



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Casusonderzoek Zuid-Holland

Onderzoek na overlijden van een jeugdige

Utrecht, juli 2019

101755

Missie

Elk kind een veilig thuis en een gezonde ontwikkeling

Casusonderzoek Zuid-Holland

Onderzoek na 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 gesloten jeugdzorg instelling in Zuid-Holland.

De inspectie betuigt voordat zij ingaat op de uitkomsten van het onderzoek, haar medeleven aan de ouders, broer en zus en verdere naasten van de jeugdige.

Uit het onderzoek komt pijnlijk duidelijk naar voren dat langdurige jeugdhulp voor sommige jeugdigen niet tot een positieve uitkomst leidt. Dit ondanks alle goede bedoelingen en inspanningen van betrokken professionals. De jeugdige uit dit onderzoek is op jonge leeftijd uit huis geplaatst en heeft sindsdien een veelheid aan voogden en jeugdhulpvoorzieningen gezien. Er is te weinig stil gestaan bij de vraag wat dit voor de jeugdige betekende. Wie, behalve haar familie, kende deze jeugdige? Wie had een vertrouwensband met haar?

In deze casus zijn het vooral leeftijdgenoten geweest die de inspectie veel inzicht hebben gegeven in wie de overleden jeugdige was en wat schuilging achter haar veelal opgewekte gedrag. Het spreken van nabestaanden en jongeren die de jeugdige hebben gekend was zeer waardevol. Het gaf inzicht in hoe de jeugdige verlangde naar een thuis en in hoe de jeugdige zich voelde mede als gevolg van de vele overplaatsingen: eenzaam, het gevoel dat niemand haar wilde.

De inspectie roept alle gecertificeerde instellingen en jeugdhulpaanbieders op om te stoppen met het overplaatsen van jeugdigen. Organiseer passende hulp om de jeugdige heen in plaats van de jeugdige over te plaatsen naar weer een volgende instelling. Breng in kaart welke jeugdigen veelvuldig zijn overgeplaatst en wie steeds weer een andere (gezins)voogd kregen. Ga met deze jeugdigen en hun familie in gesprek over het perspectief en bepaal wat de jeugdige nodig heeft om een eind te maken aan de overplaatsingen. Neem hierbij de behoefte van de jeugdige als uitgangspunt en niet het bestaande aanbod. Zoek verder een vertrouwenspersoon voor deze jeugdige, die blijvend is in diens leven. Iemand die voor de jeugdige op kan komen en die echt diepgaand in gesprek gaat met de jeugdige, zodat iedere jeugdige kan ervaren dat hij of zij er niet alleen voor staat in het leven.

Het actieplan “De best passende zorg voor kwetsbare jongeren”¹ geeft handvatten voor het verlenen van passende hulp. 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.....	4
1.3	Leeswijzer.....	5
2	Conclusies inspectieonderzoek	6
2.1	Conclusies.....	6
2.2	Aanbeveling en vervolg	9
3	Casus en verloop hulpverlening.....	10
3.1	Voorgeschiedenis	10
3.2	Besluit overdracht.....	11
3.3	Plaatsing bij Midgaard	12
3.4	Wijziging perspectief	14
3.5	Opnieuw onzekerheid	15
4	Oordelen inspectie.....	17
4.1	LJ&R	17
4.2	Midgaard	18
	Bijlage 1 - De uitvoering van het onderzoek.....	21
	Bijlage 2 - Toetsingskader.....	22

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

De Commissie Meldingen Jeugd, waarin de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de Inspectie Justitie en Veiligheid gezamenlijk de meldingen in het kader van de jeugdwet behandelen, ontving in januari 2019 een melding van Horizon Jeugdzorg en Onderwijs, locatie Midgaard (hierna: Midgaard). De melding betrof de suicide van een jeugdige². De jeugdige verbleef met een machtiging gesloten jeugdzorg bij Midgaard en stond onder voogdij van de Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering (hierna: LJ&R).

Midgaard is een gesloten jeugdzorg locatie van Horizon Jeugdzorg en Onderwijs. Op Midgaard verblijven 54 jeugdigen van twaalf tot achttien jaar met gedrags- en ontwikkelingsproblemen. De gesloten jeugdzorg locatie bestaat uit zes behandelgroepen verdeeld over drie verdiepingen in het gebouw. Eén behandelgroep is specifiek voor jongens en één specifiek voor jeugdigen van twaalf tot en met veertien jaar. Naast specifieke zorg, vormt het bieden van een gestructureerde en veilige omgeving een belangrijk onderdeel van de behandeling. Op de locatie wordt ook onderwijs geboden.

LJ&R is een gecertificeerde instelling die landelijk werkt. LJ&R is opgedeeld in vier regio's. Bij jeugdbescherming staat de veiligheid van het kind en zijn ontwikkeling centraal. De doelgroep van LJ&R bestaat uit complexe gezinssystemen, gezinnen die zich verplaatsen over regio- en landsgrenzen. Een opeenstapeling van problemen en een belast verleden zorgen vaak voor meervoudige problematiek bij jeugdigen.

1.2 Het onderzoek

Conform artikel 11 van de *Leidraad Meldingen Jeugd, december 2018* besloten de inspecties tot een eigen onderzoek omdat de jeugdige die is overleden verbleef in een gesloten setting. De bepaling in de leidraad komt voort uit de jurisprudentie op grond van artikel 2 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) van het Europese Hof. Gezien de ernst van de calamiteit en de setting waarin de jeugdige verbleef, vonden de inspecties het vanuit maatschappelijk oogpunt van belang dat er onafhankelijk onderzoek plaatsvond. Dit is uitgevoerd door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: inspectie). Het onderzoek richtte zich op de als laatst betrokken aanbieder in de keten, Midgaard en de gecertificeerde instelling LJ&R.

² De inspectie hanteert de neutrale aanwijzing 'de jeugdige' om privacyoverwegingen. Dit doet echter geen recht aan de betrokkenheid die de inspecteurs zijn tegengekomen bij iedereen die zij in het kader van het onderzoek spraken.

Het onderzoek en toetsingskader

Midgaard en LJ&R hebben, op verzoek van de inspectie, een reconstructie van hun betrokkenheid opgesteld. De inspectie heeft de bevindingen uit deze reconstructies bij het uitvoeren van het onderzoek gebruikt. Het onderzoek van de inspectie richtte zich op de kwaliteit van de hulpverlening aan de jeugdige en op mogelijke (structurele) tekortkomingen hierin.

In dit rapport beoordeelt de inspectie het handelen van Midgaard en het handelen van LJ&R. Om zich een oordeel te kunnen vormen gebruikte de inspectie het toetsingskader VHH (Verantwoorde Hulp Jeugd, <http://toetsingskadervhj.nl>). Daarnaast gebruikte de inspectie het kerninstrument Module Suicide Preventie, dat is gebaseerd op de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (risicotaxatie en ketenzorg). Dit kerninstrument is opgenomen in bijlage 2.

Onderzoeksmethode en onderzoeksperiode

Het onderzoek bestond uit een gesprek met één van de ouders en de zus van de jeugdige, het opvragen en bestuderen van de reconstructies van Midgaard en LJ&R, het verrichten van dossieronderzoek, het voeren van gesprekken met betrokken professionals en het voeren van gesprekken met jongeren op Midgaard die de jeugdige goed hebben gekend. Het onderzoek van de inspectie naar deze calamiteit richtte zich voornamelijk op het laatste anderhalve levensjaar van de jeugdige (november 2017 tot aan het overlijden van de jeugdige in januari 2019). 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 professionals bij Midgaard en bij LJ&R in deze casus.

De gesprekken met de professionals waren open en kritisch, waarbij de betrokken medewerkers dilemma's en afwegingen hebben toe gelicht.

De inspectie waardeert de open en informatieve gesprekken met de ouder en de zus van de jeugdige en de gesprekken met de jongeren bij Midgaard. Deze droegen ertoe bij dat een zo compleet mogelijk beeld van het handelen van de betrokken organisaties ontstond.

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 relatie tot het toetsingskader kerninstrument Module Suicide Preventie (bijlage 2). In bijlage 1 staat een overzicht van de onderzoeksactiviteiten.

2 Conclusies inspectieonderzoek

In dit hoofdstuk geeft de inspectie haar hoofdconclusies weer. Naast een oordeel over de hulpverlening door Midgaard geeft de inspectie een oordeel over het handelen van LJ&R. In hoofdstuk 4 volgen de oordelen van de inspectie ten aanzien van de verwachtingen uit het toetsingskader kerninstrument Module Suicide Preventie.

2.1 Conclusies

Naar aanleiding van het toezichtonderzoek komt de inspectie tot de volgende vier hoofdconclusies:

1. LJ&R heeft onvoldoende gezorgd voor continuïteit in het leven van de jeugdige.

Onderbouwing

Continuïteit in de leef-en opvoedingssituatie is een onmisbare voorwaarde voor de ontwikkeling van een jeugdige. Het is LJ&R niet gelukt voor deze continuïteit te zorgen.

Er was sprake van grote discontinuïteit tijdens de gehele periode van hulpverlening. De jeugdige kreeg te maken met te veel overplaatsingen, te veel voogden en LJ&R zorgde onvoldoende voor een zorgvuldige en volledige informatieoverdracht.

Te veel overplaatsingen

De 14-jarige jeugdige woonde in haar leven op vijftien verschillende plekken, waarvan negen in de laatste drie en een half jaar. In de periode voorliggend aan de overplaatsing naar Zuid-Holland is de jeugdige vaak overgeplaatst. Bij stagnaties in de hulp is steeds gekeken naar wat in het hier en nu nodig was en is onvoldoende oog geweest voor het perspectief op de langere termijn. In de laatste drie en een half jaar is de hulp met name gericht geweest op het borgen van de fysieke veiligheid van de jeugdige door plaatsingen in de gesloten jeugdzorg. Dit ondanks dat de jeugdige herhaaldelijk liet zien zich hiertegen te verzetten en ondanks dat de behandeling bij deze gesloten plaatsingen niet aansloeg, mede door het sterke verlangen dat de jeugdige had naar wonen bij haar moeder.

LJ&R heeft weliswaar onderzocht welke andere mogelijkheden er waren, zoals een gezinshuis of een moeder-kind opname, maar is hierbij binnen de 'gebaande' kaders van het bestaande aanbod gebleven. LJ&R heeft niet creatief gekeken naar alternatieven of bijvoorbeeld de hulp ingeroepen van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) om mee te denken en te adviseren. Wel zijn de verschillende overwogen mogelijkheden met moeder en de jeugdige besproken. Als deze opties vervolgens niet doorgingen, zijn de jeugdige en moeder onvoldoende begeleid in het accepteren dat dit geen reële mogelijkheden waren. Hierdoor werden verwachtingen geschapen en daarmee hoop en werden de jeugdige en moeder herhaaldelijk teleurgesteld.

Te veel voogden

Voor LJ&R is het vinden en behouden van jeugdbeschermers een uitdaging binnen de krappe arbeidsmarkt. Er is daarmee sprake van veel verloop en wisselingen. Dit is zichtbaar in de hoeveelheid voogden, namelijk twaalf, die betrokken zijn geweest bij de jeugdige. In het laatste levensjaar van de jeugdige zijn bovendien vanuit de bureaudienst verschillende vervangende voogden betrokken geweest gedurende twee langere periodes van afwezigheid van de vaste voogd. Er is geen langdurige professional geweest in het leven van de jeugdige waar de jeugdige vertrouwd mee was. Ook is niet gezocht naar een andere volwassene als stabiele factor.

Onvoldoende informatieoverdracht

Bij de overplaatsing van Friesland naar Zuid-Holland is veel informatie verloren gegaan. Hierdoor werd opnieuw onderzoek verricht naar de mogelijkheid om bij moeder te wonen. Dit zorgde voor onduidelijkheid, onzekerheid, hoop en vervolgens teleurstelling bij de jeugdige en moeder toen dit niet verwezenlijkt werd. Hierna was bij de jeugdige de motivatie om het wel aangeboden perspectief te accepteren geminimaliseerd.

2. Binnen LJ&R is onvoldoende systeemgericht gewerkt

Onderbouwing

Naast de jeugdige stonden ook haar broer en zus onder voogdij van LJ&R. In de beslissingen die genomen zijn bij één van de jeugdigen heeft LJ&R onvoldoende meegewogen welke consequenties dit zou hebben voor de andere twee jeugdigen. Ook is onvoldoende aandacht geweest voor de communicatie over deze beslissingen richting de andere jeugdigen uit het gezin. Naar aanleiding van een diagnostisch onderzoek van juni 2017 is door een landelijk expertise- en behandelcentrum geadviseerd één lijn te trekken voor de drie jeugdigen en daarmee dezelfde boodschap af te geven aan moeder en jeugdigen wat betreft de omgang en het perspectief op wonen bij moeder. LJ&R heeft dit advies onvoldoende opgevolgd. De beslissing om de broer van de jeugdige bij moeder te laten wonen had een grote impact op de jeugdige. Hier heeft LJ&R onvoldoende aandacht voor gehad. Het was voor haar niet te begrijpen dat haar broer wel en zij niet bij moeder mocht wonen. Een terugval in het gedrag van de jeugdige en meer incidenten waren het gevolg.

De jeugdige had een sterke band met haar zus. De overplaatsing naar Zuid-Holland heeft ertoe geleid dat de jeugdige haar zus zes maanden niet had gezien. Ook verliepen de belmomenten tussen de jeugdige en de zus niet optimaal. LJ&R regio West heeft niet gestuurd op aandacht voor deze relatie zodat de (telefonische) contacten beter en frequenter verliepen.

3. LJ&R en Midgaard hadden geen compleet beeld van de problematiek van de jeugdige.

Onderbouwing

LJ&R en Midgaard hadden een incompleet beeld van de oorzaken van het gedrag van de jeugdige. Daardoor was er een onvoldoende passend behandelaanbod. Het gedrag van de jeugdige werd geduid als (externaliserend) instrumenteel gedrag. LJ&R en Midgaard hebben niet breder gekeken en gehandeld naar de oorzaken van het gedrag, ondanks de eerdere diagnose en de signalen van mogelijk psychiatrische problematiek dan wel suïcidale gedachten. LJ&R en Midgaard hebben onvoldoende gepoogd het gedrag van de jeugdige beter te begrijpen; te achterhalen welke emotionerende betekenis moeilijke situaties voor de jeugdige hadden. Zo is er geen analyse uitgevoerd op de incidenten en is de jeugdige nooit onderzocht door een psychiater.

Het laatste diagnostische onderzoek dat werd verricht door een landelijk expertise- en behandelcentrum dateert uit juni 2017. De hieruit voortgekomen diagnose in combinatie met het gedrag dat de jeugdige liet zien op Midgaard gaven naar de mening van de inspectie voldoende aanleiding om een risicotaxatie op het gebied van suïcide uit te voeren, een psychiater te betrekken en gezamenlijk tot een behandelvisie te komen.

Al eerder³ constateerde de inspectie tijdens een onderzoek naar een suïcide dat de kennis bij gesloten jeugdzorg aanbieders over psychiatrische problematiek onvoldoende is. Ook bij de behandeling van deze jeugdige lijkt dit het geval.

Opvallend in dit onderzoek is dat de jongeren om de jeugdige heen meer informatie hadden dan de professionals over de gedachten en gevoelens die schuilgingen achter het zichtbare gedrag van de jeugdige. Zo sprak de jeugdige met verschillende jongeren op verschillende momenten over het feit dat de jeugdzorg niet meer aan de jeugdige mocht verdienen. Tevens gaf de jeugdige bij de jongeren aan het leven niet meer zinvol te vinden en dood te willen.

4. Het leefklimaat bij Midgaard was ondanks positieve elementen onvoldoende ontwikkelingsgericht voor deze jeugdige.

Onderbouwing

Het leefklimaat binnen Midgaard was voor deze jeugdige onvoldoende ontwikkelingsgericht, ondanks het feit dat Midgaard aandacht had voor de talenten en krachten van de jeugdige. Gevoelens van wantrouwen jegens volwassen professionals belemmerden de jeugdige om te profiteren van de behandeling.

Binnen Midgaard is de jeugdige overgeplaatst van een groep voor jongere jeugd naar een groep met oudere jongeren. Het leefklimaat in deze groep was niet altijd helpend en ondersteunend voor het opbouwen van vertrouwen. Uit de klachten van de jeugdige en op basis van de gesprekken met

³ <https://www.igj.nl/zorgsectoren/jeugd/documenten/rapporten/2019/02/12/casusonderzoek-gelderland--onderzoek-na-suicide-van-een-jongere>

medewerkers en andere jeugdigen concludeert de inspectie dat de jeugdige een disbalans van machtsverhoudingen, te veel controle en grote afhankelijkheid ervaarde. Vrijheidsbeperkende maatregelen zoals een time out kamer beperkten zich bij de jeugdige niet alleen tot levensbedreigende situaties maar werden incidenteel ook ingezet als pedagogische maatregel. Hierdoor concludeert de inspectie dat het leefklimaat voor de jeugdige meer beheersmatig dan ontwikkelingsgericht was.

2.2 Aanbeveling en vervolg

Naast de verbeterpunten die volgen uit het niet voldoen aan de verwachtingen van het kerninstrument Module Suicide Preventie, waarvoor de inspectie verwijst naar hoofdstuk 4, komt de inspectie tot de volgende aanbevelingen op een meer overstijgend niveau:

Midgaard

- Neem het perspectief van de jeugdige structureel als uitgangspunt. Blijf in gesprek met jeugdigen over hun ervaringen en vraag door. Wees daarbij ook alert op de interactie tussen jeugdigen. Geef zoveel mogelijk gehoor aan wensen van een jeugdige, bijvoorbeeld als het gaat om telefonisch contact met belangrijke familie. Voorkom valse hoop en teleurstellingen: doe wat je zegt en zeg het pas als je het zeker weet. Zorg dat tussen zeggen en doen weinig tijd zit. Realiseer je dat overplaatsingen jeugdigen het idee kunnen geven dat niemand ze wil. Leg de reden/noodzaak voor een overplaatsing goed uit.
- Maak een plan ter bevordering van een ontwikkelingsgericht klimaat en het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen en vertaal dit naar het handelen op strategisch, tactisch en operationeel niveau.

LJ&R

- Ontwikkel een visie op hoe je als gecertificeerde instelling, met de huidige arbeidsmarkt als gegeven, kunt bijdragen aan het bieden van continuïteit in de leef- en opvoedingssituatie van een jeugdige. Betrek hierbij de jeugdigen, ouders, relevante ketenpartners en gemeenten en vertaal deze visie naar werkafspraken/een werkwijze;
- Ontwikkel een visie op hoe LJ&R alert blijft op systeemgericht werken: hoe dit zich verhoudt tot besluitvorming per jeugdige en communicatie hierover met het systeem;
- Organiseer de uitvoering van een kindbeschermingsmaatregel dusdanig dat een tijdige en volledige (dossier)overdracht geborgd is bij een overplaatsing. Borg daarbij specifiek aandacht voor het contact met gezinsleden/ het systeem en het perspectief van de jeugdige.

De inspectie verwacht van LJ&R en van Midgaard vóór 1 oktober 2019 een verbeterplan te ontvangen gericht op de hierboven genoemde aanbevelingen en tekortkomingen zoals vermeld in hoofdstuk 4. De inspectie beoordeelt of de verbeterplannen voldoende concreet, ambitieus, volledig en realistisch zijn en volgt de uitvoering van de verbetermaatregelen.

3 Casus en verloop hulpverlening

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

3.1 Voorgeschiedenis

De jeugdige werd in 2004 geboren in een gezin met een vader en een moeder. De jeugdige was het derde kind met een twee jaar oudere broer en één jaar oudere zus. De kinderen werden in 2006 uit huis geplaatst. Ruim drie jaar na de uithuisplaatsing van de drie kinderen, waarbij ze niet altijd bij elkaar woonden, werden ze samen geplaatst bij een (groot) pleeggezin. In 2011 werd het gezag over de kinderen beëindigd en LJ&R werd belast met de voogdij. Door het uitspreken van de voogdij werd duidelijk dat het perspectief 'niet meer thuis wonen' werd. Een langere periode van stabiliteit in het pleeggezin volgde.

Medio 2015 werd de jeugdige overgeplaatst van het pleeggezin naar een klinische behandelgroep in het noorden van het land doordat de jeugdige acting-out gedrag liet zien. De jeugdige gaf aan seksueel misbruikt te zijn in het pleeggezin. Moeder heeft destijds geprobeerd het gezag terug te krijgen met onder andere juridische stappen. Dit werd door de rechtbank afgewezen en moeder besloot in beroep te gaan.

In de eindevaluatie van de klinische behandelgroep werd een diagnose gesteld en het advies was te starten met traumabehandeling en cognitieve gedragstherapie. De jeugdige werd overgeplaatst naar een open behandelgroep in het noorden van het land. Hier was sprake van frequent weglopen, suïcidale uitspraken en escalaties die toenamen in ernst en frequentie. De jeugdige kon op deze momenten niet geremd worden in gedrag, ging uit contact, luisterde niet meer, keek de ander niet meer aan. Een machtiging gesloten jeugdzorg werd afgegeven en de dan twaalfjarige jeugdige werd overgeplaatst naar de gesloten jeugdzorg bij dezelfde jeugdhulpaanbieder. Na een gesloten plaatsing van vier maanden ging de jeugdige weer naar een open behandelgroep. Hier startte opnieuw een periode van weglopen en veel incidenten. Bij het weglopen verbleef de jeugdige in een negatief netwerk en was sprake van risicovol gedrag. In november 2017 volgde een gesloten jeugdzorgplaatsing bij een andere gesloten jeugdhulpaanbieder in het noorden van het land. Als onderbouwing refereerde de rechtbank aan de forse incidenten en het vele weglopen van de jeugdige.

In de zomer van 2017 rapporteerde een landelijk onderzoek - en behandelcentrum dat gevraagd was diagnostisch onderzoek te verrichten. Het advies was één beleid te voeren voor alle drie de kinderen uit het gezin zodat alle betrokken hulpverleners eenzelfde boodschap gaven. Door LJ&R werd vastgesteld dat het perspectief om alle kinderen samen te laten wonen op één plek vooralsnog te vroeg was. In deze periode rondde de Raad voor de Kinderbescherming (hierna:

RvdK) een onderzoek af naar herstel van het gezag van moeder. De RvdK adviseerde moeder niet te herstellen in het gezag. Dit onderzoek werd uitgevoerd in verband met het hoger beroep van moeder.

3.2 Besluit overdracht

Eind november 2017 vond een overleg plaats tussen gedragswetenschappers van de twee betrokken gesloten jeugdzorgaanbieders en LJ&R. De gedragswetenschappers van deze twee aanbieders stelden dat de behandeling van de jeugdige niet aansloeg door de sterke wens van de jeugdige om bij moeder te wonen. LJ&R besloot dat een plaatsing bij moeder niet aan de orde was. Het rapport van de RvdK onderschreef dit besluit. Er diende gekeken te worden wat dan wel een passend perspectief was voor de jeugdige.

Medio december 2017 volgde een voortgangsoverleg tussen de gesloten jeugdzorgaanbieder waar de jeugdige verbleef en de voogd van LJ&R. De behandeling sloeg nog steeds niet aan. Na herhaaldelijk overleg binnen LJ&R regio Noordoost met meerdere disciplines besloot LJ&R om over te gaan tot een gesloten plaatsing dicht bij moeder. Daarmee werd gedeeltelijk aan de wens van de jeugdige tegemoet gekomen en kwam wellicht ruimte voor behandeling bij de jeugdige. Daarnaast konden de jeugdige en moeder elkaar vaker zien en konden zij een actueel beeld krijgen van hun contactmogelijkheden.

In afwachting van een plek dicht bij moeder, kon de gesloten jeugdzorgaanbieder waar de jeugdige verbleef geen overbrugging bieden, onder andere door het woonplaatsbeginsel en het niet aanslaan van de behandeling. Een overplaatsing naar de gesloten jeugdzorgaanbieder waar de jeugdige al eerder verbleef volgde. Gedurende het verblijf op deze gesloten afdeling vond een aantal (wegloop) incidenten plaats. De RvdK bracht een strafadvies uit naar aanleiding van strafbare feiten gepleegd door de jeugdige tijdens enkele van deze incidenten. De RvdK verzocht beide zaken tegen de jeugdige te seponeren. De RvdK meldde dat het leek alsof de dertienjarige jeugdige de hoop op een beter leven had opgegeven.

Begin maart 2018 bekrachtigde het gerechtshof in het hoger beroep van moeder de beslissing dat moeder niet hersteld werd in het gezag.

De voogd van LJ&R regio Noordoost had contact met de toekomstige voogd in de regio West van LJ&R. Dit ging voornamelijk over praktische en logistieke zaken. Net voor een periode van langdurig verlof van de voogd in de regio Noordoost werd duidelijk dat de jeugdige op een groep bij Midgaard geplaatst kon worden.

3.3 Plaatsing bij Midgaard

Eind maart 2018 werd de jeugdige geplaatst op de groep voor twaalf tot en met veertienjarigen bij Midgaard in Zuid-Holland. Midgaard had een aantal documenten ontvangen in de overdracht. Deze documenten bevatten inhoudelijke informatie over de problematiek van de jeugdige maar de informatie was niet volledig en niet geactualiseerd. De documenten waren gedateerd rond oktober 2017. Er had geen warme of face to face overdracht plaatsgevonden tussen LJ&R regio Noordoost en Midgaard. Ook had er geen warme of face to face overdracht plaatsgevonden tussen LJ&R regio Noordoost en LJ&R regio West. Het doel en de afwegingen voor de plaatsing in het westen van het land was niet bekend bij Midgaard of LJ&R regio West.

Een gedragswetenschapper van Midgaard stelde op basis van de stukken een voorlopig perspectiefplan op. Een observatieperiode van zes weken volgde. Naast observaties op de groep en drie sessies psychomotore therapie, werden vragenlijsten en MyBoX⁴ ingezet om een beeld te krijgen van: de behandelmotivatie, de mate van trauma gerelateerd gedrag, de emotieregulatie-strategieën, de gedragsproblematiek, de sociale vaardigheden en het risico op seksueel grensoverschrijdend gedrag van de jeugdige. Midgaard heeft geen specifieke risicotaxatie uitgevoerd voor suicide. De jeugdige startte op school.

Tijdens de observatieperiode vond een aantal incidenten plaats. Deze werden per incident

*Groepsgeenoot:
"De jeugdige was soms
weg, als je tegen haar
praatte, dan keek de
jeugdige wel, maar
reageerde niet."*

multidisciplinair geëvalueerd om te bezien welke aanpak voor de jeugdige het beste werkte ter voorkoming van escalatie. Naast externaliserend gedrag viel op dat de jeugdige op momenten uit contact ging, ineen dook en weinig reactie gaf. Het lukte de jeugdige daarna om zelf te herstellen. Afsproken werd hoe om te gaan bij (fysiek) ingrijpen ter voorkoming van (nieuwe) traumatische ervaringen.

Midgaard belde de voogd begin april 2018 om een afspraak te maken voor een startgesprek. De voogd bleek nog niet op de hoogte dat de jeugdige al was overgeplaatst. Naast de jeugdige waren de voogd, moeder, de mentor en de betrokken gedragswetenschapper van Midgaard aanwezig bij het startgesprek. Tijdens het gesprek werd onder andere gesproken over het doel van de plaatsing. De jeugdige en moeder gaven aan dat het doel was om bij moeder te gaan wonen.

De voogd wist niet of dit klopte en verifieerde bij LJ&R regio Noordoost naar de achtergrond en het doel van de plaatsing. De voormalige voogd was met langdurig verlof en had de casus overgedragen naar een andere collega op een andere vestiging. Deze collega was slechts twee weken betrokken en had geen (actuele) kennis. De voogd belde met de mentor van de voormalige gesloten jeugdzorginstelling. Volgens de voogd bevestigde de mentor de informatie die de voogd van de jeugdige en moeder gekregen had. Hoewel de voogd en de betrokken

4 MyBoX is een onderdeel van de MASTER! methodiek die gebruikt wordt binnen Horizon Jeugdzorg en Onderwijs. Binnen de methodiek wordt gewerkt met verschillende boXen, waar MyBoX er een van is. Meer informatie: <https://www.horizon.eu/master/>

gedragwetenschapper het ongebruikelijk vonden dat er sprake was een plaatsing bij moeder in combinatie met voogdij, namen zij aan dat dit het doel was en stuurden om die reden aan op uitbreiding van de omgangsregeling. Pas later werd duidelijk dat wonen bij moeder door LJ&R regio Noordoost was beoordeeld als niet passend en niet reëel.

In de perspectiefplanbespreking die begin mei 2018 plaatsvond, liet LJ&R weten dat onderzocht ging worden wat de mogelijkheden bij moeder waren. De gezinsbegeleider van Midgaard maakte twee weken later nader kennis met de moeder en schatte in dat bij moeder wonen geen reëel perspectief was voor de jeugdige. Op basis van deze terugkoppeling besloot LJ&R dat de omgangsregeling begeleid plaatsvond, zodat de interactie tussen de jeugdige en moeder geobserveerd kon worden in het kader van een onderzoek naar een mogelijkheid tot een plaatsing bij moeder.

Begin juni was de voogd voor een periode van vier tot zes weken niet aanwezig. Het basisteam Jeugdbescherming van LJ&R nam de taken over.

De jeugdige ervaarde in deze periode veel onduidelijkheid over het perspectief. Binnen Midgaard uitte dit zich in incidenten. Hierdoor werd door Midgaard een appèl gedaan op LJ&R om het perspectief snel duidelijk te krijgen. Doordat de voogd niet aanwezig was, werd dit via de bureaudienst opgepakt. Voor het team van de voogd was het lastig omdat zij het volledige dossier van LJ&R Noordoost nog niet hadden ontvangen. Gedragwetenschappers van LJ&R en Midgaard hadden contact met elkaar, mede doordat Midgaard betwijfelde of een plaatsing bij moeder op korte termijn haalbaar was. Uiteindelijk stelde de betrokken gedragwetenschapper van Midgaard een plan op met als doel duidelijkheid te verkrijgen over het perspectief. De verschillende professionals bij Midgaard en LJ&R konden zich hierin vinden.

“Ik weet niet waar ik aan toe ben en daardoor laat ik zulk lelijk gedrag zien.”

perspectief snel duidelijk te krijgen. Doordat de voogd niet aanwezig was, werd dit via de bureaudienst opgepakt. Voor het team van de voogd was het lastig omdat zij het volledige dossier van LJ&R Noordoost nog niet hadden ontvangen. Gedragwetenschappers van LJ&R en Midgaard hadden contact met elkaar, mede doordat

Eind juni vond een heftig incident plaats op Midgaard. De jeugdige was verbaal en fysiek agressief geweest richting een groepsgeenoot en groepsleiding. Om die reden werd de jeugdige tijdelijk geplaatst op een andere groep binnen Midgaard. Deze groep leek passender voor de jeugdige, er waren minder incidenten. Besloten werd de jeugdige definitief op deze groep te plaatsen.

Volgens Midgaard was op die groep destijds sprake van een sterk en hecht team van vijf pedagogisch medewerkers, alle ZZP-ers. Het was een vaste groep die veel diensten draaide. Zij waren goed op elkaar ingespeeld en kenden de jeugdigen naar eigen zeggen goed. Binnen de groep was de aanpak van de pedagogische medewerkers duidelijk: ze gaven naar eigen zeggen geen eindeloos aantal waarschuwingen om vervolgens niets te doen, ze gingen in gesprek en ze paktten indien nodig door. Vastpakken, fixeren en time-outs werden niet alleen ingezet bij levensbedreigende situaties voor de jeugdige of de omgeving, maar in bepaalde situaties ook als pedagogische maatregel als reactie op ongewenst of destructief gedrag.

3.4 Wijziging perspectief

LJ&R werkte tot voor kort met een papieren dossier. De overdracht van het papieren dossier liep in deze casus vertraging op doordat deze privacygevoelige gegevens niet werden toevertrouwd aan de post dan wel koeriers. De overdracht was afhankelijk van medewerkers die van de ene naar de andere vestiging gingen. Het dossier van de jeugdige vanuit de regio Noordoost werd pas na enkele maanden door de regio West ontvangen. De voogd las vervolgens niet het gehele dossier maar keek vooral naar de laatste voogdijrapportage, het laatste multidisciplinair overleg binnen LJ&R en de laatste rapportage van de jeugdhulpaanbieder. Uit deze stukken bleek dat er al eerder gekeken was naar het perspectief om te wonen bij moeder. Ook werd duidelijk dat eerder was bepaald dat dit geen reëel perspectief was. Ondertussen was ook door LJ&R regio West in gezamenlijkheid met Midgaard onderzoek gedaan naar de mogelijkheden bij moeder. In een multidisciplinair overleg werd het besluit genomen dat de jeugdige niet bij moeder kon gaan wonen.

In juli 2018, tijdens de perspectiefplanbespreking waar de jeugdige en moeder aanwezig waren, spraken zowel Midgaard als LJ&R uit dat wonen bij de moeder op korte termijn niet haalbaar was. De ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige waren groter dan de mogelijkheden die moeder kon bieden. De jeugdige was hier boos over. Eind augustus werd de machtiging gesloten jeugdzorg met acht maanden verlengd. De advocaat van de jeugdige gaf bij de zitting aan dat het een grote tegenslag voor de jeugdige was dat zij niet bij haar moeder geplaatst zou worden. In de ogen van de jeugdige was zij in maart 2018 vanuit het noorden naar Zuid-Holland verhuisd om te bezien of een plaatsing bij moeder haalbaar was. Nu hoorde de jeugdige dat dit niet ging gebeuren.

In deze periode was een terugval in het gedrag van de jeugdige te zien.

“Iedereen met wie ik vertrouwen opbouw en dingen over mijzelf vertel, verlaat mij.”

De jeugdige volgde enkele therapieën binnen Midgaard, waaronder dramatherapie. Tevens was de jeugdige aangemeld voor traumabehandeling bij een gespecialiseerde (GGZ) jeugdhulpaanbieder. Rond de periode dat de traumabehandeling kon starten, stagneerde de dramatherapie. In een gesprek over de stagnatie gaf de jeugdige aan dat een eerdere therapie, voor de periode bij Midgaard, opeens was gestaakt en dat de therapeute opeens weg was. Dit terwijl de jeugdige deze therapeute helemaal vertrouwde. De jeugdige zei dat ze dit niet meer wilde. Ingeschat werd dat het voor de jeugdige nog te lastig was nu te starten met traumabehandeling. Afgesproken werd dat de jeugdige startte met de groepstraining ‘Stapstenen’⁵.

Begin september 2018 had de voogd voor het eerst alleen contact met de jeugdige, buiten Midgaard. De jeugdige gaf aan bij Midgaard het meest geleerd te hebben in vergelijking tot alle andere groepen waar de jeugdige had verbleven. In de daaropvolgende perspectiefplanbespreking werd besproken dat de jeugdige graag naar school ging, meedeed met het programma, weinig

⁵ De groepstraining ‘Stapstenen’ heeft tot doel jongeren met een voorgeschiedenis van vroegkinderlijke traumatisering die verblijven in de gesloten jeugdzorg, te motiveren voor een behandeling gericht op traumaverwerking.

verzuimde en een goede werkhouding had. Een verlenging van de gesloten plaatsing werd noodzakelijk geacht om de positieve ontwikkeling voort te kunnen zetten. Er werd toegewerkt naar een nieuw perspectief: een traject bij Horizon Jeugdzorg en Onderwijs, Hand in Hand⁶.

In deze periode startten de begeleide bezoeken tussen de jeugdige en de moeder. Deze verliepen positief en de mogelijkheden voor semi-begeleid bezoek werden onderzocht. Moeder kwam wekelijks bij de jeugdige op bezoek net als een tante (op andere dagen). De jeugdige zag de zus voor het eerst in lange tijd weer en had de zus erg gemist, zeker omdat er beperkt telefonisch contact was. De jeugdige vertelde de zus dat ze trots was op zichzelf.

“Op een dag zal ik eruit zijn en hoef ik geen slot meer op de deur”.

Midgaard wilde de jeugdige positieve ervaringen op laten doen. De jeugdige had zich aangemeld voor Cell dogs⁷ en was aangenomen. De jeugdige kreeg een lastige hond om te begeleiden. De samenwerking tussen de hond en de jeugdige was succesvol en ze waren “de beste van de groep”. Naast het werken met de hond, werd geregeld dat de jeugdige kon gaan paardrijden in de nabij gelegen manege.

In september startte een periode van acht tot negen weken dat de voogd niet aanwezig was. Het basisteam Jeugdbescherming van LJ&R nam de taken over.

3.5 Opnieuw onzekerheid

Eind september volgden een aantal incidenten, vaak nadat de jeugdige broer of moeder had gezien of gesproken. Veel incidenten ontstonden nadat de jeugdige werd aangesproken op diens gedrag. Vaak gaf de jeugdige achteraf aan dat het aanspreken onterecht was. Op dat soort momenten escaleerde het gedrag snel van verbaal geweld, naar geweld tegen spullen, naar geweld tegen anderen. Regelmatig eindigde een incident op de time out kamer. De deur van de time out kamer bleef open en de jeugdige had de mogelijkheid om zodra het kon weer de groep te gaan. Begin oktober 2018 is er opnieuw een fors incident. De broer van de jeugdige bleek in deze periode weggelopen te zijn uit de instelling waar hij verbleef en was enkele weken uit beeld. Nadat er uiteindelijk weer contact was, werd door LJ&R Noordoost een afgewogen keuze gemaakt in het belang van de broer, om de broer bij moeder te laten wonen, naast inzet van behandeling. Bij deze beslissing waren de consequenties die dit zou hebben voor de jeugdige, die net had gehoord dat wonen bij de moeder niet mogelijk was, niet meegewogen. Tussen de voogd van de broer en de voogd van de jeugdige is contact geweest. Het contact was gericht op de logistiek rond de overdracht van de voogdij over de broer naar LJ&R regio West. Er werd door beide voogden niet gesproken over de consequenties voor de jeugdige en de communicatie richting de jeugdige.

⁶ Horizon Jeugdzorg en Onderwijs biedt met Hand in Hand behandeling voor jeugdigen tussen 12 en 18 jaar in een beperkt beveiligde groep tussen open en gesloten jeugdzorg in.

⁷ Stichting Dutch Cell Dogs begeleidt gedetineerden bij het trainen van asielhonden die vaak mishandeld zijn en daardoor aanpassingsproblemen hebben. Dutch Cell dogs werkt tevens binnen de gesloten jeugdzorg.

*Groepsgeenoot:
"De jeugdige sprong
altijd mee als er
alarm was en kwam
op voor de rest."*

Eind oktober nam de frequentie van incidenten toe. De jeugdige viel een keer de groepsleiding aan en gooide andere keren met spullen op de eigen kamer en op de groep. Daarnaast liep de jeugdige een aantal keer weg. Midgaard schreef deze toename van incidenten toe aan het feit dat de broer van de jeugdige bij moeder mocht wonen.

Voor Midgaard was het onverwachts dat de broer bij moeder kwam te wonen, Midgaard begreep dit niet. De jeugdige zelf gaf ook aan het onbegrijpelijk te vinden. Mede omdat het perspectief om te wonen bij moeder voor de jeugdige zelf was afgesloten. Op initiatief van Midgaard werd een gesprek gepland met LJ&R over de gang van zaken rond de plaatsing van broer bij moeder en de consequenties hiervan voor de jeugdige.

Na opnieuw een wegloopincident belde de moeder de voogd. Zij gaf aan niet te begrijpen hoe de jeugdige steeds weg kon lopen. Moeder maakte zich zorgen over het frequente weglopen en vroeg de voogd naar de reden hierachter te kijken.

De jeugdige en de moeder zagen elkaar tijdens de bezoekenmomenten bij Midgaard. De gesprekken gingen in die periode veel over het leefklimaat op Midgaard dat volgens de jeugdige te beheersmatig was. De jeugdige vond dat er te hard en te vaak werd ingegrepen, soms ook onnodig. De jeugdige had hierover een klachtgesprek met een vertrouwenspersoon en het tijdelijk afdelingshoofd. De jeugdige gaf vervolgens bij de vertrouwenspersoon aan, begin januari 2019, dat zij vond dat er te weinig gedaan was na het eerste gesprek en besprak een nieuw incident waarbij naar het idee van de jeugdige verkeerd en onnodig fysiek was ingegrepen. De jeugdige wilde een klacht indienen bij de klachtencommissie.

De jeugdige vertelde aan verschillende jongeren op verschillende momenten dat de jeugdzorg geen cent meer aan de jeugdige mocht verdienen. De jongeren wisten dat de jeugdige vaak in de nacht huilde maar ook dat er sprake was van angst bij de jeugdige. In deze periode gaf de jeugdige kleding weg en stuurde foto's naar andere jongeren. De jeugdige zei dood te willen. Doordat de jeugdige dit lachend vertelde en verder vrolijk oogde, hadden deze jongeren nooit verwacht dat de jeugdige haar woorden om zou zetten in daden.

Medio januari 2019 ging de jeugdige op verlof naar moeder. Daar liepen de broer en de jeugdige weg. Uiteindelijk werd de jeugdige door de politie naar Midgaard teruggebracht. Na dat weekend wilde de jeugdige de zus bellen in de avond. Dit lukte niet en ook later op de avond was de zus niet bereikbaar. De jeugdige was boos naar kamer gegaan. De dienstdoende begeleider ging later op de avond langs bij de jeugdige en sprak af dat de volgende dag gebeld kon worden. De jeugdige was onrustig en verschillende begeleiders gingen met de jeugdige in gesprek. Conform het signaleringsplan van de jeugdige werd een rondje in de tuin gelopen. Uiteindelijk was, na verbaal tegenstribbelen, de jeugdige rustig op diens kamer. Er was geen reden voor de begeleider om een extra check in de nacht te organiseren. De begeleider sloot de dag af met de jeugdige en zei gedag.

De jeugdige heeft zich die nacht van het leven benomen.

4 Oordelen inspectie

In dit hoofdstuk onderbouwt de inspectie haar oordelen ten aanzien van de verwachtingen van het kerninstrument Module Suicide Preventie (bijlage 2).

4.1 LJ&R

Afwegingen bij de keuze van (vervolg)zorg

LJ&R regio Noordoost heeft zorgvuldig een besluit genomen om de jeugdige over te plaatsen naar het westen van het land, om dichterbij moeder te zijn. De afweging is besproken met ketenpartners op diverse momenten en met diverse professionals. In het multidisciplinaire overleg (MDCO) is uiteindelijk de beslissing genomen.

LJ&R werkt landelijk als gecertificeerde instelling, gezien de expertise van LJ&R. Een overdracht van cliënten tussen de verschillende regio's van LJ&R komt, gezien hun doelgroep, met enige regelmaat voor. Binnen LJ&R wordt het werkproces voor de overdracht tussen de regio's en vestigingen niet altijd gevolgd. Er wordt gestreefd naar een warme overdracht, maar indien dit niet gebeurt, wat vaak voorkomt door de drukte van de dag, is er geen ingebouwd controlesysteem dat dit bewaakt. Hierdoor is in de eerste periode bij Midgaard onnodig door Midgaard en LJ&R regio West opnieuw gekeken of het mogelijk was om bij de moeder te wonen. Dit terwijl LJ&R regio Noordoost een paar maanden voor de overplaatsing had besloten dat dit geen reëel perspectief was.

Multidisciplinaire beoordeling

Belangrijke besluiten zijn door LJ&R steeds in multidisciplinair overleg genomen en navolgbaar vastgelegd.

Risico-inschatting

LJ&R heeft in multidisciplinair overleg de jaarlijkse voogdijrapportage en de veiligheids- en risicotaxatie vastgesteld. Uit de veiligheidstaxatie eind 2018 komen zorgen naar voren over het toebrengen van schade aan zichzelf in boosheid. Er wordt besproken dat Midgaard dit heeft geborgd in een signaleringsplan. LJ&R heeft geen risicotaxatie uitgevoerd gericht op suïcidaal gedrag. Hierin zijn de medewerkers ook niet specifiek geschoold. De incidenten bij Midgaard werden, net als op eerdere plekken, geduid als (externaliserend) instrumenteel gedrag. Door LJ&R is niet breder gekeken naar mogelijk andere oorzaken van het gedrag, ondanks de eerdere diagnose en de signalen van mogelijk psychiatrische problematiek dan wel suïcidale gedachten. Gedurende de hele voogdij periode is de jeugdige nooit gezien door een psychiater. Het laatste diagnostische onderzoek dat werd verricht door een landelijk expertise- en behandelcentrum dateert uit juni 2017.

Continuïteit van zorg

De jeugdige is veelvuldig overgeplaatst en heeft veel verschillende gezinsvoogden gehad. Voor LJ&R is het vinden en behouden van goede jeugdbeschermers een uitdaging binnen de krappe arbeidsmarkt. Er is daarmee sprake van veel verloop en wisselingen. Dit is zichtbaar in de hoeveelheid voogden die betrokken zijn geweest bij de jeugdige. Door de vele wisselingen van collega's werken ervaren en minder ervaren jeugdbeschermers met elkaar samen. In de laatste wisseling van voogd van LJ&R Noordoost naar LJ&R regio West is veel informatie verloren gegaan. Er is door beide voogden onvoldoende bewust stil gestaan of de informatie en de impliciete acties die daaraan gekoppeld waren voldoende duidelijk waren voor beide partijen.

Helikopterview over het leven van het kind

Van LJ&R wordt verwacht zij voor kinderen die langere tijd onder voogdij vallen een analyse op basis van een helikopterview over het leven van het kind maken. Dit bleek vanuit een eerder calamiteitenonderzoek⁸ al een verbeterpunt.

Bij de jeugdige in onderhavige casus is geen analyse op basis van een helikopterview over haar leven gemaakt. Hierdoor konden patronen en verbanden over het hoofd worden gezien en was er geen overzicht van eerder ingezette hulpverlening en wat daarbij wel en niet werkte. Toen het dossier uiteindelijk bij LJ&R regio West aankwam, is niet het hele dossier doorgenomen. Incidenten die konden duiden op suicidale gedachten zijn niet als dusdanig gesignaleerd. Signalen, zoals het terugtrekken en uit contact gaan na incidenten, die konden duiden op mogelijk psychiatrische problematiek zijn niet als dusdanig opgepakt. Binnen LJ&R is niet vanuit een helikopterview gezocht naar onderliggende verbanden en (on)mogelijkheden. Hierdoor is de voogd niet in de positie gekomen om op te treden als kritische bevrager ten opzichte van de jeugdhulpaanbieder(s).

4.2 Midgaard

Signalering

Het dossier van Midgaard bevat niet alle onderdelen die in het toetsingskader worden genoemd. De DSM-classificatie en een beschrijvende diagnose zijn opgenomen, evenals een risicotaxatie in het voorlopige perspectiefplan. Midgaard heeft geen specifieke risicotaxatie uitgevoerd voor suïcide terwijl hier wel aanleiding toe was. Immers, er was voorinformatie waarin dit risico werd vermeld. Hierdoor is ook geen structuurdiagnose opgesteld zoals het beleid binnen Midgaard wel stelde. In het format van het (voorlopige) perspectiefplan wordt niet stil gestaan bij suïcide en automutilatie. Het gedrag van de jeugdige is te weinig geduid als zijnde signalen van mogelijk suïcidale gedachten/suïcidaal gedrag. Er is geen consult met de psychiater ingepland om kritisch mee te laten beoordelen hoe het gedrag van de jeugdige verklaard zou kunnen worden en welke aanpak het meest passend was.

⁸ Casusonderzoek Gelderland, Onderzoek na suïcide van een kind, Utrecht april 2017

Behandeling

Voor de jeugdige was een voorlopig perspectiefplan en vervolgens een perspectiefplan opgesteld. Hierin zijn de hulpvraag, de risicotaxaties, de doelen en de middelen en maatregelen aan elkaar gekoppeld. De doelen zijn met de jeugdige, de voogd en de moeder besproken in verschillende elkaar opvolgende perspectiefplanbesprekingen. Er was een signaleringsplan voor de jeugdige aanwezig en deze werd door zowel de begeleiding als de jeugdige ingezet.

De medewerkers maakten meerdere malen per dag een inschatting van de veiligheid, onder meer op vaste momenten bij de overdracht, tijdens het MDO en bij de regiebespreking⁹. Deze inschatting werd over het algemeen onvoldoende vastgelegd in het dossier en onvoldoende onderbouwd, met name als het een dag was dat het goed ging. Op momenten van incidenten wordt meer vastgelegd.

Niet alle incidenten met de jeugdige zijn opgenomen in de incidentregistratie. Er is door Midgaard geen analyse gemaakt van de incidenten van de jeugdige. Alle incidenten zijn beoordeeld en geduid als externaliserend (instrumenteel) gedrag. De incidenten die konden duiden op suïcidale gedachten zijn niet als dusdanig gesignaleerd. Ook signalen, zoals het terugtrekken en uit contact gaan na incidenten, die konden duiden op mogelijk psychiatrische problematiek zijn niet als dusdanig opgepakt.

Midgaard heeft verschillende behandelingen ingezet. Niet navolgbaar was hoe de verbinding is gelegd tussen deze behandelingen en het leefklimaat en de benaderwijze door de medewerkers op de groep.

Samenwerking

De moeder is door Midgaard betrokken bij de behandeling. Ook is er contact geweest met een tante om het bezoek te organiseren. De continuïteit van zorg is bij de overdracht naar Midgaard onvoldoende geborgd. Midgaard startte met een incompleet beeld van de jeugdige. Er was geen informatie opgenomen over het laatste halve jaar. Ook bleek het veronderstelde doel van de plaatsing niet te kloppen. Midgaard heeft veel actie ondernomen om het perspectief duidelijk te krijgen. Dit maakte de samenwerking tussen LJ&R en Midgaard kwetsbaar.

Binnen Midgaard is het niet altijd navolgbaar op welke momenten en waarover de voogd als ketenpartner geïnformeerd wordt.

Beleid

Midgaard beschikt over suïcidepreventiebeleid dat is opgesteld voor heel Horizon Jeugdzorg en Onderwijs. Tijdens het inspectieonderzoek bleek dat dit beleid niet gevolgd wordt en niet bekend is bij de uitvoerend medewerkers.

⁹ Bespreking van casuïstiek waarbij alle betrokken disciplines van Midgaard aanwezig zijn

De incidenten bij Midgaard worden per incident geëvalueerd in de overdracht, de regiebespreking en in het MDO. De conclusies uit deze besprekingen komen terug bij het team van pedagogische medewerkers. Er vindt echter geen analyse plaats op alle incidenten waardoor patronen over het hoofd kunnen worden gezien. De incidenten die hadden kunnen worden geduid als een suïcidale uiting zijn niet als dusdanig beoordeeld of besproken. Ook bij de signalen die de jeugdige gaf, kreeg het externaliserende karakter van het gedrag voorrang en werd niet gekeken naar de mogelijk psychiatrische problematiek dan wel suïcidale gedachten die hieronder konden liggen.

Voor Midgaard is het vinden en behouden van goede pedagogisch medewerkers een uitdaging binnen de krappe arbeidsmarkt. Er is daarmee sprake van veel verloop en wisselingen. De grote meerderheid van de pedagogisch medewerkers werkt twee jaar of korter bij Midgaard. Hierdoor investeert Midgaard veel in trainen en opleiden. Suïcide, signalering en preventie is echter niet opgenomen in deze scholingen. Daardoor is geen van de medewerkers van Midgaard geschoold in suïcidepreventie. Ook voor psychiatrische problematiek is onvoldoende aandacht in het scholingsprogramma.

Bijlage 1 - De uitvoering van het onderzoek

De onderzoeksactiviteiten in het kader van het onderzoek bestonden uit dossieronderzoek en gesprekken met de professionals van Midgaard en LJ&R die betrokken waren bij de hulp/behandeling aan de jeugdige, zijnde:

- Interview met de locatie directeur en gezinsbegeleider Midgaard.
- Interview met drie gedragswetenschappers Midgaard.
- Interview met drie pedagogisch medewerkers Midgaard, waarvan één de avond voorafgaand aan de suïcide aanwezig was en één die de jeugdige heeft aangetroffen in de ochtend.
- Interview met de gedragswetenschapper, LJ&R regio West.
- Interview met vervangend voogd, LJ&R regio West.
- Interview met de voogd, LJ&R regio West.
- Interview met cluster manager, LJ&R regio West.
- Interview met de voormalig voogd en gedragswetenschapper, LJ&R regio Noordoost.
- Interview met Clustermanager, LJ&R regio Noordoost.

Tijdens het onderzoek is een gesprek gevoerd met een ouder van de jeugdige.

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

Daarnaast heeft de inspectie gesproken met:

- De voormalig voogd en gedragswetenschapper van de broer van de jeugdige, LJ&R regio Noordoost ter verificatie van besluit rond de broer.
- De zus van de jeugdige.
- Twee jongeren bij Midgaard.

De volgende documenten zijn beoordeeld:

- Reconstructie van de betrokkenheid door Midgaard.
- Reconstructie van de betrokkenheid door LJ&R.
- Suïcidaliteit beleid diagnostiek en behandeling van Horizon Jeugdzorg en Onderwijs.
- Suïcidaliteit format risicomanagementplan van Horizon Jeugdzorg en Onderwijs.
- Handelen bij signalen van suïcide van Horizon Jeugdzorg en Onderwijs.
- Suïcidaliteit format risicotaxatie van Horizon Jeugdzorg en Onderwijs.

Bijlage 2 - Toetsingskader

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, vervolgspraken).
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.

Verwachtingen ten aanzien van handelen van de gecertificeerde instelling

5. Handelen van een gecertificeerde instelling	
5.1	De gecertificeerde instelling maakt bewuste en navolgbare afwegingen bij de keuze van (vervolg)zorg van een kind.
5.2	De keuze voor (vervolg)zorg van een kind wordt multidisciplinair beoordeeld door de gecertificeerde instelling.
5.3	Bij de keuze voor (vervolg)zorg van een kind maakt de gecertificeerde instelling een risico- inschatting voor het kind.
5.4	Bij de keuze voor (vervolg)zorg van een kind weegt de gecertificeerde instelling de continuïteit van zorg mee.
5.5	De gecertificeerde instelling maakt voor kinderen die langere tijd onder voogdij vallen een analyse op basis van een helikopterview over het leven van het kind.

www.igj.nl