek geconcludeerd dat de inzet van de therapie waarvoor de jeugdige op de wachtlijst stond, op dat moment niet haalbaar was gezien de problematiek van de jeugdige. Er werd gestart met intensieve ambulante gezinsbegeleiding (IAG) door een vaste ambulante begeleider en de jeugdige startte met muziektherapie. De ambulante begeleiding was gericht op psycho-educatie en het verbeteren van de thuissituatie. Het betrof een tijdelijke module die aanvankelijk in de zomer van 2018 zou stoppen, maar uiteindelijk werd verlengd tot na de zomer. De ambulante begeleider had wekelijks contact met de jeugdige en vormde een constante factor in de behandeling.

In februari 2018 deed de jeugdige een suïcidepoging. Hiervoor werd de jeugdige opgenomen in het ziekenhuis en opvolgend op de HIC van Herlaarhof.

Opname open behandelgroep

Vanuit de HIC werd de jeugdige geplaatst op een open behandelgroep van Herlaarhof. Daar heeft de jeugdige enkele maanden verbleven, hierdoor veranderde de jeugdige ook van school. Tijdens dit verblijf had de jeugdige regelmatig, in ieder geval wekelijks, contact met de ambulante begeleider van de IAG. Daarnaast werd door de begeleiding op de behandelgroep ook Brainblocks toegepast gedurende het verblijf van de jeugdige op de open behandelgroep. Vanuit het idee dat de ambulante begeleiding zou stoppen en er een nieuwe vorm van begeleiding gezocht moest worden, werd er een aanmelding bij het wijkteam van de gemeente 's-Hertogenbosch gedaan. Ook vond er wekelijks muziektherapie plaats.

Rond de zomer van 2018 dreigde de jeugdige zich een aantal keer te onttrekken aan toezicht en hulpverlening. Er werden afspraken met de jeugdige gemaakt over diens verblijf op de afdeling. In het kader van IAG werd hulp geboden om toe te werken naar terugkeer naar huis. Het lukte de jeugdige echter niet om zich te houden aan de gemaakte afspraken over het verblijf op de open groep. De jeugdige uitte tevens concrete suïcideplannen, waardoor het risico dat de jeugdige zichzelf in gevaar zou brengen, volgens betrokkenen, toenam. Herlaarhof constateerde dat de spanning toenam door de naderende terugkeer naar huis.

De jeugdige is in de zomer toch weer thuis gaan wonen. Het IHT-team werd op dat moment weer ingeschakeld.

Tijdens het verblijf thuis vonden tevens gesprekken plaats met de ambulante begeleider en ook de

ondersteuningsgesprekken vanuit de polikliniek waren weer gestart.

Overplaatsing

In het najaar van 2018 verslechterde de situatie van de jeugdige opnieuw. Na een incident op school werd de jeugdige naar de crisisafdeling van Herlaarhof gebracht. Op dat moment concludeerde Herlaarhof dat de behandelsetting die Herlaarhof kon bieden onvoldoende aansloot bij wat de jeugdige nodig had. Herlaarhof was van mening dat opname in een psychiatrische setting niet geïndiceerd was gezien de toename van de problematiek bij een eerdere opname. Ook speelde een rol dat een andere jeugdige was opgenomen op de HIC, waarmee de jeugdige een hechte vriendschap had, maar waarbij ook zichtbaar was dat de jeugdigen elkaars problematiek versterkten.

Hierop vroeg Herlaarhof aan de gemeente 's-Hertogenbosch om een spoedmachtiging voor opname binnen gesloten jeugdhulp aan te vragen voor de jeugdige. In afwachting van deze plaatsing heeft Herlaarhof voor de jeugdige een gastplaatsing geregeld binnen GGZ Breburg en heeft de jeugdige daar tijdelijk verbleven. Na bijna twee weken is de jeugdige geplaatst op een gesloten afdeling van de OGH.

3.3 Plaatsing OGH

De jeugdige werd na aankomst bij OGH gezien door de behandelcoördinator, waarbij onder andere aandacht is besteed aan het signaleringsplan van Herlaarhof. OGH heeft het dossier van de jeugdige van Herlaarhof ontvangen, maar er heeft geen warme overdracht plaatsgevonden. De vaste behandelcoördinator van de groep was op vakantie, waardoor deze taken werden overgenomen door een waarnemend behandelcoördinator. Wegens onduidelijkheid over de medicatie en de suicidaliteit van de jeugdige vond later op de dag een gesprek plaats met de psychiater, waar beleidsafspraken omtrent de jeugdige en over het toezicht in de nacht werden gemaakt.

De jeugdige werd binnen OGH geplaatst op een gesloten groep voor observatiediagnostiek en stabilisatie.

Na enkele dagen deed de jeugdige een suïcidepoging. De jeugdige hield zich niet aan non-suïcide afspraken en het beleid omtrent de jeugdige en het toezicht in de nacht werd daarom bijgesteld. In de dagen en weken daarna uitte de jeugdige zich meerdere malen suïcidaal.

Ruim twee weken na plaatsing binnen OGH vond het intakegesprek plaats. Daarbij waren de ouders, de jeugdige, de medewerker van het sociaal wijkteam van de gemeente 's-Hertogenbosch, een pedagogisch medewerker van de behandelgroep en de waarnemend behandelcoördinator aanwezig.

Tijdens het intakegesprek werd het eerste trajectbehandelplan besproken en vastgesteld. Het

doel voor de komende periode was het verkrijgen van een compleet diagnostisch beeld om zo te komen tot een passend behandeltraject en perspectief.

De afspraken over de jeugdige werden tussendoor regelmatig aangepast. De jeugdige kreeg na verloop van tijd weer enkele vrijheden, omdat de jeugdige wat vooruitgang liet zien.

Begin november 2018 vond er een gesprek tussen de jeugdige en de psychiater plaats. Het gesprek verliep volgens groepsleiding niet zoals de jeugdige wilde. Op de groep ontstond vervolgens een incident. Op grond daarvan kreeg de jeugdige een tijdelijke aanpassing programma (TAP) opgelegd voor vijf dagen. Deze TAP bestond uit een aangepast dagprogramma en het maken van reflectieopdrachten.

Op de dag van de suicidepoging die leidde tot het overlijden van de jeugdige oogde de jeugdige volgens de psychiater ontspannen. Anders dan normaal gesproken gebeurde, is de jeugdige die dag gedurende een langere periode buiten het zicht van de groepsleiding geweest. Het was de afspraak dat groepsleiding direct zicht hield op de jeugdige. De jeugdige mocht enkel kort op de kamer zijn om zich aan te kleden na het douchen. De jeugdige is buiten bewustzijn aangetroffen op de kamer en enkele dagen later in het ziekenhuis overleden.

4 Bevindingen inspectie

In dit hoofdstuk onderbouwt de inspectie de hoofdconclusies per aanbieder uit het onderzoek nader aan de hand van de verwachtingen uit het toetsingskader suïcide preventie (bijlage 2).

4.1 Herlaarhof

Signalering

Herlaarhof heeft uitgebreid diagnostisch onderzoek verricht bij de jeugdige om de problematiek van de jeugdige in beeld te krijgen, waaronder een DSM classificatie en beschrijvende diagnose. Het inschatten van het suïciderisico bleek in deze casus moeilijk, omdat de jeugdige teruggetrokken was in het contact en niet altijd openheid van zaken gaf. Op diverse momenten gedurende de hulpverlening is zichtbaar dat via een psychiatrisch consult werd ingeschat hoe hoog het suïciderisico was. Hierbij valt echter op dat de wijze waarop dit werd ingeschat niet eenduidig was.

Uit de dossierstukken blijkt dat bij het inschatten van de suïcidaliteit aandacht was voor beschermende factoren en voor risicofactoren. Deze inschatting heeft echter niet op gestructureerde wijze plaatsgevonden en de informatie rondom risicofactoren is versnipperd weergegeven in het dossier. Dit komt de navolgbaarheid van afwegingen niet ten goede. In het suïcideprotocol zijn een aantal instrumenten opgenomen die ingezet kunnen worden, zoals de suïcide-intent-schaal en een checklist voor het inschatten van suïcidaliteit. Deze instrumenten zijn niet ingevuld voor de jeugdige.

De jeugdige werd gedurende de behandeling door verschillende psychiaters gezien, omdat aan iedere afdeling een eigen psychiater is gekoppeld. De betrokkenheid van de psychiater was daardoor niet constant. Hierdoor ontstond het risico dat de hoogte van het suïciderisico voor een nieuwe psychiater niet goed navolgbaar was qua onderbouwing en er steeds weer opnieuw een inschatting werd gedaan zonder daarbij goed de voortgang of verandering te bewaken.

Behandeling

De inspectie is positief over de behandeling die door Herlaarhof is ingezet. Uit de gesprekken en het dossier blijkt dat sprake is van veel deskundigheid onder de medewerkers en dat veel typen hulp zijn ingezet, zoals muziektherapie, systeemtherapie en IAG, bij de begeleiding en behandeling van de jeugdige. Uit het behandelplan bleek veel aandacht voor het systeem rondom de jeugdige en de autisme spectrum stoornis van de jeugdige heeft eveneens passende aandacht gekregen.

De inspectie is echter kritisch over de overdracht vanuit Herlaarhof naar de JeugdzorgPlus. Herlaarhof heeft voor de plaatsing in de JeugdzorgPlus de indicaties en contra-indicaties afgewogen. Herlaarhof schatte onder andere in dat de jeugdige meer structuur en begrenzing nodig had en dat dit binnen de gesloten jeugdzorg geboden kon worden.

Daarnaast was Herlaarhof van mening dat opname in een psychiatrische setting niet geïndiceerd was gezien de toename van de problematiek bij een eerdere opname. Ook speelde een rol dat een andere jeugdige was opgenomen op de HIC waarmee de jeugdige een hechte vriendschap had, maar waarbij ook zichtbaar was dat de jeugdigen elkaars problematiek versterkten. Een ander argument voor Herlaarhof om de jeugdige over te dragen aan de JeugdzorgPlus was dat er weinig vooruitgang werd gezien in het behandeltraject van de jeugdige, waardoor de vertaalslag naar de thuissituatie onvoldoende lukte. Er is bij de afweging van de indicaties en contra-indicaties echter niet onderbouwd waarom de problematiek van de jeugdige binnen de JeugdzorgPlus niet ook zou toenemen.

Bij de overplaatsing vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie naar JeugdzorgPlus is daarnaast door Herlaarhof onvoldoende afgewogen wat de nadelen waren van deze overplaatsing voor de jeugdige en welke impact deze overplaatsing op de jeugdige zou kunnen hebben. Overplaatsingen zijn sowieso niet wenselijk, omdat dit de continuïteit van de hulpverlening in de weg kan staan. Bij deze jeugdige woog dit extra zwaar gelet op de problematiek. Bovendien werd voor de overplaatsing naar JeugdzorgPlus gebruik gemaakt van een gastplaatsing bij GGZ Breburg, waardoor de jeugdige in zeer korte tijd twee overplaatsingen heeft meegemaakt.

Herlaarhof heeft op dat moment niet onderzocht wat er nodig zou zijn om de kinder- en jeugdpsychiatrie wel passend te maken. De behandelaren waren van mening dat het plafond qua behandeling voor de jeugdige was bereikt. De behandelaren hebben, alvorens een overplaatsing te overwegen, geen andere deskundigheid betrokken, bijvoorbeeld het vragen van consultatie bij het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) of via het kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP). Ook is de jeugdige niet voorgedragen voor bespreking binnen het Overleg Passende Hulp of het overleg Civiel Trajectberaad bij de gemeente 's-Hertogenbosch. Er is vooral gedacht vanuit het aanbod dat de aanbieder heeft en de beperkingen die daarbij gelden in verband met de contractering vanuit de gemeente.

Samenwerking

De continuïteit van zorg is onvoldoende geborgd. Er is geen sprake geweest van een warme overdracht tussen Herlaarhof en OGH, waarbij de behandelaren van Herlaarhof hun ervaringen en de bijzonderheden van de jeugdige konden toelichten bij de nieuwe behandelaren van OGH. Als Herlaarhof besluit een jeugdige over te plaatsen, dan rust op Herlaarhof de verantwoordelijkheid om een volledig beeld over te dragen. De inspectie verwacht dat Herlaarhof zich er vervolgens van vergewist dat alle relevante informatie bij OGH is aangekomen. Beide organisaties hebben hierin hun eigen verantwoordelijkheid. Gezien de specialistische kennis van de medewerkers van Herlaarhof verwacht de inspectie daarnaast dat Herlaarhof gedurende de eerste periode na overplaatsing proactief samenwerking en consultatie aanbiedt om de continuïteit van de zorg te waarborgen.

Door Herlaarhof is wel geprobeerd om een warme overdracht tot stand te brengen, maar de instelling had hier proactiever in kunnen handelen toen OGH niet reageerde op dit initiatief. Zo is per e-mail aangeboden om het dossier telefonisch toe te lichten, maar toen geen reactie kwam vanuit OGH zijn daar geen verdere stappen in gezet. Een behandelaar waarmee de jeugdige binnen Herlaarhof een goede klik had, heeft nog geprobeerd om de jeugdige zelf te spreken om continuïteit qua begeleiding te bieden. Omdat de jeugdige binnen OGH niet over diens telefoon mocht beschikken, hebben deze telefoontjes de jeugdige echter nooit bereikt.

Ook valt op dat de ouders onvoldoende zijn betrokken bij de behandeling ten tijde van de overdracht. Zij zijn door Herlaarhof slechts summier geïnformeerd over wat JeugdzorgPlus in het algemeen en OGH in het bijzonder kon bieden aan de jeugdige.

Beleid

Alle medewerkers bij Herlaarhof zijn geschoold in de preventie van suïcide en zijn bekend met het beleid dat hiervoor is opgesteld. De inspectie constateert echter dat de suïcidale gedragingen van de jeugdige niet voldoende systematisch zijn geëvalueerd. Er is wel zichtbaar dat de psychiater de jeugdige heeft gezien na de suïcidepogingen, zoals de inname van de overdosis paracetamol en bij het weglopen richting het spoor. Wat echter mist, is aandacht voor welke *triggers* een rol spelen bij het gedrag van de jeugdige en een systematische analyse van het gedrag. De instrumenten die zijn opgenomen in het suïcideprotocol zijn niet ingevuld voor de jeugdige. Als reden hiervoor werd genoemd dat dergelijke instrumenten lastig zouden zijn omdat de jeugdige niet open stond voor contact. Er is echter ook niet op andere wijze geprobeerd deze instrumenten in te vullen, bijvoorbeeld door de ouders te betrekken of de psycholoog of ambulante begeleider waarmee de jeugdige een betere band had. Het beleid ten aanzien van suïcidepreventie is hierdoor onvoldoende gevolgd.

4.2 OGH

Signalering

In positieve zin constateert de inspectie dat binnen OGH door de psychiater en behandelcoördinator regelmatig het suïciderisico van de jeugdige is ingeschat en hier passende afspraken over zijn gemaakt met de medewerkers op de groep. Het suïcidale gedrag dat de jeugdige binnen OGH liet zien is echter niet of onvoldoende geëvalueerd. Bij suïcidaal gedrag van de jeugdige was er vooral aandacht voor de vraag of de beleidsafspraken nog toereikend waren. Er was onvoldoende tussentijds of doorlopend aandacht voor de vraag wat *triggers* waren voor het suïcidale gedrag en of en hoe de begeleiding vanuit behandelaren en groepsleiding kon worden aangepast. Er was, vanuit goede intenties en zorgen over de jeugdige, veel aandacht voor het veilig houden van de jeugdige waarbij onvoldoende is onderzocht wat er anders en beter kon in de behandeling.

Behandeling

De inspectie vindt het positief dat direct bij de start is begonnen met het werken met het signaleringsplan van Herlaarhof en dat deze meer passend is gemaakt voor de jeugdige. Aanvankelijk werd gewerkt met het signaleringsplan zoals opgesteld door Herlaarhof. Er werd echter informatie gemist over de momenten waarop het wel goed ging met de jeugdige en wat de krachten waren van de jeugdige. Dit is toegevoegd aan het bestaande signaleringsplan. Door de groepsleiding en de jeugdige werd samen een aangepaste versie opgesteld. Het signaleringsplan werd steeds toegepast als bij de jeugdige spanning zichtbaar was. Ook blijkt uit het dossier en de gesprekken dat regelmatig interdisciplinair overleg heeft plaatsgevonden over de jeugdige.

In het team van de observatie- en stabilisatiegroep was echter zichtbaar dat niet alle groepsleiders wisten hoe om te gaan met het gedrag van de jeugdige en hoe dit gedrag te duiden. Enkele medewerkers spraken de jeugdige aan op de gedragsmatige kant van het gedrag en stelden daarbij eisen aan de jeugdige, zoals het reflecteren op eigen gedrag, die voor de jeugdige in verband met de autisme problematiek en de depressie niet of moeilijk uitvoerbaar waren. De groepsleiding had extra sturing hierop nodig door de behandelcoördinator, maar deze sturing was door vakantievervangende meer op afstand dan normaal gesproken het geval zou zijn. Zo was de waarnemende behandelaar bijvoorbeeld niet aanwezig bij het overleg dat iedere ochtend plaatsvindt en bij het teamoverleg.

Een voorbeeld van het bovenstaande is dat een tijdelijk aangepast programma (TAP), met meer kamermomenten en reflectieopdrachten, werd ingezet als gevolg van een incident. Dit gedrag was echter bijzonder voor deze jeugdige. Er is geen nadere analyse uitgevoerd om te onderzoeken waarom op dat moment het gedrag zich voordeed. Nu is het gedrag geïnterpreteerd als oppositioneel en werd als gevolg daarvan een TAP ingezet. Dit sloot echter niet aan bij de afgesproken begeleiding van de jeugdige in het signaleringsplan en het trajectbehandelplan, waarbij de hulp uitgaat van begrip van de (autistische) stoornis en algemene regels voor deze jeugdige aangepast kunnen worden.

Op de dag van de suïcide was er sprake van een meningsverschil tussen twee medewerkers die samen de dienst draaiden. Het gevolg was dat een medewerker de groep verliet en de andere medewerker achterbleef met een uitzendkracht. De bezetting voldeed hiermee nog steeds aan de norm van OGH. De uitzendkracht had nooit eerder op deze groep gewerkt, waardoor telefoontjes en vragen van jeugdigen bij de ervaren medewerker terecht kwamen. De medewerker die de groep verliet heeft een manager betrokken die snel ter plaatse was. Er is echter verzuimd om tijdig een vervanger in te zetten vanuit de gedachte dat er twee medewerkers aanwezig waren op de groep. Hierbij is onvoldoende meegewogen dat de uitzendkracht niet eerder op de groep had gewerkt en dat de jeugdige vanwege het suïcidale gedrag om continu toezicht vroeg. Hierdoor kon het gebeuren dat de jeugdige, die altijd onder continu toezicht stond, zich gedurende twintig minuten buiten het toezicht kon begeven en een geslaagde suïcidepoging heeft kunnen doen. Er is wel sprake geweest van een intercomoproep vanaf de kamer. Deze oproep is echter onopgemerkt gebleven.

Samenwerking

Zoals eerder beschreven zijn de ouders door de OGH onvoldoende bij de behandeling betrokken en is de continuïteit van de zorg aan de jeugdige onvoldoende geborgd bij de overplaatsing van Herlaarhof naar OGH. De behandelaren binnen OGH hadden het standpunt dat een warme overdracht geen toegevoegde waarde had, omdat sprake was van een volledig dossier van Herlaarhof. Alleen als de voorgaande instelling veel initiatief neemt, vindt een warme overdracht plaats. Hieraan lag ook de aanname ten grondslag dat het niet gelukt was binnen de jeugd- en kinderpsychiatrie en de werkwijze van de JeugdzorgPlus nu gevolgd diende te worden. Hiermee is onvoldoende de kennis van de kinder- en jeugdpsychiatrie en de JeugdzorgPlus samengebracht om zo een optimale behandeling voor de jeugdige tot stand te brengen.

Een verbeterpunt is dat de OGH er niet altijd in slaagt om maatwerk te bieden maar veel meer een vaste structuur en standaard oplegt aan de jeugdigen. Gedurende het verblijf van een jeugdige wordt een fasering gevolgd, waarbij per fase een aantal beperkingen aan de jeugdigen worden opgelegd. Dit zijn ook beperkingen die zien op de mogelijkheden om contact te hebben met familie en het netwerk. Hierbij lijken met name jeugdigen die uit huis zijn geplaatst en geen gezonde relatie hebben met hun ouders als uitgangspunt te worden genomen. Er wordt hierbij onvoldoende per jeugdige afgewogen wat passend is bij de achtergrond en problematiek. Dit uit zich in strikte regels rondom zaken als het ontvangen van bezoek en het hebben van telefonisch contact. Hierdoor is in deze casus ook onvoldoende afgewogen hoe ouders, zussen en het netwerk een positieve bijdrage konden leveren.

Beleid

Ook bij OGH constateert de inspectie dat de suïcidale gedragingen van de jeugdige niet voldoende systematisch zijn geëvalueerd. OGH had aandacht voor de beleidsafspraken ten aanzien van de jeugdige, maar daarbij is onvoldoende tussentijds, na suïcidale gedragingen van de jeugdige, geëvalueerd wat de *triggers* van het gedrag waren. De medewerkers hebben onvoldoende gereflecteerd op de invloed van hun eigen handelen op de jeugdige.

Daarnaast heeft de deskundigheid op het gebied van suïcidepreventie en psychiatrische problematiek meer aandacht. Alle behandelcoördinatoren zijn geschoold in suïcidepreventie via de gatekeeperstraining. Daarnaast moet per team in ieder geval één medewerker de gatekeeperstraining volgen. Wat vervolgens de rol van de getrainde medewerker is, is echter niet vertaald naar de praktijk. Bij suïcidale jeugdigen zijn het vaak juist de groepsleiders die het gesprek voeren met de jeugdige. Zij hebben dagelijks contact met de jeugdige en de behandelcoördinator en de psychiater staan meer op afstand. Gelet op deze rolverdeling en op de toename van het aantal depressieve en suïcidale jeugdigen binnen de JeugdzorgPlus is de keus voor het trainen van één medewerker per team niet navolgbaar. Idealiter zou iedere medewerker getraind moeten zijn.

Binnen OGH wordt breed het beeld gedeeld dat sprake is van een verschuiving van de doelgroep. Er worden steeds meer jeugdigen binnen de JeugdzorgPlus behandeld, die voorheen in de kinder- en jeugdpsychiatrie behandeld zouden worden. Medewerkers geven aan dat de combinatie van stemmingsproblematiek en een autisme spectrum stoornis zeer complex is. Hierover is nu nog niet altijd voldoende deskundigheid aanwezig bij medewerkers. Dit vraagt daarom ook om een verbreding of verdieping van de kennis en expertise bij de medewerkers. De inspectie vindt het van belang dat medewerkers meer leren over de onderliggende problematiek dat het gedrag van de jeugdige veroorzaakt.

4.3 Gemeente 's-Hertogenbosch

Invulling regierol

De gemeente 's-Hertogenbosch heeft een belangrijke rol bij de toegang tot de jeugdhulp en speelt daardoor een cruciale rol bij het realiseren van passende hulp. Uit de werkafspraken van de gemeente 's-Hertogenbosch blijkt dat de medewerker van het sociaal wijkteam regie voert op de plaatsing van de jeugdige binnen JeugdzorgPlus. Hierover wordt gesteld dat er gestuurd dient te worden op de transformatiegedachte en op het zo kort mogelijk laten duren van de gesloten plaatsing. Deze regie is in de hulpverlening aan de jeugdige onvoldoende gevoerd. Dit komt mede doordat de wijze waarop de regiefunctie moet worden ingevuld door het sociaal wijkteam onvoldoende duidelijk is voor alle betrokkenen, zowel binnen Herlaarhof als binnen het sociaal wijkteam van de gemeente.

Inzet passende hulp

Als een overplaatsing onvermijdelijk is, dan is het belangrijk om een passende vervolgplek te vinden die past bij de specifieke jeugdige. Aan deze vraag is onvoldoende aandacht besteed. Er is een vervolgplek gezocht binnen de JeugdzorgPlus via het coördinatiepunt JeugdzorgPlus Zuid. Hierbij kan een eerste en tweede voorkeur worden aangegeven, maar in de praktijk is vooral bepalend welke instelling een leeg bed heeft en niet welke instelling het meest passend is bij de jeugdige. Met name als de route van een spoedplaatsing wordt gevolgd, gaat het vooral om de vraag welke JeugdzorgPlus-instelling een leeg bed heeft. Ouders hadden voorkeur voor een instelling die gespecialiseerd is op het gebied van autisme of voor een JeugdzorgPlus instelling met een autismegroep. Deze opties zijn door de gemeente ten tijde van de plaatsing bij OGH niet of onvoldoende onderzocht, doordat sprake was van een spoedplaatsing.

Daarnaast zijn de mogelijkheden die er binnen de gemeente zijn voor het realiseren van passende hulp onvoldoende benut. Zo bestaan er twee overlegstructuren die ingezet kunnen worden bij complexe problematiek en bij een overplaatsing naar JeugdzorgPlus: het civiel trajectberaad en het overleg passende hulp. Het civiel trajectberaad is een overleg dat is bedoeld om te overwegen of een plaatsing binnen JeugdzorgPlus past bij het toekomstperspectief van de jeugdige.

Het is een casusoverleg waarbij met de jeugdige zelf, met ouders en met andere betrokkenen gewerkt wordt aan een perspectief. In een beschrijving van het civiel trajectberaad vanuit de gemeente staat omschreven dat het de voorkeur verdient om een casus met de voorzitter van het civiel trajectberaad te bespreken op het moment dat er nog geen machtiging is aangevraagd maar wel in die richting wordt gedacht. Bij een spoedplaatsing wordt aangeraden om de casus zo snel mogelijk na de spoedplaatsing in te brengen. Het overleg passende hulp vindt iedere twee weken plaats en is gericht op vraagstukken voor maatwerk. Via het overleg kan een doorbraak geforceerd worden om zodoende te komen tot maatwerk. Volgens de gemeenten zijn er in de regio weinig langdurige psychiatrische residentiële plekken en via het overleg kan een alternatief gecreëerd worden. In het geval van de jeugdige zijn zowel het civiel trajectberaad als het overleg passende hulp niet ingezet.

Een reden dat deze overleggen niet plaatsvonden is volgens de gemeente het spoedkarakter van de overplaatsing. De gemeente had echter vanuit haar regierol en verantwoordelijkheid kunnen sturen op het doen plaatsvinden van deze overleggen om zo een passend hulpaanbod voor de jeugdige te realiseren. Een belemmerende factor daarbij was het ontbreken van continuïteit van zorg bij de gemeente. Veel medewerkers waren uitgevallen waardoor in de periode van de overplaatsing de betrokken medewerker de verantwoordelijkheid van deze casus vrijwel alleen moest nemen. Er werd bij deze casus binnen de gemeente onvoldoende hulp en ondersteuning geboden aan deze medewerker. Doordat de bezetting binnen het sociale wijkteam minimaal was, was de werkdruk hoog en werd het volgen van de eigen werkprocessen onvoldoende bewaakt.

Het is de inspectie tot slot opgevallen dat de gemeente 's-Hertogenbosch geen intern onderzoek of evaluatie heeft uitgevoerd naar aanleiding van deze casus. Er heeft enkel een overleg plaatsgevonden met de direct betrokkenen. Er is toen besloten geen intern onderzoek in te stellen, omdat de eerste inschatting was dat er geen sprake was van nieuwe verbeterpunten in relatie tot een lopend verbetertraject. Gelet op de rol van de gemeente had een eigen analyse van deze casus verwacht mogen worden om zo tot verbeterpunten te komen voor soortgelijke casuïstiek.

Bijlage 1 De uitvoering van het onderzoek

Voorafgaand aan het onderzoek bij Herlaarhof en OGH is een gesprek gevoerd met de ouders en de zus van de jeugdige.

De onderzoeksactiviteiten bij de jeugdhulpaanbieders bestonden uit dossieronderzoek en gesprekken met de medewerkers van OGH en Herlaarhof die betrokken waren bij de hulp/behandeling aan de jeugdige.

Bij Herlaarhof:

- interview met twee psychiaters;
- interview met twee GZ-psychologen;
- interview met een psycholoog;
- interview met een medewerker ambulante gezinsbehandeling;
- interview met twee Begeleiders B (pedagogisch medewerkers);
- interview met een teammanager;
- rondleiding op Herlaarhof.

Bij OGH:

- interview met een psychiater: dit is een psychiater die gedetacheerd is vanuit Karakter;
- interview met twee behandelcoördinatoren;
- interview met twee pedagogisch medewerkers en een uitzendkracht;
- interview met twee algemeen managers;
- een rondleiding op OGH.

Bij gemeente 's-Hertogenbosch:

- interview met de wijkteammedewerker van het sociaal wijkteam Rosmalen – Grootte Wielen – Vinkel - Nuland en een externe coach die inzetbaar is voor alle medewerkers van de sociaal wijkteams in 's-Hertogenbosch;
- interview met een beleidsmedewerker jeugdhulp (voormalig teamleider van het betrokken sociaal wijkteam) en met het afdelingshoofd sociaal domein.

Van alle gevoerde gesprekken zijn gespreksverslagen gemaakt, die zijn geaccordeerd door de gesprekspartners.

De volgende documenten zijn beoordeeld:

- reconstructie van de betrokkenheid door Herlaarhof;
- het dossier van Herlaarhof;
- dagrapportages en decursussen psychiater van Herlaarhof;
- drie behandelplannen van oktober 2018 en een behandelplan van maart 2018 van Herlaarhof;
- het suicideprotocol van Herlaarhof;
- intern onderzoek van OGH;
- het dossier van OGH;
- dagrapportages en decursussen psychiater van OGH;
- het basisdocument van oktober 2018 van OGH;
- tijdelijk aangepast programma van 06-11-2018 t/m 10-11-2018;
- verslagen tijdens de teamvergaderingen tijdens het verblijf de jeugdige bij OGH;
- documenten rondom het suicidepreventiebeleid van OGH;
- documenten van gemeente 's-Hertogenbosch over regievoeren in het sociaal wijkteam, werkproces JeugdzorgPlus en civiel trajectberaad;
- ingevulde LIRIK door het sociaal wijkteam.

Bijlage 2 Toetsingskader

VHJ Kerninstrument *Module suicide preventie*

1. Signalering	
1.1	In het dossier is het volledige psychiatrisch onderzoek weergegeven, waaronder suïcidale gedachten/gedrag.
1.2	In het dossier is een DSM classificatie en beschrijvende diagnose aanwezig.
1.3	Relevante risicotaxaties zijn in het dossier opgenomen.
1.4	Er is een structuurdiagnose opgesteld waarin de aard en ernst van de suïcidale toestand wordt beschreven in samenhang met psychiatrische aandoeningen, relevante risico- en beschermende factoren en de mate waarin de patiënt in staat geacht mag worden zijn of haar belangen te overzien en te waarderen.
1.5	De taxatie, structuurdiagnose en interventies zijn duidelijk vastgelegd in het dossier en goed te vinden in geval van nood.
1.6	De instelling heeft vastgelegd op welke momenten in de behandeling in elk geval een formele risicotaxatie dient plaats te vinden.

2. Behandeling	
2.1	Er is een actueel behandelplan. De doelen in het behandelplan zijn gekoppeld aan de hulpvraag en de resultaten van de risicotaxaties.
2.2	Er is een signaleringsplan (of veiligheidsplan) aanwezig, waarbij de patiënt en naastbetrokkenen zijn betrokken.
2.3	Er is een inschatting gemaakt van de veiligheid als een patiënt zich suïcidaal uit of gedraagt.
2.4	Hulpverleners zorgen voor continuïteit van zorg (verslaglegging, overdracht, vervolgafspraken).
2.5	De instelling heeft duidelijke afspraken over de wijze waarop, bij inschatting van verhoogd risico, door de verschillende disciplines gehandeld moet worden.

3. Samenwerking	
3.1	Naasten van patiënt zijn bij de diagnostiek en de behandeling van suïcidaal gedrag betrokken.
3.2	In de samenwerking in de keten is de continuïteit van zorg bij transfermomenten van de patiënt voldoende geborgd.
3.3	De instelling heeft duidelijke afspraken over de wijze waarop verwijzers en familie/naasten bij de risicotaxatie en de eventuele interventies worden betrokken. Ketenpartners worden geïnformeerd of betrokken bij een verhoogd suïciderisico.

4. Beleid	
4.1	Er is een suicide(preventie)beleid. Medewerkers werken hiermee.
4.2	Elke suicide(poging) binnen de instelling wordt op casusniveau met de direct betrokken medewerkers door een niet bij de behandeling betrokken deskundige (of in ieder geval voldoende objectief) geëvalueerd, met als doel te bepalen of er zowel zorginhoudelijk als organisatorisch zorgvuldig is gehandeld.
4.3	Er is sprake van voldoende professionele bij- en nascholing voor alle relevante disciplines op het gebied van suicidepreventie.

www.igj.nl