Samenvatting Onderzoeksrapport BC Woodbrookers
IGJ kenmerk 104619

Onderzoeksrapport opgesteld door Move professionals d.d. september 2022
Samenvatting opgesteld door Jeugdhulp Friesland d.d. november 2022

Inhoud

1. **Aanleiding** 2
2. **Onderzoek** 2
3. **Bevindingen en aanbevelingen** 3
4. **Conclusie** 8
5. **Eindconclusie JHF** 9

Disclaimer

Jeugdhulp Friesland vindt het belangrijk om te leren van calamiteiten. De uitkomsten van dit onderzoek geven inzichten en handvatten om de zorg te verbeteren.

Voor enkele bevindingen geldt dat wij van mening zijn dat deze genuanceerder liggen dan het onderzoeksrapport doet schetsen. Ook zijn in de tussenliggende periode verbetermaatregelen doorgevoerd op locatie Behandelcentrum Woodbrookers. Voor een overzicht van nuances en doorgevoerde verbetermaatregelen verwijzen wij graag naar de bijbehorende oplegger van het onderzoeksrapport.

Niets uit deze rapportage mag zonder voorafgaande toestemming van Jeugdhulp Friesland worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt.

1. Aanleiding

Voor u ligt de samenvatting van een omvangrijk onderzoeksrapport dat uitspraken doet over de situatie op locatie Behandelcentrum Woodbrookers (hierna: BWB) van Jeugdhulp Friesland (hierna: JHF).
De aanleiding van dit onderzoek was een melding van een calamiteit bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: Inspectie) door JHF. Ook de ouders van de betreffende jeugdige hebben een melding gedaan bij de Inspectie.

JHF heeft Move professionals, een onafhankelijk onderzoeksbureau gevraagd de casus te onderzoeken én om het onderzoek breder te trekken door voor deze én een andere casus, waarbij sprake was van een combinatie van agressie en zelfbeschadigend gedrag, te achterhalen welke – meer structurele oorzaken – ten grondslag liggen aan deze incidenten. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode medio april ’22 – oktober ’22.

Met het onderzoek wil JHF antwoord krijgen op de vraag wat er nodig is om deze doelgroep, die toenemend ook met een machtiging gesloten jeugdzorg wordt verwezen, de juiste zorg te kunnen bieden.

2. Onderzoek

Voor dit onderzoek naar de aard en achtergronden van veel voorkomende incidenten, aan de hand van een tweetal geanonimiseerde casussen, is met een groot aantal mensen gesproken en zijn er uitgebreide dossier- en beleidsonderzoeken gedaan. Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van de Prisma methode.

Als er incidenten, bijna-incidenten en calamiteiten voorkomen is het belangrijk dat bepaald wordt wat gemaakt heeft dat de ongewenste situatie zich heeft voorgedaan. Daarna kunnen pas de juiste verbetermaatregelen worden genomen om herhaling van vergelijkbare incidenten te voorkomen.

De Prisma methode is een methodiek om systematisch basisoorzaken te achterhalen en om verbetermaatregelen te nemen. Deze methode bestaat uit:

- De basisoorzaakanalyse (BOA);
- Het classificeren van de basisoorzaken in een aantal categorieën;
- Het nemen van verbetermaatregelen.

Het onderzoek heeft de volgende centrale vraag als uitgangspunt genomen:

Wat kan BWB leren en verbeteren van twee casussen die een veranderende doelgroep illustreren die vaker extreem (zelfbeschadigend, suïcidaal en buitensporig agressief) gedrag laten zien? Wat is er nodig om deze groep de zorg te bieden die zij nodig hebben?

Uitgangspunt voor dit onderzoek waren twee casussen waarin een combinatie van ernstig en levensbedreigend zelfbeschadigend gedrag, wegloopgedrag en agressief gedrag naar personeel centraal stond. De inspectie heeft JHF nadrukkelijk verzocht om niet alleen naar de gemelde calamiteiten te kijken maar ook breder naar incidenten die aan deze casussen gerelateerd zijn.

Casus 1
Jeugdige van 14 jaar oud bij opname op BWB in juli 2021. Opname middels een spoedmachtiging gesloten jeugdhulp vrijwillig kader, met instemming ouders met gezag.
Jeugdige raakte voor het eerst bekend binnen de hulpverlening toen ouders in juni 2021 Spoed voor Jeugd inschakelden. Aansluitend is vanuit JHF Ambulante Spoedhulp gestart en wordt jeugdige tijdelijk bij de crisisinterventie van JHF geplaatst. Kort na start is het gebiedsteam ingeschakeld.
Onderzochte calamiteit: inslikken knoopcelbatterij door jeugdige. Jeugdige liep hierdoor schade op aan de slokdarm en is opgenomen en geopereerd in het ziekenhuis.
Er is tevens gekeken naar een incident op mogelijk seksueel grensoverschrijdend gedrag (hierna: sgog) door een groepsgenoot naar jeugdige dat niet is gemeld bij de Inspectie.

Casus 2
Jeugdige van 16 jaar oud bij opname op BWB in juni 2021. Opname middels een spoedmachtiging gesloten jeugdzorg vrijwillig kader. Jeugdige was al eerder bekend binnen de hulpverlening, het CJG is vanaf 2017 betrokken.
Onderzocht incident: agressie door jeugdige. Situatie waarbij jeugdige samen met andere jeugdigen rond het terrein van BWB voor een onveilige situatie zorgde (stichten van een brandje, agressie op materiaal van omwonenden, agressie naar medewerkers). Hierbij is de politie ingeschakeld.

3. Bevindingen en aanbevelingen

3.1 Fundamentele oorzaken incidenten

Er zijn gesprekken gevoerd met diverse medewerkers en partijen die op enig moment betrokken zijn geweest bij de casussen. Uit de Prisma analyse van het onderzoek komen onderstaande fundamentele oorzaken van de incidenten (kernthema's) naar voren. Deze kernthema's geven in beide casussen antwoord op de vraag hoe de situatie uit de topgebeurtenis heeft kunnen ontstaan:
"de (ongewenste) situatie waarin twee jeugdigen betrokken waren bij een groot aantal forse incidenten van zelfbeschadigend en/of agressief gedrag, die veel impact hebben gehad, en waarop BWB in haar huidige behandelsetting onvoldoende antwoord heeft."

De thema's liggen in de kern (de basis) ten grondslag aan het kunnen ontstaan van deze situaties.

Kernthema's (fundamentele oorzaken incidenten) uit het onderzoek

1. **Onvoldoende probleemanalyse, werkhypothesen en diagnostiek in casus 1., onvoldoende gerichtheid op oorzaken van het gedrag in beide casussen**: uit het onderzoek komt naar voren dat in beide casussen er weinig is gekeken naar de achtergrond en oorzaken van het probleemgedrag. In één van de casussen komt de psychodiagnostiek niet van de grond en wordt geen systeemanalyse gemaakt.
   Gevolg: daardoor is de behandeling van casus 1 feitelijk 'blind' opgestart en ingevuld.

Aanbevelingen kernthema 1

a) Maak afspraken met ketenpartners over minimale informatie over de achtergronden van de problematiek voor opname.
b) Maak een gezinsanamnese/systeemanalyse een vast en verplicht onderdeel van de Jeugdzorgplus klinische integrale behandeling.
c) Maak afspraken (intern) over de termijn waarop werkhypothesen, probleemanalyse en diagnostiek beschikbaar moeten zijn, en faciliteer dit proces door voldoende capaciteit hiervoor beschikbaar te stellen.
d) Borg in intaketraject een multidisciplinaire screening van jeugdigen, waarbij een kinder- en jeugdpsychiater, een systeemtherapeut en een orthopedagoog (gn) of kinder- en jeugd psycholoog zijn betrokken. Neem in deze screening een (voorlopige) beoordeling op over welke problematiek voorliggend is.

2. Onvoldoende onderscheid in behandelstrategie naar oorzaken gedragsproblematiek (psychiatrie, systemisch, extern, etc.): binnen BWB wordt nog onvoldoende gekeken naar de voorliggende problematiek en/of stoornissen van de jeugdigen, en de consequenties die dat moet hebben voor de behandeling en de regie daarop. Het behandelklimaat is nu in basis voor alle jeugdigen hetzelfde, wanneer dat niet blijkt te matchen kan er een plan op maat worden gemaakt.
Gevolg: hierdoor lijkt niet te worden herkend dat psychiatrische problematiek een eigen kennis- en deskundigheidsniveau vereist en mogelijk een andere aanpak.

Aanbevelingen kernthema 2

a) Neem in de werkwijze op, dat zo spoedig mogelijk in het behandeltraject minimaal één werkhypothese is geformuleerd die gebaseerd is op een verklarende analyse.
b) Baseer de behandelstrategie en het behandelklimaat vanaf het 1e behandelplan op de voorlopige beoordeling van voorliggende problematiek en op basis van de werkhypothesen.
c) Wees in behandelplan concreet over de specifieke bejegening passend bij de voorliggende problematiek, het IQ en eventueel aanwezige trauma's van de individuele jeugdige.
d) Stel vast welke discipline de behandelregie zou moeten krijgen, gezien de voorliggende problematiek. e. Overweeg of een aparte groep specifiek afgestemd op- en ingericht voor jeugdigen met voorliggende psychiatrische problematiek een meerwaarde kan hebben op de huidige situatie.

3. Onvoldoende duidelijk gepositioneerde integrale regie op behandeling: de Regiebehandelaar voert in beginsel de regie over de behandeling van individuele jeugdigen. Door de betrokkenheid van verschillende behandelaren, én van lijnverantwoordelijken, zijn er in de praktijk verschillende visies, interventies en strategieën ingezet, zonder dat dit goed gecoördineerd en afgestemd werd. Daarnaast is onvoldoende geconcretiseerd welke bevoegdheden nodig zijn om daadwerkelijk regie én verantwoordelijkheid te kunnen voeren over complexe behandeltrajecten. Door de overlap in lijn- en behandelverantwoordelijkheid, kon deze situatie blijven bestaan.
Gevolg: hierdoor kon het overzicht in casus 1. zoek raken en was er niemand die vanuit afstand en expertise op voorliggende problematiek de regie kon voeren of een (aanpassing van de) behandelstrategie.

Aanbevelingen kernthema 3

a) Ontwikkel, samen met de vakgroep gedragswetenschappers (inclusief systeemtherapeut en klinisch psychologen) en medici (inclusief psychiater en verpleegkundig specialist GGZ) een duidelijke visie op wat behandelregie inhoudt binnen de Jeugdzorg Plus en verbindt hier concrete bevoegd- en bekwaamheden aan.
b) Borg dat regiebehandelaren op basis van hun begeleidings- en behandelstrategieën lijnen kunnen uitzetten naar andere disciplines, teams, ketenpartners en familie van jeugdigen.
c) Borg dat een regiebehandelaar zwaarwegend advies heeft over het programma van eisen met betrekking tot het benodigde behandelklimaat, bezetting, deskundigheid, multidisciplinariteit, externe consultatie, contra-indicaties, et cetera.
d) Maak afspraken over hoe en met wie gesproken wordt bij knelpunten of verschillen van inzicht binnen de vakgroep of in relatie tot het management.
e) Borg in de werkwijze dat regiebehandelaren concrete afspraken maken over vaste aanspreekpunten voor ouders én jeugdigen.

4. Geen effectieve geborgde werkwijze om op casus en teamniveau op de werkvloer te leren van incidenten: BWB verzamelt informatie over incidenten en de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze informatie wordt echter nog niet voor inhoudelijke analyses naar cruciale factoren en structurele oorzaken, of trends en patronen gebruikt. Er zijn geen checks ingebouwd waarmee kan worden gestimuleerd dat bij een bepaalde hoeveelheid incidenten, of bij incidenten met een grote impact, er een pas op de plaats wordt ingelast, om met andere en/of externe disciplines, gezamenlijk en multidisciplinair de lopende behandeling tegen het licht te houden en een nieuwe behandelstrategie te bepalen. In het MIZ-systeem ontbreekt daarnaast de mogelijkheid om melding te doen van incidenten in de samenwerking met het gezinssysteem of ketenpartners.

Gevolg: hierdoor worden incidenten wel geregistreerd, maar wordt er nog onvoldoende effectief geleerd van de incidenten

Aanbevelingen kernthema 4

a) Kies een erkende werkwijze/methode (bijvoorbeeld Prisma light/review) om incidenten op casus en teamniveau inhoudelijk te analyseren, en train sleutelfiguren (bijvoorbeeld kwaliteitsmedewerkers en zoco's) hierin.
b) Borg een periodieke incidentenanalyse o.l.v. geschoolde sleutelfiguren in elk team.
c) Neem in de werkwijze checks en balances op over wanneer er externe expertise moet worden ingevlogen bij deze analyses (bijvoorbeeld bij x aantal incidenten per week, bij vastlopende zorgsituaties, bij ernstige veiligheidsrisico's, et cetera) en wees hierin niet terughoudend.
d) Borg dat de verbeteringen uit de incidentanalyses worden vastgelegd en de opgedane inzichten voor zover relevant verspreid in andere teams.

5. Handelingsverlegenheid in het effectief doorpakken van veiligheidsproblematiek, mede door cultuur en onvoldoende continuïteit in (behandel en algemeen) management: er is een zekere terughoudendheid bij medewerkers om adequaat door te pakken in situaties waarvan iedereen achteraf zegt: dit had anders gemoeten en niet zo lang mogen duren. Daarbij wordt door medewerkers onder andere verwezen naar de wisselingen in management, maar het heeft ook te maken met een cultuuraspect, een te lang volgehouden: "wij moeten dit kunnen".
Gevolg: hierdoor is er in de onderzochte periode onveiligheid in het leef-, behandel- en werkklimaat ontstaan.

Aanbevelingen kernthema 5

a) Zorg voor continuïteit in het (behandel) management en wees bewust van degevolgen van discontinuïteit en besteed daar actief aandacht aan;
b) Maak veiligheid van medewekers ook prioriteit in de afweging van het aannemen en voortzetten van een behandeling, Waarbij de mogelijkheid dat 'wij het niet (meer) kunnen' actief bespreekbaar moet zijn.
c) Koppel nadrukkelijk het beperken van vrijheid en het verkrijgen van vrijheden, aan veilig gedrag van jeugdigen
d) Ontwikkel samen met behandelaren een strategie m.b.t. veiligheid van medecliënten en medewerkers, in het kader van het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen en toenemende complexere problematiek.

6. Handelingsverlegenheid in het omgaan met ouders met gezag bij gesloten plaatsing in het vrijwillig kader: in één van de onderzochte casussen bleek sprake van een moeizame behandelrelatie met de ouders. Dit is mede veroorzaakt doordat er geen ervaring is in het omgaan met gesloten plaatsingen in een vrijwillig kader[1] [1] . Bij de crisisopname en ook kort na opname zijn geen voorwaardelijke afspraken gemaakt met ouders vanuit de vraag wat nodig is voor een succesvolle behandeling. Ook is er tijdens de opname geen coördinatie en strategie op communicatie en omgang met ouders. Medewerkers spreken van grensoverschrijdend gedrag door ouders maar dit is niet besproken met ouders en hieraan zijn geen consequenties verbonden.
Uit dit onderzoek blijken er nog weinig handvatten te zijn om, om te gaan met ouders met gezag, die een betrokken, actieve en assertieve rol spelen tijdens de behandeling van hun kind. Ook doordat de systeemproblematiek en achtergrond van ouders geen onderwerp van gesprek (mochten) zijn, werd de behandelrelatie onderdruk gezet.
Gevolg: hierdoor kon geen goede behandelrelatie met het gezinssysteem worden onderhouden.

[1] Een jeugdige kan in het 'vrijwillig kader' worden opgenomen in een instelling van gesloten jeugdhulp, als zijn wettelijke vertegenwoordigers (ouder(s) met gezag of voogd(en), niet zijnde de GI) daarmee instemmen. Het gaat hier dus om de situatie dat de jeugdige niet onder toezicht is gesteld.

Aanbevelingen kernthema 6

a) Borg in de hoog specialistische zorg de rechten én plichten die ouders hebben bij opname in BWB.
b) Ontwikkel een werkwijze over samenwerking en regie (zowel intern als in samenwerking met ketenpartners) in de communicatie met ouders als deze complex is of vastloopt.
c) Ontwikkel een stappenplan bij moeizame samenwerking met ouders en betrek daar ketenpartners bij. Overweeg dat er een, niet inhoudelijk betrokken casusregisseur/ casemanager wordt aangesteld die het samenwerkingsproces met ouders coördineert.
d) Borg in de werkwijze wanneer het aanvragen van een OTS aan de orde is als de samenwerking met ouders stagneert en maak hierover afspraken met ketenpartners (gebiedsteam, Regiecentrum Bescherming en Veiligheid).

7. Werkwijze samenwerken met ketenpartner bij gesloten plaatsing in vrijwillig kader: met gesloten plaatsing in een vrijwillig kader is er zowel bij BWB als het gebiedsteam weinig ervaring en ontbreken afspraken over regie, samenwerking en afstemming. Ook ontbreken afspraken over omgang met ouders en voorwaarden aan ouders voor behandeling in vrijwillig kader. Bij BWB en het gebiedsteam is er handelingsverlegenheid in het omgaan met ouders met gezag die eisen stellen en verbieden om informatie te delen. De door het gebiedsteam gewenste driehoeksaanpak (gebiedsteam, BWB en ouders) komt niet van de grond.
Gevolg: hierdoor was er feitelijk geen sprake van samenwerking tussen gebiedsteam en BWB en is er niet een gezamenlijke aanpak geweest in het omgaan met het gezinssysteem van casus 1.

Aanbevelingen kernthema 7

a) Maak afspraken over delen van informatie, afstemmingsmomenten en regie, en leg deze vast in het hulpverleningsplan.
b) Maak bij de start afspraken wat te doen (en met wie) bij verschillen van inzicht of onverwachte knelpunten in een casus.
c) Bespreek of er eisen gesteld kunnen worden aan het voorliggend traject, bijvoorbeeld een verklarende analyse, diagnostiek, systeemtaxatie en IQ onderzoek.
d) Maak gebruik van de eerder opgestelde notitie tussen manager BWB en gebiedsteam.

8. Inhoudelijke strategie en aanpak gevolgen personeelskrapte op de werkvloer: in beide casussen is het verloop en verzuim onder personeel ten gevolge van corona en de inzet van tijdelijke uitzend-, inval-, en interim krachten, van grote invloed op het beloop. JHF zet in deze periode wel in op het organiseren van de aantallen (de medewerkers) maar heeft geen inhoudelijke aanpak of strategie, hoe om te gaan met de consequenties van grote wisselingen van personeelsleden op het basis behandelklimaat, en het methodisch klimaat de invallende medewerkers hierin niet geschoold zijn en de communicatie naar ouders.
Gevolg: hierdoor ontstaat een kloof tussen theorie en praktijk, tussen beoogd behandelklimaat en de praktijk in de groepen

Aanbevelingen kernthema 8

a) Vraag de inhoudelijke vakgroep(en) (gedragswetenschappers, artsen, psychiater, Verpleegkundig Specialist een voorstel te maken over de minimale eisen die gesteld mogen/moeten worden aan de inzet van personeel, qua aantal, opleidingsniveau, deskundigheid, dienstverband, om per groep een acceptabel behandelklimaat te kunnen inrichten en behouden. Maak afspraken over de situatie als het basis- en/of het methodisch leefklimaat niet meer op orde kan worden gehouden door te weinig personeel e.d. Beschrijf wie, op welk moment hierover besluit en wat de verschillende scenario's van afschalen zijn en wie hierbij betrokken moeten worden zowel intern als in de keten.
b) Maak werk van de werving van een manager behandelzaken die de verbindende schakel functie kan oppakken en de continuïteit van zorg mee kan bewaken.
c) Overweeg of een gedragstherapeutisch fase programma kan ondersteunen bij het afbouwen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Los van de aanbevelingen op de kernoorzaken wordt ten aanzien van casus 1 nog de volgende aanbeveling gedaan:

Aanbeveling casus 1: indien de jeugdige weer in de regio zal worden geplaatst → formeer een regieteam in de keten met een onafhankelijke casusregisseur in de keten en maak een plan van aanpak.

a) Spreek af en faciliteer dat alle relevante informatie wordt gedeeld.
b) Maak concrete (bindende) afspraken over mandaat en doorzettingskracht.
c) Overweeg deelname van veilig Thuis aan dit regieteam.
d) Borg de veiligheid en inbreng van de jeugdige zelf in het plan van aanpak.

3.2 Bevindingen n.a.v. het incident op sgog

Naar aanleiding van het op pagina 2 genoemde incident op seksueel grensoverschrijdend gedrag (sgog) zijn de volgende bevindingen gedaan. De melding is wel volgens protocol opgepakt en er is aangifte gedaan bij de politie. De impact van de melding is niet nader ondergezocht en er is niet geanalyseerd naar mogelijke risico's op vergelijkbare voorvallen. De belangrijkste oorzaak hiervan is gelegen in het beleid/protocol van JHF waarin onvoldoende zichtbaar is hoe te handelen bij meldingen of ernstige signalen van sgog, bijvoorbeeld met verwijzing naar de inzet van taxatiegesprekken en diagnostische interviews. Ook niet helder dat alle signalen van mogelijk sgog centraal gemeld moeten worden.

Aanbevelingen

a) Breng de definities van meldenswaardige incidenten (bij de IGJ) zoals ernstig letsel na geweld e/o na automutilatie en meldingen van sgog nadrukkelijk en periodiek onder de aandacht van managers en behandelaren en andere sleutelfiguren.
b) Borg in beleid/protocol van JHF dat voldoende zichtbaar is hoe te handelen bij meldingen of ernstige signalen van sgog, bijvoorbeeld met verwijzing naar de inzet van taxatiegesprekken en diagnostische interviews.

3.3 Overige bevindingen

Naast de fundamentele oorzaken van de onderzochte incidenten zijn onderstaande nevenbevindingen gedaan.

1. Onveiligheid van – en geweld tegen medewerkers: de vele incidenten in beide casussen, hebben geleid tot onveiligheid en geweld tegen medewerkers, met soms ernstig letsel tot gevolg. Deze ervaren onveiligheid is van invloed geweest op hoe beide jeugdigen werden ervaren en op hoe er werd geïntervenieerd. De gevolgen en impact van de grote hoeveelheid incidenten op zowel de medewerkers als op de groepsgenoten van jeugdigen zijn in dit onderzoek niet nader onderzocht, maar worden door onderzoekers wel nadrukkelijk onder de aandacht gebracht. De impact van onveiligheid op medewerkers en medecliënten (en ook op ouders van jeugdigen) mag niet onderschat worden.

Aanbevelingen

a) Bevraag medewerkers op gevoelens van onveiligheid en onderzoek de omstandigheden
b) Maak samen met medewerkers een plan van aanpak hoe de veiligheid van medewerkers, ook tijdens incidenten en op en rond het terrein, beter kan worden geborgd.
c) Organiseer passende training en bijscholing op dat gebied.

2. Onveiligheid in de buurt (omgeving): de dilemma's inzake de (on)veiligheid in de buurt en de onduidelijkheid over de vraag wie verantwoordelijk is voor het handhaven van die veiligheid, heeft voor grote onrust en gevoelens van onveiligheid gezorgd. De maatregelen die genomen zijn lijken

effectief, maar er zijn zorgen bij de buurtbewoners dat deze maatregelen zoals extra inzet van beveiliging weer zullen verdwijnen en dat dan de onveiligheid weer terugkeert.

Aanbevelingen

a) Geef prioriteit aan de veiligheid in de buurt. Continueer de huidige communicatiestructuur met vertegenwoordigers en maak met een brede vertegenwoordiging, in aanwezigheid van de wijkagent en gemeente concrete afspraken over:
- Handhaafbare afspraken, duidelijke interventies
- Politie ingrijpen, voor bedreiging en vernieling
- Stappenplan bij oplopende spanningen

3. Passende school e/o een activiteitenprogramma: er is naar voren gekomen dat beide jeugdigen moeite hadden om deel te nemen aan school. Hoewel er een individueel programma mogelijk is dat ook thuis (bij BWB) gevolgd kan worden, is niet duidelijk in hoeverre de schoolse activiteiten ook echt aansloten bij het niveau en de leercapaciteiten van de jeugdigen. Beide jeugdigen hadden beschreven talenten en belangstelling voor specifieke activiteiten. In de onderzochte periode was er geen activiteitenbegeleider beschikbaar en was er vrijwel geen aanbod van activiteiten waaraan de jeugdigen konden deelnemen. Activiteiten (zoals het deelnemen aan sport of hobbyclubs) maken geen onderdeel uit van de behandeling.

4. Conclusie

4.1 Context

BWB biedt hoog specialistische jeugdzorg aan jeugdigen met ernstige en complexe gedrags- en psychiatrische problemen. Dat stelt hoge eisen aan medewerkers op de groep en aan behandelaren. Juist daarom heeft de coronacrisis (met langdurig ziekteverzuim en afwezigheid door quarantaines) en de huidige personeelskrapte op de arbeidsmarkt grote impact op BWB. Daarom is het noodzakelijk dat er een inhoudelijke analyse en strategie wordt opgesteld, over de minimale eisen en maximaal haalbare kwaliteit van zorg in de behandeltrajecten. Het kan niet zo zijn dat deze intensieve vorm van jeugdzorg aan alle hoge kwaliteitseisen kan blijven voldoen als er onvoldoende middelen en personeel beschikbaar is.

4.2 Fundamentele kernoorzaken

Los van deze context komen uit het onderzoek samengevat drie fundamentele kernoorzaken aan het licht die hebben bijgedragen aan het grote aantal incidenten in beide casussen.

Kernoorzaak 1

In het voortraject, bij de opname én in het behandeltraject erna is onvoldoende stilgestaan bij de achtergrond en oorzaken van de gedragsproblemen waarmee jeugdigen binnenkomen. In een van de casussen is de psychodiagnostiek niet tijdig en niet goed van de grond gekomen. In beide casussen is er sprake van een beïnvloedend gezinssysteem, maar er is geen systeemanalyse of systemische aanpak ingezet. Dat is binnen BWB ook geen voorwaarde voor de behandeling. Daardoor is in de behandeling vooral ingezet op (inzicht in) het gedrag van en door de jeugdige zelf en minder op de achtergronden en oorzaken ervan, noch op het leren omgaan met de thuissituatie.

Kernoorzaak 2

Het grote aantal ernstige incidenten heeft in beide casussen niet geleid tot een inhoudelijke (trend)analyse van oorzaken en omstandigheden, noch tot het inzetten van externe expertise om vanuit professionele afstand mee te kijken naar mogelijke blinde vlekken. Mede hierdoor is een onveilige situatie blijven bestaan voor de jeugdigen zelf, maar ook voor medewerkers. Deze onveiligheid is wel gevoeld en besproken, maar niet adequaat tot staan gebracht. De handelingsverlegenheid hier was het gevolg van een gebrek aan inhoudelijke aansturing (door managementwisselingen) maar ook een cultuuraspect *'wij moeten dit kunnen'.* Ook de complexe en meerdere malen stagerende samenwerking met de ouders in één van de onderzochte casussen heeft niet geleid tot het invliegen van externe expertise of het samen met betrokken ketenpartners

werken aan een gezamenlijke koers en strategie. Dit alles is er de oorzaak van dat er in beide casussen van crisis naar crisis is gegaan, en er steeds reactief moest worden gereageerd op incidenten en problemen, in plaats van deze proactief proberen deze vóór te zijn.

Kernoorzaak 3
JHF geeft de medewerkers op BWB onvoldoende handvatten om, om te gaan met complexe gezinssystemen. Dit speelt in beide casussen, maar in één ervan heeft het geleid tot conflicten met de ouders, het opzeggen van de behandeling en het uitplaatsen van de jeugdige. Ouders hadden terecht grote zorgen over hun kind en werden teleurgesteld in hun verwachting en hoop dat een plaatsing in de Jeugdzorg Plus veiligheid zou bieden. Ze hebben een toenemend wantrouwen ontwikkeld naar JHF, omdat zij signaleerden dat een adequate begeleiding en behandeling van hun kind niet van de grond kwam en het aantal incidenten toenam. Handelingsverlegenheid in het omgaan met en begrenzen van ouders met gezag en het maken van onvoldoende bindende afspraken daarover in de werkwijze en behandelmodule, zijn belangrijke oorzaken hiervan.
Daarnaast speelt ook een sterk gevoel van: *'wij moeten dit kunnen, als wij het niet kunnen wie dan wel'.* Dit gevoel maakt dat BWB niet snel geneigd is expertise van buiten in te roepen, terwijl dit soort complexe problematiek in gezinssystemen juist een brede, multidisciplinaire en instellingsoverstijgende aanpak vraagt.
De complexiteit van deze casus heeft ook het gebiedsteam Noardeast Fryslân en het Regionaal Expertiseteam Friesland parten gespeeld. Ouders hebben een grote rol kunnen spelen in het niet willen delen van informatie tussen zorgaanbieders, en het kunnen weigeren van een probleem- of systeemanalyse en beoordeling van de invloed daarvan op de problemen van de jeugdige. Doordat tot nu toe onafhankelijke casusregie, brede samenwerking, doorzettingskracht én bindende kaders voor ouders hebben ontbroken, konden de ouders een grote invloed houden. Hierdoor zijn wel de betrokken zorgaanbieders ter verantwoording geroepen, maar blijft de invloed van ouders op het vraagstuk van hun kind grotendeels buiten schot.

4.3 Conclusie
Geconcludeerd kan worden dat door de genoemde kernoorzaken, binnen de geschetste context, BWB niet was toegerust om in deze complexe casussen, waarbij het gezinssysteem (in een vrijwillig kader) zo'n grote rol speelt, passende zorg en behandeling te bieden. Alle betrokken professionals hebben zich verbonden aan deze jeugdigen en dat er met bevlogenheid keihard is gewerkt om deze jeugdigen weer perspectief te bieden. Dat is op onderdelen ook zeker gelukt. Niettemin kan BWB zich op de geschetste onderdelen enorm versterken en verbeteren, waardoor de behandelaren en medewerkers veel beter zullen worden ondersteund en toegerust bij het zeer complexe werk waarvoor ze staan.

5. Eindconclusie JHF

Met dit onderzoek wilde JHF antwoord krijgen op de vraag wat er nodig is om deze doelgroep, die toenemend ook met een machtiging gesloten jeugdzorg wordt verwezen, de juiste zorg te kunnen bieden.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de JeugdzorgPlus locatie in Kortehemmen onvoldoende toegerust was op een aantal zeer complexe hulpvragen. De impact hiervan is groot, in eerste plaats voor de (ouders van) cliënten. Het raakt ook de betrokken medewerkers die ondanks moeilijke omstandigheden een positieve impuls proberen te geven aan het leven van jongeren met complexe problemen.

Wij zien dat de complexe zorgvraag toeneemt en dat ons huidige aanbod, de samenwerking in de keten en de randvoorwaarden waarbinnen wij ons werk moeten doen niet meer voldoende passend zijn. Wij nemen de aanbevelingen uit het onderzoeksrapport zeer serieus en gaan op basis daarvan een verbeterplan maken. Het onderstreept ook de noodzaak van de manier waarop wij bezig zijn om in de nabije toekomst de residentiële behandeling anders te organiseren.