



Onderzoek na het overlijden van een jeugdige

Ottho Gerhard Heldringstichting

Dit is een uitgave van:

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderzoek na het overlijden van een jeugdige

Otto Gerhard Heldringstichting

Voorwoord

Een jeugdige heeft zich gedurende diens verblijf in een JeugdzorgPlus-instelling gesuïcideerd. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft een onderzoek ingesteld naar aanleiding van dit overlijden. Voor u ligt de rapportage van de inspectie naar aanleiding van dit onderzoek.

De inspectie wil, voordat zij ingaat op de uitkomsten van het onderzoek, haar medeleven betuigen aan de ouders en andere naasten van de jeugdige.

De inspectie heeft daarnaast veel waardering voor de openhartige en informatieve gesprekken met de ouders van de jeugdige en de betrokken medewerkers. Er worden weliswaar in dit onderzoek verbeterpunten geconstateerd, maar dat neemt niet weg dat medewerkers zich met veel betrokkenheid hebben ingezet om de jeugdige zo goed mogelijk te begeleiden en behandelen. De inspectie constateert in dit rapport verbeterpunten ten aanzien van de kwaliteit van de geboden hulp. De inspectie doet geen uitspraken over de vraag of de suïcide van de jeugdige voorkomen had kunnen worden.

Een van de conclusies van de inspectie is dat er sprake is van wachtlijsten voor de inzet van een aantal vormen van behandeling gedurende het verblijf van jeugdigen in de gesloten jeugdhulp. Deze conclusie raakt niet alleen de betrokken organisatie, het is ook een signaal naar gemeenten. Zij zijn verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van een passend hulpaanbod. Wanneer een jeugdige in de gesloten jeugdhulp wordt geplaatst met als doel dat passende behandeling zo spoedig mogelijk plaats vindt, dient deze hulp ook tijdig beschikbaar te zijn.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	4
1.1 Aanleiding en belang.....	4
1.2 Het onderzoek	4
1.3 Leeswijzer	5
2 Verloop hulpverlening	6
2.1 Voorgeschiedenis	6
2.2 Verblijf bij OGH.....	6
3 Bevindingen inspectie	8
3.1 Signalering	8
3.2 Behandeling	9
3.3 Samenwerking	10
3.4 Beleid	11
4 Conclusies inspectieonderzoek	13
4.1 Conclusies	13
4.2 Verbetermaatregelen	14
4.3 Vervolg	15
Bijlage 1 - Toetsingskader	16
Bijlage 2 De uitvoering van het onderzoek	18

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 de suicide van een jeugdige¹ van de Ottho Gerhard Heldringstichting (hierna: OGH). De jeugdige verbleef sinds augustus 2018 met een machtiging gesloten jeugdhulp bij OGH.

OGH

OGH biedt specialistische hulp aan jeugdigen en gezinnen die te maken hebben met meervoudige complexe gedragsproblemen en psychiatrische problemen. 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 elke behandeling bij JeugdzorgPlus met een stabilisatie- of observatieperiode van ten minste zes weken. Daarna besluit OGH wat (intern) de meest passende vervolgplek is.

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 Bopz²-aanmerking). 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 van het Europese Hof. Gezien de ernst van de calamiteit en de setting waarin jeugdigen in de geslotenheid verblijven, achten de inspecties het vanuit maatschappelijk oogpunt van belang om een onafhankelijk onderzoek uit te voeren. De inspectie die dit onderzoek uitvoert is de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie).

De inspectie richt zich met haar onderzoek alleen op de kwaliteit van de geboden jeugdhulp in een bepaalde periode in het leven van de jeugdige, namelijk de kwaliteit van de hulp door de JeugdzorgPlus-instelling, OGH.

¹ De inspecties hanteren de neutrale aanwijzing 'de jeugdige' om privacyoverwegingen.

² Bopz – Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen

Het onderzoek en toetsingskader

Het onderzoek van de inspectie heeft zich gericht op twee vragen:

- Hoe was de kwaliteit van de hulpverlening aan de jeugdige rond het onderdeel suïcidepreventie?
- Was er sprake van (structurele) tekortkomingen in de kwaliteit van de hulp?

Om een oordeel te kunnen vormen gebruikte de inspectie het VHJ (Verantwoorde Hulp voor Jeugd) kerninstrument "module suïcidepreventie" (zie bijlage 1), dat is gebaseerd op de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

Onderzoeksmethode en onderzoeksperiode

Het onderzoek bestond uit een gesprek met de ouders van de jeugdige, het verrichten van dossieronderzoek en het voeren van gesprekken met betrokken medewerkers. De inspectie richtte zich in het onderzoek op de periode vanaf de plaatsing bij OGH (augustus 2018) tot aan het overlijden van de jeugdige (januari 2019). Een volledig overzicht van de onderzoeksactiviteiten is weergegeven in bijlage 2.

Eerder onderzoek bij OGH

In 2019 heeft de inspectie een onderzoek uitgevoerd naar aanleiding van een eerdere suïcide van een jeugdige gedurende diens verblijf bij OGH.³ Het verblijf van deze jeugdige overlapt deels met het verblijf van de jeugdige in deze casus. De inspectie heeft relevante informatie die is opgehaald in het eerste onderzoek ook betrokken bij onderhavig onderzoek.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een samenvatting van het verloop van de hulpverlening aan de jeugdige. In hoofdstuk 3 beschrijft de inspectie haar bevindingen aan de hand van de verwachtingen uit het toetsingskader suïcidepreventie (bijlage 2). In hoofdstuk 4 geeft de inspectie vervolgens haar conclusies weer en worden de reeds getroffen en benodigde verbetermaatregelen beschreven.

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

³ Zie: <https://www.igj.nl/zorgsectoren/jeugd/documenten/rapporten/2019/07/16/onderzoek-naar-aanleiding-van-het-overlijden-van-een-jeugdige>

2 Verloop hulpverlening

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

2.1 Voorgeschiedenis

Al op jonge leeftijd kreeg de jeugdige te maken met psychische en gedragsmatige problematiek. Bij de jeugdige werd een ontwikkelingsstoornis vastgesteld. De ouders van de jeugdige waren gescheiden en de jeugdige woonde bij één van de ouders. Om de verzorgende ouder te ontlasten, verbleef de jeugdige vanaf 2015 drie dagen per week op een zorgboerderij. Daarnaast was Dimence bij de jeugdige betrokken. Dit is een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg, onder andere aan jeugdigen.

Vanuit Dimence werd gestart met hulp, maar de jeugdige stond hier niet voor open. In de zomer van 2018 heeft de jeugdige een suïcidepoging gedaan. Na de suïcidepoging deed de jeugdige opnieuw suïcidale uitspraken. Naar aanleiding van de uitspraken vond een crisioverleg plaats met de jeugdige, de verzorgende ouder en betrokken professionals, onder andere vanuit Dimence en het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). In dit overleg is besloten dat een plaatsing binnen een instelling voor JeugdzorgPlus aangewezen was. Een plaatsing binnen een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg bleek op dat moment niet mogelijk in verband met een tekort aan plekken. Het CJG besloot vervolgens om een spoedplaatsing aan te vragen voor verblijf van de jeugdige in een instelling voor JeugdzorgPlus. De kinderrechter verleende naar aanleiding van dit verzoek de machtiging voor een spoedplaatsing bij OGH. De kinderrechter bepaalde dat in een periode van drie maanden OGH inzicht moest krijgen in de problematiek van de jeugdige en de benodigde behandeling.

2.2 Verblijf bij OGH

De jeugdige werd in augustus 2018 geplaatst bij OGH op een gesloten observatie- en stabilisatiegroep. De jeugdige volgde ook onderwijs binnen OGH. Al snel na de plaatsing van de jeugdige werd een behandelplan opgesteld waarin het volgende uitgangspunt voor de drie maanden gesteld werd: het verkrijgen van een diagnostisch beeld, met daaraan gekoppeld een passend behandeltraject en perspectief. In de periode daarna werd de jeugdige geobserveerd en was er sprake van diagnostisch onderzoek op verschillende leefgebieden.

Begin november was het diagnostisch onderzoek door OGH en het hieruit voortvloeiende advies gereed. Het advies richtte zich op de inzet van individuele therapie, psycho-educatie en gezinsmaatschappelijk werk. OGH gaf aan een plaatsing van zes á negen maanden nodig te hebben voor de begeleiding en behandeling van de jeugdige. Na de bespreking van het advies werd de jeugdige binnen OGH doorgeplaatst naar een behandelunit waar langzaam toegewerkt kon worden naar meer vrijheden en waar ook behandel mogelijkheden waren. De kinderrechter verlengde in november 2018 de machtiging voor de gesloten plaatsing bij OGH met enkele maanden en gaf aan dat, nu duidelijk was welke behandeling aangewezen was, het van belang was dat deze behandeling op een zo kort mogelijke termijn plaatsvond. De kinderrechter zou begin 2019 opnieuw besluiten over een eventuele verlenging van de machtiging voor de gesloten plaatsing.

Op de nieuwe groep werd in november 2018 een tweede behandelplan opgesteld en besproken met de jeugdige en diens ouders. In het behandelplan was het eerder opgestelde begeleidings- en behandeladvies opgenomen en werden doelen voor de jeugdige gesteld conform dit advies. Op de nieuwe groep kreeg de jeugdige meer vrijheden, waaronder verlof. Zo mocht de jeugdige bij beide ouders verblijven.

In aanloop naar de nieuwe zitting liet de jeugdige aan de pedagogisch medewerkers meer spanning zien. Begin januari 2019 deed de jeugdige suïcidale uitspraken bij een pedagogisch medewerker. Kort hierna had de jeugdige een afspraak met de psychiater, waar deze uitspraken zijn besproken. De psychiater constateerde dat geen sprake was van acute suïcidaliteit.

Enkele dagen voordat de verlengingszitting plaats zou vinden, pleegde de jeugdige suïcide.

3 Bevindingen inspectie

In dit hoofdstuk geeft de inspectie haar bevindingen aan de hand van de vier thema's uit het toetsingskader suïcidepreventie (bijlage 2).

3.1 Signalering

Voor het inschatten van risico's hanteert OGH een wetenschappelijk onderbouwd risicotaxatie-instrument, de 'START:AV'⁴. Het gebruik van dit instrument houdt in dat de medewerkers vanuit verschillende disciplines informatie verzamelen over aanwezige risico's op verschillende leefgebieden door middel van dossieranalyse, observaties en gesprekken met de jeugdige. In de begeleiding aan de jeugdige is deze standaard werkwijze rondom het inschatten van risico's gevolgd. OGH heeft in de eerste maanden diagnostisch onderzoek verricht om meer zicht te krijgen op de problematiek van de jeugdige. Tevens heeft OGH een gezinstaxatie uitgevoerd.

Als onderdeel van het diagnostisch onderzoek is er door OGH een taxatie gedaan van het risico op suïcide door de jeugdige. De betrokken medewerkers concludeerden dat in een minder gestructureerde setting, sprake was van een matig tot hoog risico op niet-suïcidale zelfbeschadiging en suïcide. Volgens de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag dienen professionals bij een dergelijk risico op suïcide vervolgens een structuurdiagnose op te stellen. Met een structuurdiagnose worden naast de aard en ernst van de suïcidale toestand, tevens de samenhang met psychiatrische aandoeningen, relevante risico- en beschermende factoren en de mate waarin de jeugdige in staat geacht mag worden zijn of haar belangen te overzien en te waarderen, in kaart gebracht. Op basis van dossieronderzoek en gesprekken met professionals blijkt dat een dergelijke structuurdiagnose niet is opgesteld, waardoor de beschermende- en risicofactoren met betrekking tot de suïcidaliteit van de jeugdige onvoldoende in kaart zijn gebracht.

Gelet op de psychiatrische problematiek en de suïcidaliteit in de voorgeschiedenis van de jeugdige kreeg de jeugdige meerdere consulten bij de psychiater van OGH. De psychiater heeft diagnoses gesteld en afspraken gemaakt en bijgesteld aangaande de bejegening van de jeugdige. Hierbij benadrukte de psychiater het belang van een signaleringsplan.

Toen de jeugdige begin 2019 suïcidale of zelfbeschadigende uitspraken deed, sprak de behandelcoördinator diezelfde dag nog met de jeugdige. De uitspraken van de jeugdige zijn ook besproken in het teamoverleg van medewerkers. In het teamoverleg is gesproken over mogelijke triggers voor de jeugdige. Het overleg heeft niet geleid tot een ander behandel- of toezichtsbeleid. Ook de psychiater sprak kort na de suïcidale uitspraken met de jeugdige. In dit

⁴ START: AV - Short Term Assessment of Risk and Treatability, Adolescenten Versie

gesprek bleek dat er sprake was van verhoogde neiging tot automutilatie. De actuele suïcidaliteit is in dit gesprek door psychiatrisch onderzoek verder onderzocht. De psychiater constateerde dat er geen sprake was van acute suïcidaliteit. De psychiater hanteerde voor deze inschatting geen instrument ter ondersteuning.

3.2 Behandeling

Aansluiting bij de jeugdige

De inspectie constateert dat de medewerkers van OGH, al vrij snel na de plaatsing van de jeugdige, hebben gekeken naar de mogelijkheden voor de jeugdige om diens hobby's op het terrein uit te oefenen. Zo kon de jeugdige op een keyboard spelen, paardrijden en volgde de jeugdige muziekles. Na overplaatsing naar de tweede groep, kreeg de jeugdige meer vrijheden en kon de jeugdige ook zelfstandig naar de dieren op het terrein. Een onderdeel van de hulp door OGH was daarnaast het opbouwen en herstellen van het contact van de jeugdige met diens netwerk. Zo is er gedurende het verblijf van de jeugdige gewerkt aan herstel van het contact tussen de jeugdige en één van de ouders en diens gezin. Gedurende het verblijf van de jeugdige bij OGH heeft de jeugdige weer contact gehad met deze ouder, zowel telefonisch als tijdens bezoekenmomenten.

OGH hanteert standaard bij iedere jeugdige, en met name in de eerste periode van het verblijf, een redelijke vaste structuur op het gebied van bel- en bezoekenmomenten, urinecontroles en kameruren. Deze structuur van faseringen is gebaseerd op de evidence based Sociale Competentie Methodiek. Hierdoor had de jeugdige in het begin van diens verblijf bij OGH niet veel mogelijkheden voor telefonisch of fysiek contact met personen die voor de jeugdige belangrijk waren. De vaste structuur en niet de behoeften en mogelijkheden van de jeugdige en diens netwerk waren hierin leidend.

Behandel- en signaleringsplan

Medewerkers van OGH hebben voor de observatie- en stabilisatieperiode een behandelplan opgesteld. In deze periode ontbrak een signaleringsplan. Wel hebben medewerkers met de jeugdige een lijst opgesteld waarin is aangegeven welke momenten en triggers kunnen leiden tot een toename van negatieve gedachten en spanning bij de jeugdige, gecombineerd met een lijst van welke activiteiten de jeugdige op zulke momenten kan ondernemen. Na overplaatsing naar de behandelgroep werd een nieuw behandelplan opgesteld en hebben medewerkers samen met de jeugdige een eerste signaleringsplan gemaakt. Waar het eerste behandelplan meer algemeen was opgesteld met als doel observatiediagnostiek van de jeugdige, sloot het tweede behandelplan meer aan bij de achtergrond en problematiek van de jeugdige. In het tweede behandelplan stonden de doelen, de uitkomsten van de risicotaxatie, de begeleidingsaanpak en de mening van de jeugdige en diens ouders over het behandelplan.

Wachtlijsten

Vanaf de start van de plaatsing heeft OGH methodische begeleiding geboden aan de jeugdige

gericht op structuur en activering. De pedagogisch medewerkers hanteerden voor de begeleiding van de jeugdige de methodiek van het sociaal competentie model. Deze methodiek richt zich op het vergroten van vaardigheden van de jeugdige. Een andere ingezette methode is TOPs!. Dit is een cognitief-gedragstherapeutische groepstraining die zich richt op het bevorderen van positief sociaal gedrag en cultuur onder jeugdigen. De jeugdige deed, net als de andere jeugdigen, mee aan deze groepstraining. Daarnaast is direct na de plaatsing van de jeugdige medicamenteuze behandeling gestart voor de psychiatrische problemen van de jeugdige.

Nadat in november 2018 het behandeladvies voor de jeugdige bekend werd, is de geïndiceerde individuele behandeling door middel van therapie en gezinsmaatschappelijk werk niet gestart. Voor deze vormen van behandeling bestonden wachtlijsten van meerdere maanden. OGH had hier al deels op geanticipeerd door de jeugdige op een eerder moment aan te melden voor de therapie. Voor psycho-educatie bestonden geen wachtlijsten, maar ook hier gold dat de jeugdige hier meerdere maanden op heeft moeten wachten. Dit staat niet in verhouding tot de insteek dat het verblijf en de behandeling binnen de JeugdzorgPlus zo kort mogelijk dient te zijn. De rechter had bovendien in november 2018 aangegeven dat behandeling conform het behandeladvies op een zo kort mogelijke termijn plaats moest vinden.

3.3 Samenwerking

Voordat de jeugdige bij OGH werd geplaatst, was Dimence betrokken bij de jeugdige. Tevens woonde de jeugdige al langere tijd een gedeelte van de week op een zorgboerderij. Toen de jeugdige bij OGH werd geplaatst, vond geen warme overdracht plaats met professionals van Dimence en de zorgboerderij waar de jeugdige een gedeelte van de week woonde. OGH heeft wel telefonisch contact gehad met Dimence voor afstemming omtrent medicatie, en kort gesproken over de verwachtingen ten aanzien van het verblijf van de jeugdige in de JeugdzorgPlus. OGH heeft vervolgens niet nader onderzocht welke kennis Dimence en de zorgboerderij hadden over de jeugdige en over aanwezige beschermende en risicofactoren en mogelijke triggers voor suïcidaliteit.

Naast samenwerking met ketenpartners, verwacht de inspectie dat organisaties ook ouders betrekken om een goed beeld van de jeugdige te krijgen. De ouders van de jeugdige waren aanwezig bij het intakegesprek en de behandelplanbesprekingen bij OGH. De ouders of anderen uit het netwerk van de jeugdige zijn door OGH niet betrokken bij het opstellen van het signaleringsplan en het inschatten van het suïciderisico gedurende het verblijf bij OGH. Ook toen de jeugdige begin 2019 suïcidale uitspraken deed, zijn ouders niet betrokken bij het maken van een inschatting van de ernst van deze uitspraken. Op basis van gesprekken met medewerkers en inzage van het verouderde suïcidepreventiebeleid van OGH blijkt dat het actief betrekken van ouders of eventuele andere naasten bij het maken en evalueren van een signaleringsplan of een inschatting van risico's op het gebied van suïcidaliteit geen onderdeel was van de standaard werkwijze van OGH. In het huidige suïcidepreventiebeleid van OGH is dit aangepast en wordt de noodzaak om ouders te betrekken benoemd.

3.4 Beleid

OGH heeft beleid gericht op de preventie van suicide. Gedurende de behandeling van de jeugdige is dit beleid aangepast. In het oude beleid ontbrak de diagnostiekfase van de suicidaliteit. Het nieuwe beleid is afgestemd op de landelijke multidisciplinaire richtlijn voor Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag en bevat ook een werkwijze voor de diagnostiekfase.

Zoals in de inleiding van dit rapport benoemd, heeft de inspectie een onderzoek uitgevoerd naar aanleiding van een eerdere suïcide van een jeugdige gedurende diens verblijf bij OGH. In het kader van dit onderzoek heeft de inspectie verbeterpunten geconstateerd ten aanzien van het beleid van OGH. Eén van de verbeterpunten betrof het vergroten van de deskundigheid van medewerkers van OGH op het gebied van suïcidepreventie en psychiatrische problematiek. De inspectie concludeerde dat alleen de behandelcoördinatoren en minimaal één pedagogisch medewerker per team geschoold waren in suïcidepreventie (via de training Pitstop Kind en Jeugd voor behandelcoördinatoren of via een gatekeeperstraining voor pedagogisch medewerkers). Aangezien bij suïcidale jeugdigen het vaak juist de pedagogisch medewerkers zijn die het gesprek voeren en dagelijks contact hebben met de jeugdigen, stelde de inspectie als aanbeveling dat alle medewerkers geschoold dienen te worden in suïcidepreventie. Daarnaast bleek in dit onderzoek dat bij medewerkers niet altijd voldoende deskundigheid aanwezig was op de combinatie van stemmingsproblematiek en ontwikkelingsstoornissen, zoals een autisme spectrum stoornis. Gezien de complexiteit van deze combinatie van problematiek, achtte de inspectie dit wel van belang.

Omdat de twee suïcides zich in korte tijd achter elkaar hebben voorgedaan bij OGH zijn een aantal bevindingen van de inspectie in onderhavig onderzoek niet anders dan de bevindingen in het kader van het eerdere onderzoek. Ook nu constateert de inspectie dat de deskundigheid van pedagogisch medewerkers meer aandacht behoeft op het gebied van suïcidepreventie. In het nieuwe suïcidepreventiebeleid van OGH hebben pedagogisch medewerkers een meer nadrukkelijke rol in het herkennen en bespreken van signalen van suicidaliteit. Het is belangrijk dat pedagogisch medewerkers voldoende toegerust zijn voor het vervullen van deze rol. OGH biedt twee keer per jaar de Gatekeeper-training aan voor pedagogisch medewerkers. De organisatie streefde er aanvankelijk naar dat per team in ieder geval één medewerker de training heeft gevolgd. Inmiddels hebben per team meerdere pedagogisch medewerkers de Gatekeeperstraining gevolgd. Wat vervolgens de rol van de getrainde medewerkers is, is echter niet vertaald naar de praktijk. Gelet op de meer nadrukkelijke rol van pedagogisch medewerkers en de toename van het aantal depressieve en suïcidale jeugdigen binnen de JeugdzorgPlus is de keus voor het trainen van één of meerdere medewerkers per team niet navolgbaar. Idealiter zou iedere medewerker getraind moeten zijn.

Ook de noodzaak tot het vergroten van kennis over de combinatie van stemmingsproblematiek en een autisme spectrum stoornis speelt in onderhavig onderzoek een belangrijke rol. Op basis

van gesprekken met medewerkers, zowel vanuit de psychiater als op het niveau van de pedagogisch medewerkers, blijkt dat op verschillende niveaus in de organisatie, behoefte is aan meer inzicht in wat deze combinatie van problematiek betekent voor de behandeling en begeleiding van deze jeugdigen. Bij deze behandeling speelt farmacotherapie een belangrijke rol. Uit de gesprekken met ouders blijkt dat zij door het behandelteam onvoldoende zijn meegenomen bij de farmacotherapie. Er is te weinig aandacht geweest voor (de communicatie over) het effect en de bijwerkingen van de medicatie die de jeugdige voorgeschreven kreeg.

4 Conclusies inspectieonderzoek

In dit hoofdstuk geeft de inspectie haar conclusies weer. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk beschreven welke verbetermaatregelen OGH al heeft getroffen en welke maatregelen volgens de inspectie verder nog nodig zijn.

4.1 Conclusies

In positieve zin concludeert de inspectie dat de medewerkers van OGH in de dagelijkse begeleiding van de jeugdige voldoende hebben geprobeerd aan te sluiten bij de wensen en mogelijkheden van de jeugdige. Daarnaast hebben de medewerkers van OGH door middel van observaties, diagnostiek en via een gezinstaxatie de problematiek en de noodzakelijke begeleiding van de jeugdige voldoende in kaart gebracht en betrokken bij het behandelplan. Door de medewerkers is tijdens de eerste maanden van het verblijf bij OGH op zorgvuldige en multidisciplinaire wijze ingeschat wat de problematiek van de jeugdige en het gezin was en welke begeleiding en behandeling hier op aan zou kunnen sluiten.

In het tweede behandelplan stonden de doelen, de uitkomsten van de risicotaxatie, de begeleidingsaanpak en de mening van de jeugdige en diens ouders over het behandelplan. Dit behandelplan is conform de verwachtingen van de inspectie.

Verbeterpunten liggen vooral op het inschatten van het suïciderisico, inclusief beschermende en risicofactoren, en het tijdig inzetten van passende hulp. Zo concludeert de inspectie dat:

- OGH, ondanks een eerder ingeschat matig tot hoog risico op suïcidaliteit, geen structuurdiagnose heeft opgesteld waarmee inzicht verkregen kon worden in beschermende en risicofactoren. Het opstellen van een structuurdiagnose en een signaleringsplan dient zo snel mogelijk te gebeuren na de opname van een jeugdige. De inspectie constateert tevens dat OGH geen vaste methode hanteert voor de inschatting van suïcidaliteit na signalen van suïcidaliteit zoals de CASE-methodiek.
- een deel van de behandeling aan de jeugdige onvoldoende tijdig is geboden. Vanaf de start van de plaatsing heeft OGH methodische begeleiding geboden aan de jeugdige gericht op structuur en activering. Daarnaast is direct na de plaatsing van de jeugdige medicamenteuze behandeling gestart voor de psychiatrische problemen van de jeugdige. De individuele behandeling door middel van therapie en gezinsmaatschappelijk werk is echter niet gestart. Voor deze vormen van hulp golden wachtlijsten van op dat moment meerdere maanden. Dit staat niet in verhouding tot de insteek dat het verblijf en de behandeling binnen de JeugdzorgPlus zo kort mogelijk dient te zijn en de expliciete uitspraak van de kinderrechter dat de therapie zo snel mogelijk diende te starten.

Daarnaast concludeert de inspectie dat op een aantal onderdelen sprake is van meer structurele tekortkomingen. In de twee onderzoeken die de inspectie heeft uitgevoerd bij OGH naar aanleiding van een suïcide constateert de inspectie de volgende verbeterpunten:

- OGH hanteert bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen een standaard werkwijze, met name in de eerste periode van het verblijf bij OGH. De vaste structuur is hierin leidend en niet de behoeften en mogelijkheden van de jeugdige en diens netwerk. Het is van belang om in dit verband beter aan te sluiten bij de individuele jeugdige en minder standaard vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. Hierbij dient het belang van jeugdigen centraal te staan.
- Verbetering is nodig op het gebied van de samenwerking tussen OGH en de geestelijke gezondheidszorg. In de hulp aan deze jeugdige is er onvoldoende sprake geweest van gezamenlijke hulp en inhoudelijke afstemming door OGH en Dimence, bijvoorbeeld door een warme overdracht of het meedenken over de behandeling door Dimence. Ook in het eerder uitgevoerde onderzoek constateerde de inspectie dat OGH en de betrokken organisatie voor geestelijke gezondheidszorg niet met elkaar samenwerkten en er weinig afstemming plaatsvond. Juist bij jeugdigen met dergelijke complexe problematiek verwacht de inspectie dat er zoveel mogelijk samen wordt gewerkt tussen organisaties om een passend hulpaanbod te creëren. Hiervoor is het betrekken van de expertise van de geestelijke gezondheidszorg door OGH, bij aanvang van de hulp en tussentijds, onmisbaar.
- OGH betreft ouders of anderen uit het netwerk van de jeugdige nog onvoldoende bij de geboden hulp. Met name bij het inschatten van het suïciderisico en het opstellen van een signaleringsplan is het van belang dat het netwerk van de jeugdige wordt betrokken.
- De deskundigheid van pedagogisch medewerkers op het gebied van suïcidepreventie en psychiatrische problematiek, waaronder farmacotherapie, heeft verbetering nodig. Niet alle pedagogisch medewerkers zijn op deze thema's geschoold, ondanks dat pedagogisch medewerkers in toenemende mate met zeer complexe problematiek en suïcidaliteit te maken krijgen. Voor het bieden van passende hulp is het belangrijk dat alle pedagogisch medewerkers hier voldoende op zijn toegerust.

4.2 Verbetermaatregelen

Reeds getroffen verbetermaatregelen door OGH

OGH heeft in de afgelopen periode een aantal verbetermaatregelen getroffen of de inspectie laten weten voornemens te zijn om verbetermaatregelen te treffen. Het betreft de volgende verbetermaatregelen:

- OGH heeft de interne richtlijn suïcidaliteit geactualiseerd. In de interne richtlijn is opgenomen dat indien er sprake is van een psychiatrische aandoening, OGH altijd een structuurdiagnose opstelt.
- OGH heeft aangegeven alle pedagogisch medewerkers te gaan scholen in de preventie van suïcide door middel van de gatekeeperstraining.
- Om de continuïteit van zorg beter te borgen, hebben er in het voorjaar van 2019 meerdere bijeenkomsten plaatsgevonden voor jeugdzorgPlus aanbieders, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en de gecertificeerde instellingen in de regio Oost-

Nederland. Het doel van deze bijeenkomsten was de samenwerking tussen deze organisaties vooraf, tijdens en na plaatsing van jeugdigen met ernstig zelfdestructief gedrag te intensiveren. De aanbieders hebben afspraken gemaakt over hoe de kennis van beide sectoren structureel kan worden samen gebracht. In de komende periode zal OGH hier verdere uitwerking aan geven.

Aanbevelingen voor OGH

De inspectie vindt het positief dat OGH reeds verbetermaatregelen heeft getroffen. De inspectie verwacht dat OGH deze maatregelen verder doorvoert en de voortgang van de verbetermaatregelen monitort. Op basis van het onderzoek heeft de inspectie nog de volgende aanbevelingen voor OGH:

- Zorg ervoor dat psychiaters en behandelcoördinatoren binnen OGH voldoende deskundig zijn voor het opstellen en vastleggen van een structuurdiagnose. Ondersteun deze professionals daarnaast bij het gebruik van passende instrumenten voor de inschatting van suïcidaliteit.
- Neem samen met betrokken gemeenten en collega instellingen acties om wachtlijsten op te lossen.
- Zorg voor deskundigheidsbevordering over psychiatrische problematiek in het algemeen en de combinatie van een autistisch spectrum stoornis met stemmingsproblematiek en farmacotherapie in het bijzonder.
- 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. Dit is extra belangrijk gezien de verscheidenheid van problematiek op de groepen binnen OGH.
- Werk zoveel mogelijk samen met ouders en het netwerk. Weeg per situatie af welke mogelijkheden passend zijn voor het betrekken van ouders. Betrek ouders bijvoorbeeld sneller bij de start van de hulp en sta meer bezoeken en telefonische contacten toe als dat helpend is bij de behandeling van een jeugdige. Betrek ouders en het netwerk daarnaast expliciet bij het inschatten van het suïciderisico, farmacotherapie en het opstellen van een signaleringsplan.

4.3 Vervolg

De inspectie verwacht van OGH een integraal verbeterplan te ontvangen naar aanleiding van dit onderzoek en het eerdere onderzoek naar een suïcide van een jeugdige gedurende diens verblijf bij OGH. De inspectie verwacht dat bovenstaande conclusies en aanbevelingen worden meegenomen in dit verbetertraject. De inspectie beoordeelt of het verbeterplan voldoende concreet, ambitieus, volledig en realistisch zijn en volgt de uitvoering van de verbetermaatregelen.

Bijlage 1 - Toetsingskader

VHJ Kerninstrument *Module suïcidepreventie*

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 suïcide(preventie)beleid. Medewerkers werken hiermee.
4.2	Elke suïcide(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 suïcidepreventie.

Bijlage 2 De uitvoering van het onderzoek

Voorafgaand aan het onderzoek bij OGH heeft de inspectie een gesprek gevoerd met de ouders van de jeugdige.

De onderzoeksactiviteiten bij de jeugdhulpaanbieder bestonden uit dossieronderzoek en gesprekken met een aantal medewerkers van OGH die betrokken waren bij de hulp/behandeling aan de jeugdige:

- interview met een psychiater;
- interview met twee behandelcoördinatoren;
- Interview met een gezinsmaatschappelijk werker;
- interview met vier pedagogisch medewerkers;
- een rondleiding op OGH.

De inspectie heeft van alle gevoerde gesprekken gespreksverslagen gemaakt, die zijn geaccordeerd door de gesprekspartners.

De volgende documenten zijn beoordeeld:

- het dossier van OGH;
- dagrapportages en decursussen psychiater van OGH;
- documenten rondom het suïcidepreventiebeleid van OGH;

www.igj.nl