

# Geweld in de kinder- en jeugdpsychiatrie, 1945-heden. Ervaringen, risicofactoren en doorwerking in het latere leven.

*Marian van der Klein, Jacques Dane en Majone Steketee*

*Verwey-Jonker Instituut*

*Eindrapport in opdracht van de Commissie Geweld in de Jeugdzorg, april 2019*

*Met medewerking van Esther Horrevorts en Katinka Lünemann*

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding: onderzoeksvragen en -methoden .....	3
1.1	De KJP sector .....	3
1.2	Ontwikkelingen in de sector sinds 1945.....	4
1.3	Het onderzoeksproces.....	5
1.4	De opbouw van dit rapport .....	6
2.	Resultaten van onderzoek naar geweld in de KJP-sector.....	8
2.1	Wat is er aan geweld voorgevallen in de KJP tussen 1945 en heden? .....	9
2.1.1	Seksueel geweld .....	10
2.1.2	Fysiek geweld .....	13
2.1.3	Psychisch geweld .....	15
2.1.4	Institutioneel geweld: fixatie, isolatie en dwangmedicatie.....	17
2.2	Hoe heeft het geweld in de KJP kunnen plaatsvinden?.....	22
2.2.1	Het macroniveau: de maatschappelijke, politieke en juridische context .....	22
2.2.2	Het mesoniveau: personeel, behandelsetting en professionele cultuur .....	26
2.2.3	Microniveau: de toenemende complexe psychiatrische problematiek.....	30
2.3	Hoe hebben pupillen dit geweld ervaren en welke invloed heeft dit gehad op hun latere leven? .....	31
3.	Conclusies en implicaties.....	34
3.1	Conclusies .....	34
3.2	Implicaties .....	37
4.	Literatuurlijst.....	38

## 1. Inleiding: onderzoeksvragen en -methoden

Met deze sectorstudie over geweld in de residentiële jeugd-GGZ, hierna de kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) genoemd, van 1945 tot heden wil het Verwey-Jonker Instituut de Commissie Geweld in de Jeugdzorg (hierna de commissie) inzicht geven in de ervaringen van geweld, de aard van het geweld, de risicofactoren die konden leiden tot geweld en de doorwerking bij patiënten van het geweld in de KJP. Deze sectorstudie is een van de zeven sectorstudies die de Commissie Geweld in de Jeugdzorg onder voorzitterschap van prof. dr. Micha de Winter heeft uitgezet. Drie vragen staan hier centraal:

- Wat is er aan geweld voorgevallen in de KJP tussen 1945 en heden?
- Hoe heeft het geweld in deze sector kunnen gebeuren?
- Hoe hebben de pupillen het geweld ervaren en welke invloed heeft dit gehad op hun latere leven?

### 1.1 De KJP sector

De naoorlogse geschiedenis van minderjarigen in KJP-instellingen houdt verband met de geschiedenis van de jeugdhulpverlening, maar meer nog met de geschiedenis van de volwassenenpsychiatrie en de gezondheidszorg. De auteurs van de voorstudie over de KJP schrijven dat de KJP verschilt van de jeugdzorg, gezien de aard van de problemen van de kinderen en jeugdigen, de kenmerken van de (therapeutische) behandeling en de manier waarop de zorg wettelijk was ingebed: de jeugd-GGZ viel tot 2014 onder de gezondheidszorg.<sup>1</sup> De sector is daardoor aan andere wetgeving gebonden dan de jeugdhulpverlening, zoals zorgstandaarden, behandelmethoden en wetgeving over de relatie arts-patiënt.<sup>2</sup> Kernbegrippen in de behandeling zijn de rechten van de patiënt, de plichten van de arts en professioneel medisch handelen. Sinds 1995 gelden met de invoering van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, 1994) in de KJP bepalingen over toestemmingsrecht (*informed consent*), zelfbeschikking en informatieplicht van minderjarigen. Vóór 1995 was toestemming van de ouders nodig voor opname en behandeling in de KJP (zogenoemde 'vrijwillige' opnames), behalve als er een kindbeschermingsmaatregel en/of een ondertoezichtstelling (OTS) aan de orde was. Vanaf 2015 valt de KJP-sector onder de Jeugdwet. De sector is een relatief kleine sector: tussen 1945 en nu zijn er naar schatting in totaal maximaal 10.000 jongeren onder 24-uursbehandeling geweest. Cijfers over het aantal bedden en de patiënten zijn niet voor de gehele periode beschikbaar.<sup>3</sup>

De jongeren in de KJP kampen over het algemeen met gedragsproblemen in combinatie met ernstige, complexe, psychische problematiek. Het zijn kwetsbare jeugdigen: ze hebben last van ontwikkelingsstoornissen en psychiatrische stoornissen en komen ook vaak uit een complexe thuissituatie. Ze hebben ernstige vormen van depressie, angststoornissen, ontwikkelingsstoornissen zoals autisme en hyperactiviteit, persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen. Deze jeugdigen zijn opgenomen ter observatie, om een diagnose te kunnen stellen of ter behandeling. Tot 1965 zijn er ook veel kinderen met een verstandelijke beperking opgenomen in de KJP.

---

<sup>1</sup> Bakker et al., *Haalbaarheid*, 151.

<sup>2</sup> <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/organisatie-van-zorg-voor-kind-en-jongere/achtergronddocumenten/specifieke-aandachtspunten-vanuit-patientenperspectief/focus-van-zorg-kwaliteit-van-leven-en-herstel-van-vitaliteit>

<sup>3</sup> Van der Klein en Dane, *Contextstudie*, 5.

## 1.2 Ontwikkelingen in de sector sinds 1945

De naoorlogse KJP heeft vorm gekregen vanuit drie sporen:

- het juridische, criminologische spoor – ter preventie van criminaliteit bij jeugdigen;
- het medische spoor – om psychiatrische stoornissen vroeg te kunnen opsporen en behandelen (de volwassenenpsychiatrie en de algemene kinderziekenhuizen zijn hier van belang);
- en het sociaalpedagogische spoor – om kinderen met stoornissen (en hun ouders) te kunnen begeleiden bij het opvangen van die stoornissen in de opvoeding (de Medisch Opvoedkundige Bureaus speelden een belangrijke rol in de ontwikkeling van de KJP).

De *Archievensgids* van Dane en Walhout (2017) vermeldt 82 KJP-instellingen voor de periode 1945-heden; er waren naar schatting circa twintig behandellocaties per periode actief in de psychiatrische behandeling van minderjarigen.<sup>4</sup> Geneesheren-directeuren – kinderpsychiaters – zwaaiden er de scepter; hun visies bepaalden de behandelmethoden en de huisregels. Tot halverwege de jaren tachtig bepaalden zij en de besturen van deze instellingen ook de preventiemaatregelen ten aanzien van geweld. Tot halverwege de jaren negentig waren artsen en besturen van de instelling in kwestie leidend in de afhandeling van klachten van ouders en kinderen. Daarna verschenen er klachtencommissies in instellingen waarin ook leden van buitenaf zitting hadden.

Vrijwel elke opname in de KJP gebeurde gedurende de gehele onderzoeksperiode met de intentie op maat van het kind te zijn; gedwongen opname is zoveel mogelijk vermeden omdat dat *bijzonder nadelig [zou] zijn voor de behandelrelatie*.<sup>5</sup> Gedwongen opnames vinden na 1994 plaats in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), en vóór de BOPZ in het kader van het opleggen van een jeugdbeschermingsmaatregel. Vóór 1994 betrof het dan vaak kinderen die door de kinderrechtter onder toezicht waren gesteld (OTS). Of het waren kinderen die via de Raad voor de Kinderbescherming ter observatie werden opgenomen. Deze observaties konden langer dan vier jaar duren, onder andere omdat een diagnose stellen niet eenvoudig bleek.<sup>6</sup> In een enkel geval ging het vóór en na 1994 om jongeren wier ouders uit de ouderlijke macht waren ontzet.

In de loop van de naoorlogse periode is de opnameduur van kinderen in een KJP-instelling steeds korter geworden. Werden kinderen tot 1965 nog wel eens langer dan vier jaar opgenomen, tussen 1986 en 2005 was het maximaal één jaar.<sup>7</sup> Vanaf 1985 werd het adagium in de KJP: laat kinderen zo lang mogelijk thuis wonen, vermijd klinische opnames zo lang mogelijk en als het dan nodig is, zorg dan dat het zo kleinschalig mogelijk is, met een zo groot mogelijke betrokkenheid van ouders. Het werd steeds gewoner om ouders bij de behandeling te betrekken, zodat kinderen ook weer eerder terug naar huis zouden kunnen. Sinds 1996 koerst men over het algemeen op een opnametijd van tussen de zes weken en een jaar. Dat betekent niet dat langere opnames uitgesloten zijn; doordat kinderen steeds in een andere instelling opgenomen worden, kunnen sommige kinderen toch nog heel lang achter elkaar residentieel verblijven. Maar het betekent wel dat het niet langer wenselijk wordt geacht om jeugdigen voor een (zeer) lange periode op te nemen. In de meest recente periode, vanaf 2006, is de ideale opnametijd nog weer flink korter geworden: liefst maximaal een aantal weken. Het aantal bedden in de instellingen daalt dan ook drastisch.<sup>8</sup> Er wordt steeds vaker gekoerst op dagbehandeling (*stoelen* in plaats van *bedden*), ambulante behandeling en deeltijdbehandeling van jeugdigen. En als opname noodzakelijk is, gebeurt dat vaak in een sequentie van crisisopname, ambulante behandeling, crisisopname.

<sup>4</sup> Walhout en Dane, *Archievensgids*; Van der Klein en Dane, *Contextstudie*, 9; zie ook Bakker et al., *Haalbaarheid*.

<sup>5</sup> Kamerbrief 25 763 Evaluatie Wet Bopz Nr. 1, 27 november 1997.

<sup>6</sup> Dane en van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 16. Van der Klein en Dane, *Contextstudie*, 10, 14, 19.

<sup>7</sup> *Nota Geestelijke Volksgezondheid* (1984).

<sup>8</sup> Van der Klein en Dane, *Contextstudie*, 14.

De jeugdigen wonen vaak in groepen die ingedeeld zijn op schoolleeftijd: van 0-4 jaar, kleuterschool (4-6 jaar), lagere school (6-12 jaar) en middelbare school (12-18 jaar). In de loop der tijd zijn de groepen steeds kleiner geworden. De jonge patiënten krijgen individuele therapie en groepstherapie, en ze delen het dagelijks leven met elkaar. Ze wonen met hun huisgenoten op de groep: ze eten samen en hebben vaak een huiskamer waar ze bijvoorbeeld gezamenlijk TV kijken. Ook delen ze vaak een kamer. Het aantal bedden op één slaapkamer is in de loop van de tijd afgenomen, waardoor de privacy voor de minderjarigen is toegenomen. Tot op heden zijn twee jongeren op één kamer echter nog steeds geen uitzondering.

### 1.3 Het onderzoeksproces

Op verzoek van de Commissie zijn de volgende perioden onderscheiden in het onderzoek dat aan deze sectorstudie ten grondslag ligt: 1945-1965; 1966-1985; 1986-2005 en 2005-heden. Deze perioden sluiten maar ten dele aan op de geschiedenis van de KJP. Tussen 1986 en nu vormt 1994 voor de KJP een belangrijker scheidingsjaar dan 2005. Vanaf 1994 zorgen verschillende wetten ervoor dat de rechtspositie van patiënten is versterkt en dat de mogelijkheden van dwang in de psychiatrische behandeling zijn afgenomen.

Het Verwey-Jonker Instituut heeft in het onderzoek vijf typen bronnen aangesproken, die ieder een ander aspect van het thema geweld in de KJP belichten:

- Literatuur- en documentenonderzoek (gedrukte bronnen en grijze literatuur): oriëntatie op instellingsgeschiedenissen, jaarverslagen, opleidingsmateriaal, artikelen in tijdschriften als *Deviant* en het *Maandblad Geestelijke Volksgezond (MGv)*, ouderverenigingen en zwartboeken, geeft inzicht in de volgende vragen: *Wat is er bekend over de sector? En wat is er via publicaties bekend over (klachten omtrent) geweld in de sector?*<sup>9</sup>
- Survey-onderzoek: het instituut zette in januari 2018 een enquête uit onder ex-patiënten (en naasten) van de KJP in Nederland. De analyse van de respons van 121 ex-patiënten, 6 huidige patiënten en 27 naasten (familieleden, vrienden en partners) is informatief in het kader van de volgende vragen: *Welke vormen van geweld vonden plaats in de sector volgens ex-patiënten? En hoe hebben de ervaringen doorgewerkt in hun latere leven? Welke risico's zijn er specifiek voor de sector als het gaat om het plaatsvinden van geweld?*
- Verdiepende interviews: het instituut hield 24 verdiepende interviews met slachtoffers van geweld in de KJP, gestratificeerd naar de verschillende onderzoeksperioden, geslacht en locatie van instelling. Vijf geïnterviewden meldden zich via de Commissie, veertien via de survey en vijf via de oproepen op websites van patiëntenverenigingen en dergelijke. De interviews laten zien hoe het ervaren geweld volgens de geïnterviewden heeft doorgewerkt in het latere leven. De interviews informeren ons ook over de reacties van de omgeving en de instellingen op het ervaren geweld: *Heeft men erover kunnen praten en hoe is er destijds gereageerd door ouders, professionals en anderen? Wat was de reactie als men het geweld in de instelling aan de orde stelde?*
- Archiefonderzoek: in de inspectie-archieven en de archieven van twee psychiatrische instellingen met een langlopend archief (Curium, 1955-heden en de Herlaarhof, 1955-heden) is archiefonderzoek gedaan. Algemene archiefstukken zijn bestudeerd – op zoek naar protocol en registraties van geweld (en 'middelen en maatregelen'); verslagen van het dagelijks leven in de instellingen; archiefstukken rond de omgang met klachten; en pupillendossiers. Het

---

<sup>9</sup> In de deelstudies voor de commissie Samson – naar seksueel geweld in jeugdzorg – is de sector kinder- en jeugdpsychiatrie niet onderzocht. Samson et al. (2012). <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/02/06/rapport-commissie-samson-omringd-door-zorg-toch-niet-veilig>

archiefmateriaal levert gegevens op over *dwang en drang in de sector; over de veranderende opvattingen over geweld in de sector en over een veranderend behandelingsregime*.

- Groepsgesprekken met huidige en voormalige professionals in de KJP: kinderpsychiaters, verpleegkundigen, groepsleiders, directeuren, beheerders van klachtenregistraties, nachtwakers, ouder-contactpersonen, en anderen die lange tijd werkzaam zijn (geweest) in de KJP. Met hen is gesproken over de bevindingen uit het archiefonderzoek, en over *het dagelijks leven op de instelling in het verre en recente verleden, over de ontwikkelingen in het vak en over de omgang met geweld op de werkvloer (protocollen, tradities)*.

Door middel van triangulatie (het afwegen, combineren en integreren van de verschillende bevindingen uit de verschillende bronnen) kunnen we de ervaringen met geweld, de reactie daarop van (ex)-patiënten en instellingen en de doorwerking in de latere levens schetsen.

Bij het combineren van de resultaten van de onderzoeksdelen zijn twee kanttekeningen vooraf op zijn plaats. Ten eerste: door het ontbreken van een algemene geschiedenis van de sector in de periode 1945-heden is onderzoek naar de geschiedenis van het geweld in de KJP een ingewikkelde exercitie. Er is weinig gepubliceerd over de naoorlogse geschiedenis van de KJP in Nederland en er zijn ook weinig seriële bronnen beschikbaar (met data over aantal instellingen, aantallen patiënten, et cetera). Een groot deel van wat wij weten over de sector is dus afgeleid uit de groepsgesprekken met (ex-)professionals en het archiefonderzoek.<sup>10</sup> Ten tweede geldt dat wat er exact is voorgevallen aan incidenten, reacties en preventie van geweld in een KJP-instelling, niet volledig te achterhalen valt. De geschiedenis van geweld in de KJP is een mozaïek waarin sommige stukken ontbreken. Geweld is een gevoelig onderwerp en de dossiers bevatten in de meeste gevallen slechts een geselecteerde weergave van incidenten of voorvallen vanuit het instellingsperspectief.

#### *Aansluiting van bronnen op vragen en perioden*

Niet voor alle perioden zijn evenveel bronnen beschikbaar en niet alle vragen kunnen aan de hand van de beschikbare bronnen even uitgebreid beantwoord worden. Wat betreft de archiefstukken: er zijn maar weinig KJP-instellingen met een langlopend archief en van die instellingen waren er maar weinig bereid mee te werken aan dit onderzoek. Ook de archieven en de dossiers van de inspectie hebben wij maar zeer ten dele, – met name voor de vroege en zeer recente periode –, in kunnen zien. Onder andere daardoor is deze sectorstudie voor wat betreft de beantwoording van de vraag naar wat er gebeurd is in de KJP afhankelijk van de survey en de interviews die gehouden zijn. Daarnaast geven zwartboeken over psychiatrie en jeugdzorg uit de tijd zelf (beschikbaar in de periode van 1970-1985), artikelen uit het maatschappijkritische tijdschrift *Deviant* (1993-heden) en websites als die van Stichting Mindrights een antwoord op deze vraag. De interviews bestrijken samen met het survey-onderzoek de gehele onderzoeksperiode.

## **1.4 De opbouw van dit rapport**

Hoofdstuk 2 beantwoordt de drie onderzoeksvragen die hier centraal staan. In hoofdstuk 3 worden samenvattende conclusies geformuleerd over geweld in de KJP.

Bij dit rapport horen vier bronstudies die in deel drie van het commissierapport gepubliceerd zijn. De eerste bronstudie is een contextstudie, gebaseerd op literatuuronderzoek, archiefonderzoek en groepsgesprekken met (voormalige) professionals. De gesprekken met de ex-professionals zijn vooral van belang geweest voor de beantwoording van de eerste twee vragen.

---

<sup>10</sup> Gijswijt-Hofstra et al., *Psychiatrische geschiedenissen*, 173; Bakker et al., *Haalbaarheid*; Van der Klein en Dane, *Contextstudie*.

De tweede bronstudie is een uitgebreide beschrijving van de resultaten uit het survey-onderzoek. Het survey-onderzoek bestrijkt de periode 1966-heden. De derde laat zien wat de verdiepende interviews hebben toegevoegd aan de inzichten die het survey-onderzoek opleverde. De interviews beslaan de gehele onderzoeksperiode. In de vierde bronstudie staan de opbrengsten uit het archiefonderzoek centraal (inclusief de groepsgesprekken met (ex-)medewerkers uit de KJP). Het archiefonderzoek heeft bevindingen opgeleverd over de gehele periode.

## 2. Resultaten van onderzoek naar geweld in de KJP-sector

In haar onderzoeksopdracht heeft de Commissie Geweld in de Jeugdzorg de volgende definitie van 'geweld' meegegeven:

*Geweld is elk, al dan niet intentioneel, voor een minderjarige bedreigend gedrag van fysieke, psychische of seksuele aard dat fysiek of psychisch letsel toebrengt aan het slachtoffer.*

Bij het beantwoorden van de hoofdvragen is deze definitie leidend. De volgende vragen staan hier in drie paragrafen centraal:

- 2.1 Wat is er aan geweld voorgevallen in de kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) tussen 1945 en heden?
- 2.2 Hoe heeft het geweld in deze sector kunnen gebeuren?
- 2.3 Hoe hebben de pupillen het geweld ervaren en welke invloed heeft dit gehad op hun latere leven?

Als het gaat om het beantwoorden van de eerste vraag (paragraaf 2.1), is er in navolging van de Commissie een onderscheid tussen *fysiek*, *psychisch* en *seksueel geweld* gemaakt. In de survey zijn eerst deze vormen van geweld uitgevraagd. Specifiek voor de sector KJP blijkt uit verschillende bronnen dat er sprake is van geweld in verband met fixatie, separeermaatregelen en gedwongen medicatie. In deze sectorstudie is dat geweld onder de noemer 'institutioneel geweld' gebracht. Het is geweld bij maatregelen die onderdeel uitmaken van het behandelbeleid in de sector. Zwartboeken, klachten en respondenten in de survey geven aan dat bij de uitvoering van fixatie, separeer- en isoleermaatregelen in de sector regelmatig geweld voorkwam. In de KJP, – in de woon- en behandelsetting –, zijn regelmatig uitbarstingen van patiënten aan de orde waaronder incidenten tussen patiënten onderling. Personeel kan hierop reageren met in de sector gelegitimeerde middelen en maatregelen, – zoals fixatie, separeren en dwangmedicatie –, die door de opgenomen patiënten als gewelddadig ervaren kunnen worden. Het is moeilijk vast te stellen of het gebruik van dit type dwang in de behandeling een geoorloofde, proportionele vorm van geweld is (geweest) in KJP-instellingen. Uit de bronstudies blijkt dat vanuit het perspectief van de patiënten het al dan niet gelegitimeerde behandelingsgeweld relatief vaak ervaren is als een schending van de lichamelijke en psychische integriteit en daarmee als ongeoorloofd en disproportioneel geweld.

Daarnaast besteedt deze studie apart aandacht aan het *gevoel van onveiligheid* in de sector en de ervaren *verwaarlozing*. Een gevoel van onveiligheid kan bijvoorbeeld ontstaan als men getuige is van geweld ten opzichte van een ander. Hoewel de commissie 'verwaarlozing' en 'getuige zijn van...' niet per definitie onder de noemer van geweld brengt, zijn ze voor deze sectorstudie toch relevant, omdat relatief veel respondenten er de aandacht op vestigen.

In de volgende paragraaf wordt ingegaan op *de aard van het geweld* dat plaats heeft gevonden in de sector. Over *de omvang* van het geweld in de KJP valt naar aanleiding van de bronstudies weinig te concluderen. Er zijn vooral respondenten met negatieve ervaringen geraadpleegd en die hebben vooral over hun *geweldservaringen* gerapporteerd. De respondenten uit de survey geven hun verblijf in de KJP-sector geen hoog cijfer (gemiddeld tussen de 4 en de 5 op een schaal van 10), maar dat betekent niet dat het verblijf alleen negatieve kanten had. In de interviews en de open antwoorden in de survey worden ook goede momenten genoemd tussen medewerkers en pupillen in de KJP. Er waren vertrouwensbanden met mentoren of groepsleiders. Groepsleiders die met patiënten kwamen eten of kinderen gezelschap kwamen houden als ze in de isoleer zaten en mensen bij wie ze hun



verhaal kwijt konden. Afhankelijk van welke groepsleider aanwezig was, kon het gezellig zijn en werden er leuke dingen op de groep gedaan.<sup>11</sup> In deze studie hebben ons echter gefocust op de ervaringen die de pupillen hebben met geweld.

## **2.1 Wat is er aan geweld voorgevallen in de KJP tussen 1945 en heden?**

De interviews, de survey, het archiefonderzoek en de groepsgesprekken met (ex-)professionals uit de KJP bevestigen hetzelfde beeld: in deze sector vond geweld plaats dat afkomstig was van medepupillen én van professionals.

De survey (N=121 ex-patiënten, 6 huidige patiënten en 27 naasten) en de interviews met ex-patiënten (N=24) geven inzicht in de aard van het geweld in de KJP. In het geval van naasten in de survey betreft het veelal een ouder van een (ex-)patiënt; zij hebben de 'naasten-vragenlijst' ingevuld waarin dezelfde vragen staan als voor de ex-patiënten. Aangezien familie of vrienden dezelfde vragen hebben ingevuld als de patiënten zelf (maar dan voor de patiënt in kwestie), is de naasten-respons meegenomen in de analyse van de totale respons.

De resultaten van de survey laten zien dat alle vormen van geweld (psychisch, fysiek en seksueel) in de KJP aan de orde zijn geweest (zie tabel 1). Het geweld werd gepleegd door medepupillen en medewerkers, waarbij alle vormen van geweld vaker door medepupillen zijn gepleegd dan door medewerkers. Van alle vormen van geweld wordt psychisch geweld het vaakst genoemd door de ex-patiënten: pupillen hebben dreiging of angst gevoeld, voor pijn en verwonding maar ook voor vernederingen, en er is veelvuldig gepest en gescholden. Er is psychisch geweld geweest van de kant van medepupillen (89%), maar ook door groepsleiders en therapeuten (66%). Daarnaast noemt ruim één op de drie respondenten seksueel geweld door medepupillen (36%) en één op de vijf door medewerkers (20%). Fysiek geweld door medepupillen noemt twee op de drie respondenten (67%) en drie op de vijf noemt fysiek geweld door medewerkers (60%).

Zoals in de vorige paragraaf is aangegeven hebben we aan de vormen van geweld voor deze sector institutioneel geweld toegevoegd. Daarnaast hebben we gevraagd naar onveiligheid en verwaarlozing. Duidelijk mag zijn dat zowel institutioneel geweld als verwaarlozing alleen betrekking heeft op medewerkers en niet op medebewoners.

Hoewel in de interviews en de open antwoorden van de survey het institutioneel geweld veel genoemd wordt, blijkt dat niet alle respondenten hiermee zelf te maken hebben gehad. Eén op de drie geeft aan wel eens gefixeerd te zijn (33%), iets meer dan de helft is wel eens onder dwang gesepareerd (58%) en ongeveer één op de drie (38%) heeft te maken gehad met dwangmedicatie.

Gevoel van onveiligheid is geen geweld maar het is wel een direct gevolg van het geweld op de afdeling. Het getuige zijn van geweld tussen medebewoners onderling, van een professional ten opzichte van een medebewoner, of van een medebewoner tegen een professional maakt het leefklimaat onveilig. Het merendeel van de respondenten van de survey geeft aan dat dit het geval is. Maar er is meer: respondenten hebben zich daarnaast verwaarloosd gevoeld en vonden ook dat zij niet serieus zijn genomen door de hulpverlening.

---

<sup>11</sup> Zie Van der Klein en Horrevorts, *Bronstudie survey*, 5,6, en Lünemann en Steketee, *Bronstudie interviews*, 7.

Tabel 1. Aard van geweld in de KJP zoals gerapporteerd door respondenten in de KJP-survey.<sup>12</sup>

<b>Aan den lijve ondervonden volgens respondenten survey (n=116, 1945-heden)</b>	<b>Ja (vaak en wel eens voorgekomen)</b>	<b>Nee (= nooit voorgekomen)</b>
Seksueel geweld – door medewerkers	20,0%	80,0%
Seksueel geweld – door medepupillen	35,7%	64,3%
Fysiek geweld – door medewerkers	60,0%	40,0%
Fysiek geweld – door medepupillen	67,0%	33,0%
Psychisch geweld – door medewerkers	66,1%	33,9%
Psychisch geweld – door medepupillen	88,8%	11,2%
Fixatie (dwang)	33,0%	67,0%
Isoleer (dwang)	57,9%	42,1%
Dwangmedicatie	37,5%	62,5%
(Gevoel van) Onveiligheid – getuige geweest van geweld door medewerkers	83,0%	17,0%
(Gevoel van) Onveiligheid – getuige geweest van geweld door medepupillen	88,4%	11,6%
Verwaarlozing en niet serieus genomen – door medewerkers	85,8%	14,2%

In de volgende paragrafen worden de verschillende vormen van geweld afzonderlijk besproken en waar mogelijk wordt er aangegeven of hierin een verschil in tijdsperiode is.

### **2.1.1 Seksueel geweld**

Uit de interviews, het surveyonderzoek en het archiefonderzoek blijkt dat er sprake was van seksueel geweld door medebewoners en medewerkers van de instelling. Een op de vijf respondenten (20%) in het surveyonderzoek geeft aan dat ze door een groepsleider of andere medewerker in de instelling op een seksuele manier zijn aangeraakt (zie tabel 1 en figuur 1). Seksueel geweld kwam in de gehele periode 1945-heden in de residentiële KJP voor. Het is niet mogelijk om aan te geven of hierin een verschil is wat betreft de onderscheiden periodes. Als men kijkt naar het absolute aantal respondenten dat zegt te maken te hebben gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag of misbruik, is er geen verschil tussen de verschillende periodes.<sup>13</sup> Drie respondenten rapporteren expliciet over verkrachting door een medewerker, maar ook seksueel getinte opmerkingen en seksueel contact tijdens en na de behandeling, al dan niet met consent, worden genoemd.

*Bij arbeidstherapie, kaarsen dompelen, anderhalf jaar misbruikt door arbeidstherapeut. De deuring op slot. [Interview, V, verblijfsperiode 1972-1975, 16-18 jaar]*

<sup>12</sup> Van der Klein en Horrevorts, *Bronstudie survey*, 63.

<sup>13</sup> Van der Klein en Horrevorts, *Bronstudie survey*, 17, 20.

Het seksueel geweld gebeurde veelal heimelijk. Toch geeft een aantal slachtoffers uit de periode tussen 1965 en 1985 aan dat er mensen op de hoogte waren van het misbruik: een andere medewerker, hun ouders, een medebewoner die er zelf ook mee te maken had, of de directie van de instelling. Dat had volgens hen geen consequenties voor de betrokken medewerker. De pupillen spraken onderling niet over het misbruik. Respondenten geven aan dat het klimaat was dat het niet bespreekbaar was. *Mondje toe* was in de jaren zeventig volgens hen het onderlinge adagium. Soms heeft de directie wel met ouders of pupillen over het misbruik gepraat. Een respondent vertelt:

*Ik werd door hogere leiding bedreigd met geweld als ik vertelde van seksueel geweld door een collega. [Survey]*

Mede naar aanleiding van de zaak Finkensieper is er na 1985 in de KJP uitdrukkelijker aandacht voor seksueel geweld gepleegd door professionals - Finkensieper werd in 1989 ontslagen en in 1992 werd hij veroordeeld. Vanaf die periode worden er regels en richtlijnen omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag opgesteld, en professionals die zich hier niet aan houden verliezen hun baan.<sup>14</sup>

Iets meer dan één op de drie respondenten in de survey (36%) geeft aan dat zij door een medebewoner in de instelling tegen hun wil op een seksuele manier aangeraakt zijn of een medebewoner hebben moeten aanraken. In absolute aantallen is er geen verschil te zien wat betreft voor en na 1985 als het gaat om respondenten die zeggen dit meegemaakt te hebben, maar omdat er in de eerste periodes veel minder respondenten zijn, is het percentage hoger (50%) dan in de andere periodes (28%). In de toelichting van de surveyrespondenten noemen zowel mannen als vrouwen het seksueel grensoverschrijdende gedrag van medebewoners. Een van de geïnterviewde vrouwen stelt:

*Ik was nog niet binnen of men zat al aan mijn borsten. Dat was wennen. [Interview, V, verblijfsperiode 1990-1992, 15-17 jaar]*

De geïnterviewde mannen vertellen over seksueel misbruik onderling tussen de jongens in verschillende instellingen.

*Maar ook daar, het waren jongens onderling. Ook daar was vaak seksueel misbruik. Niet door de groepsleiding, maar die hadden het niet echt in de gaten. In ieder geval zeiden ze niks. [Interview, M, verblijfsperiode 1981-1984 & 1986-1991, 8-11 & 13-18 jaar]*

Seksueel geweld tussen jongeren lijkt welhaast te horen tot het wonen in de KJP-sector. Volgens de (voormalige) professionals is het:

*[...] iets dat een beetje bij de problematiek van de kinderen hoort en moeilijk uit te bannen is. Er gebeurt wat dat betreft veel tussen de jongeren onderling. De kinderen zitten in de KJP in een periode dat zij zich ook seksueel ontwikkelen. Ze zoeken contact op dit gebied, met elkaar en soms ook met de groepsleiding. [Groepsgesprek met professionals, 2018]<sup>15</sup>*

---

<sup>14</sup> Dane en Van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 17.

<sup>15</sup> Van der Klein en Dane, *Contextstudie*, 8.

De kinderen wonen met elkaar in de KJP en gaan in de tienerjaren seksueel contact met elkaar aan. Uit de gesprekken met de professionals en het archiefonderzoek blijkt dat individuele grenzen daarbij regelmatig overschreden worden. Recentelijk (in 2016) betoogde een instelling bij de inspectie dat zij daarom algemene huisregels heeft ingesteld die het bij elkaar op de kamer komen verbieden.<sup>16</sup>

In het archiefonderzoek bij de instellingen werden meerdere documenten aangetroffen over seksueel geweld door jongeren onderling. Een voorbeeld daarvan zijn de seksuele spelletjes onderling van zes jongens tussen de 10-15 jaar in 1996, waarbij sprake was van intimidatie en geweld. De klacht werd gemeld door een moeder van een van de jongens. Er werd in kaart gebracht wat er precies gebeurd is. Er vonden gesprekken plaats met de ouders, de jongens (de patiënten). Er werden afspraken gemaakt over de te nemen maatregelen. De seksuele activiteiten vonden veelal plaats onderweg van het gymnastieklokaal naar de unit (de leefgroep) en naar de school. De archiefstukken bevatten details over wat er precies gebeurd is. Er is lichamelijk onderzoek verricht in verband met de vraag of iemand een seksueel overdraagbare aandoening heeft opgelopen. In de analyse achteraf in het dossier is genoteerd dat er een actievere vorm van supervisie door volwassenen zal komen, zodat de KJP-instelling voldoende toezicht kan bieden op dergelijke 'spelletjes' en kinderen zich beschermd voelen.<sup>17</sup>

In de dossiers en de groepsverslagen uit de onderzochte KJP-instellingen en in bij de inspectie gemelde calamiteiten wordt regelmatig melding gemaakt van onderlinge seksuele activiteit en van seksueel grensoverschrijdend gedrag, door jongens en meisjes. De inspectie heeft voor dit laatste een afkorting: *SGOG* (Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag). Jongens in de sector doen aan 'seksspelletjes'.<sup>18</sup> Ouders van minderjarige meisjes maken zich regelmatig zorgen over de veiligheid van hun dochter. Ook de meisjes zoeken seksueel contact met medebewoners, 's avonds op de instelling of via een datingsite.<sup>19</sup> Naar aanleiding van sommige klachten van ouders doet de instelling een melding bij de inspectie. Vaak concludeert de inspectie dan, – na onderzoek door de instelling zelf –, dat de instelling passend heeft gereageerd, dat het gebeurde goed is afgehandeld. Meestal bespreken de medewerkers van de instelling het incident na met de kinderen in kwestie en met het hele team. Vaak betreft het een 'onschuldig' incident, wat de instelling en de toezichthouders betreft. Hoe onschuldig het daadwerkelijk was en of de jongeren het gebeurde zelf ook als zo vrijwillig hebben ervaren, blijkt niet uit de archieven.

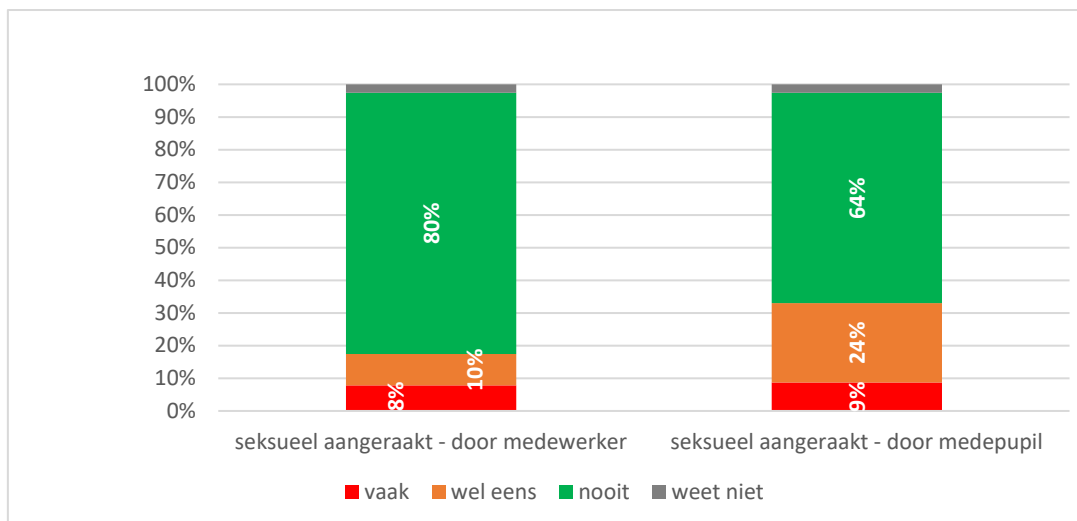
---

<sup>16</sup> Inspectie, KJP8328.

<sup>17</sup> Dane en Van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 6.

<sup>18</sup> Dane en Van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 5 e.v..

<sup>19</sup> Dane en Van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 6, en Inspectie dossier KJP8112 (2015).



Figuur 1. Zelfgerapporteerd seksueel geweld - gepleegd door medewerker of medepupil (n=115).

### Samenvattend beeld

Seksueel geweld kwam in alle decennia voor en gebeurde meestal heimelijk. Seksueel misbruik vond plaats door zowel medewerkers als medepatiënten. Slachtoffers hebben misbruik door medewerkers slechts incidenteel aangekaart en als zij dat deden werden er weinig consequenties aan verbonden voor de medewerkers (zie ook commissie Samson). Dit veranderde in de jaren negentig na de beruchte zaak Finkensieper.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen pupillen onderling werd door de medewerkers vaak als onschuldig seksueel contact tussen pubers afgedaan, waarbij het de vraag is of het voor degenen die het overkwam ook zulke onschuldige incidenten waren.<sup>20</sup>

### 2.1.2 Fysiek geweld

Op basis van de interviews en de survey kan geconstateerd worden, dat volgens de respondenten fysiek geweld regelmatig aan de orde was in de sector. Bijna één op drie patiënten (31%) noemt dat zij vaak hard zijn beetgepakt of geduwd door medewerkers en 28% dat dat wel eens is gebeurd (zie tabel 1 en figuur 2). Ongeveer één op de vijf patiënten (21%) zegt dat zij hard geduwd zijn of geslagen werden door een medewerker, waarvan iets minder dan de helft aangeeft dat het vaak voorkwam. Een op de vijf respondenten (19%) heeft meegemaakt dat een groepsleider of andere medewerker in de instelling hen vroeger zo hard geslagen heeft dat het zichtbaar was (bijvoorbeeld blauwe plekken, schrammen en dergelijke). Iets minder dan de helft van hen heeft dit vaak meegemaakt. Met name in de periode tot 1985 zeggen relatief veel respondenten dat zij te maken hebben gehad met fysiek geweld. De geïnterviewden vertelden over verschillende vormen van fysiek geweld die tot begin jaren tachtig regelmatig werden toegepast, zoals slaan met een rietje of onder de koude douche gezet worden. In latere perioden wordt dit veel minder gerapporteerd.

Over geweld door professionals is in archiefstukken nauwelijks iets te vinden en als dit wel het geval was, dan gaat het vooral over wat wij hier 'institutioneel geweld' noemen; toegepast geaccepteerd geweld dat zo nu en dan geregistreerd werd in verslagen. Dit betreft fysiek geweld dat

<sup>20</sup> Van der Klein en Horrevorts, *Bronstudie survey*, 12 e.v.; Lünemann en Steketee, *Bronstudie interviews*, 18 e.v..

gebruikt werd bij het isoleren of het fixeren van patiënten. In de regel werd dit beschouwd als 'gelegitimeerd geweld'.

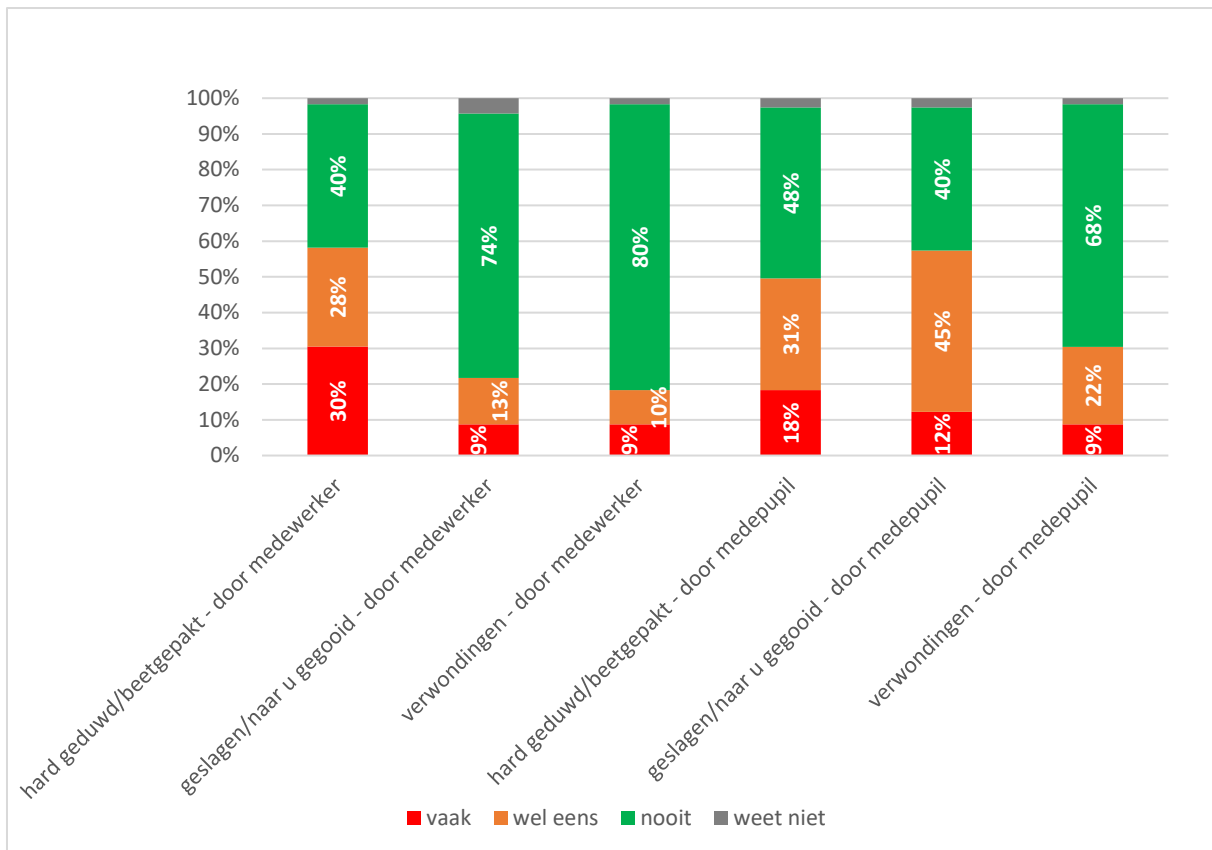
In de interviews en survey vertellen de respondenten ook over geweld door medepupillen in de sector. De helft van de respondenten (50%) geeft aan dat zij hard geduwd of beetgepakt zijn door medebewoners, een derde daarvan geeft aan dat dit zeer regelmatig gebeurde. Geslagen worden of iets naar je hoofd gegooid krijgen door medebewoners wordt vaker gerapporteerd (57%), maar dit gebeurde niet met grote regelmaat. Toch geeft ongeveer één op de drie respondenten (31%) aan dat zij zo hard geslagen zijn door medebewoners, dat zij er letsel aan overhielden. Ook in de interviews noemen de respondenten agressie onderling: ze zijn geslagen en geduwd, met een bezemsteel op het hoofd geslagen, of er is bedreigd met een mes. Ook agressie van medebewoners tegen het meubilair maakte indruk: er werden af en toe deuren ingetrapt. Volgens de respondenten vertoonde een kleine groep veel externaliserend gedrag, met schelden, duwen of slaan, waar de medebewoners veel last van hadden en bang voor waren.

In de archieven zijn met name de sporen (indirecte aanwijzingen) van fysiek, psychisch en seksueel geweld te vinden *van patiënten onderling*. In het archiefonderzoek bij de instellingen zijn meerdere voorbeelden van fysiek geweld door patiënten aangetroffen. In de dossiers varieert dit van slaan en schoppen tot en met wurging. Ook komen in het archiefonderzoek incidenten voor waarin agressie van jongeren richting de groepsleiding speelde, zoals slaan en schoppen.<sup>21</sup>

Qua periodisering valt over het onderlinge fysieke geweld in de KJP voorzichtig te concluderen dat het door de tijd heen is afgenomen. Het percentage respondenten dat in de survey bijvoorbeeld zegt dat zij *nooit* geslagen zijn, neemt gestaag toe in de tijd (29% in de periode voor 1985; 36% in de periode 1985-2005; en 44% in de periode 2005-heden).

---

<sup>21</sup> Dane en Van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 22.



Figuur 2. Zelf-gerapporteerd fysiek geweld - gepleegd door medewerker of medepupil (n=115).

### Samenvattend beeld

Fysiek geweld door medewerkers en bewoners komt gedurende de gehele periode voor. Het geweld lijkt op basis van de survey wel af te nemen in de loop van de tijd, zowel van medebewoners als van medewerkers.

### 2.1.3 Psychisch geweld

Psychisch geweld wordt in deze sector het meeste genomen. In de survey is gevraagd of pupillen zich bedreigd hebben gevoeld of angst gehad, voor pijn en verwonding maar ook voor vernederingen, en er is gevraagd naar pesten of uitgescholden worden. Als het gaat om psychisch geweld dan betreft het zowel geweld van de kant van medepupillen, patiënten onderling, maar ook door medewerkers van de KJP (zie tabel 1 en figuur 3).

In de periodes tot 1985 geven alle respondenten aan dat zij te maken hadden met psychisch geweld in de vorm van kleineren, vernederen of gepest worden door medewerkers. Vanaf 1985 geeft 45% aan dat het *nooit* voorkwam. Dat betekent dat meer dan de helft aangeeft dat het nog wel voorkwam (55%). Angst voor agressie, bedreiging en verwonding kwamen voor 1985 zeer regelmatig voor (93%), na 1985 werd dit beduidend minder. Angst voor agressie (45%) en bedreiging (35%) werden voor die periode nog steeds wel genoemd, maar relatief minder dan in de eerdere periode. De respondenten die zeggen psychisch geweld mee te hebben gemaakt, geven aan dat het een grote impact heeft gehad.

*De invloed van de dingen die zo'n arts-assistent zei zoals 'meisjes als jij blijven altijd onzeker, het zal nooit wat worden, je bent manipulatief, je zal nog vaak opgenomen worden'. Met zijn manier van praten haalde hij je onderuit. [Survey]*

*Hoe verschrikkelijk en traumatiserend het voor mij is geweest. Over hoe een groepsleider tegen mij zei dat ze een hekel aan mij had en liever van me af was. [...] hoe dezelfde groepsleider tegen een ander zei dat ze heel dik was en moest afvallen, terwijl ze daar met een eetstoornis zat. Hoe ze me met drie groepsleiders aan armen en benen uit mijn kamer sleurden terwijl ik heel bang en verdrietig was en mijn kamer niet uit durfde, maar dus moest. [Survey]*

Machtsmisbruik door professionals wordt regelmatig genoemd als een vorm van psychisch geweld: dreigen dat patiënten hun ouders niet mogen zien, dreigen met de isoleer of dreigen met het in gang zetten van een juridische procedure tot dwangopname worden regelmatig in de antwoorden genoemd. Een respondent vertelt dat er vaak bedreigd werd met de straf dat er geen bezoek mocht komen:

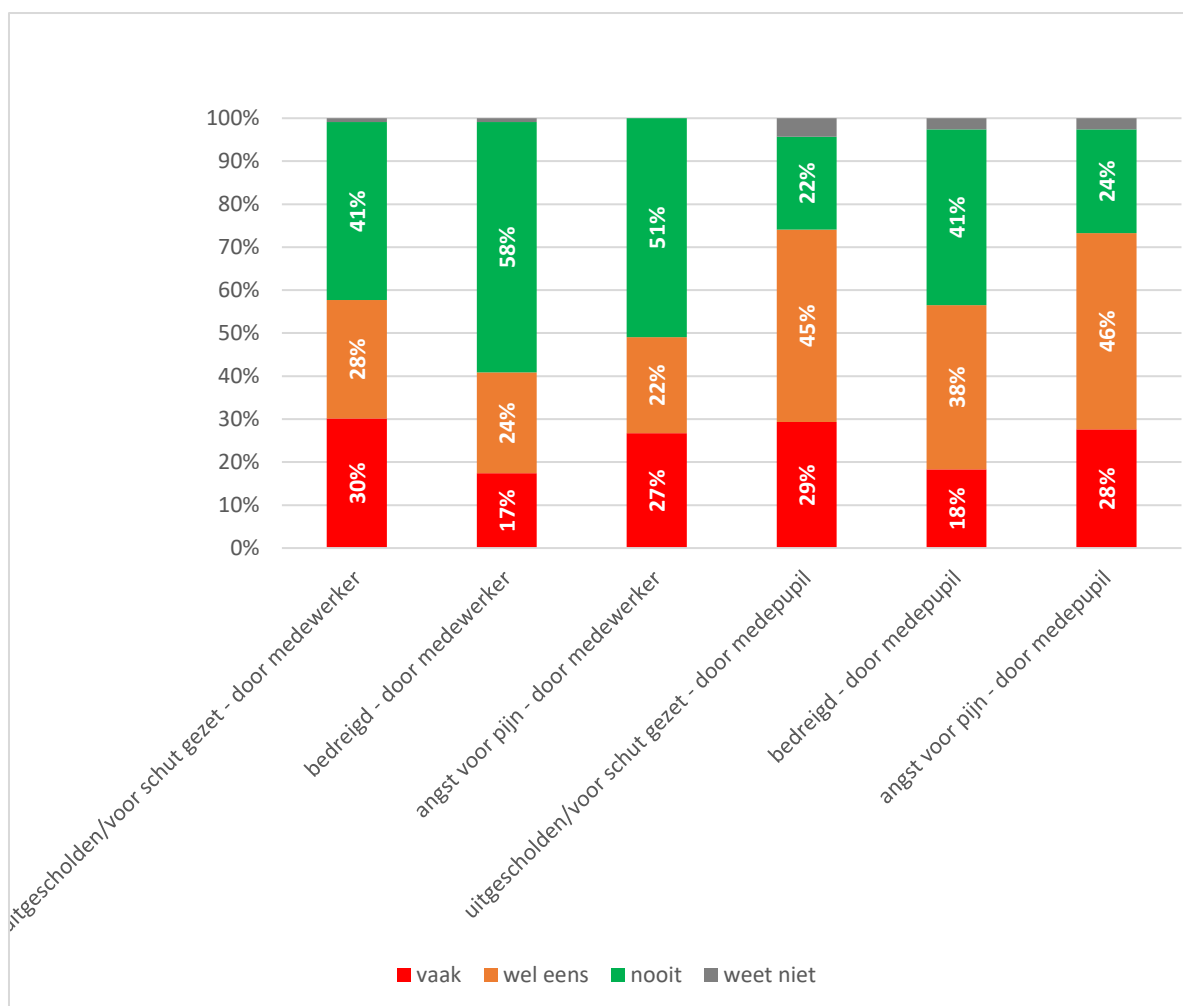
*Aangezien ik zelf tegenwoordig als jeugdprofessional werk in ons werkveld, zie ik pas hoe ernstig fout er het in mijn tijd wel eens aan toeging. Het meest ernstige vond ik het machtsmisbruik: als je dit niet doet zie je je ouder langer niet, bijvoorbeeld, of dreigen met gesloten/geïsoleerd worden geplaatst. [Survey]*

Een andere patiënt meldt:

*[Ze] dreigden met IBS/RM (inbewaringstelling/rechterlijke machtiging). Geen telefoon in beheer mogen hebben. Zeer beperkte toegang tot de gezamenlijke computer. [Survey]*

Psychisch geweld door medebewoners speelde ook een rol. Vóór 1985 geven alle respondenten aan dat ze uitgescholden, gepest of gekleineerd werden door medebewoners. In de periode daarna nam dit wel af maar nog steeds zegt een meerderheid (79% in de periode 1986-2005 en 67% in de periode 2006- heden) dat zij dit meegemaakt hebben. Hetzelfde patroon zien we voor angst voor pijn en verwonding en bedreiging door medepatiënten in de KJP. Tot 1985 zegt iedereen op één na (93%) dat zij bang waren of bedreigd werden, daarna nam dat af maar kwam het nog steeds vaak voor. Met name het percentage dat bang was voor pijn of verwonding is nog relatief hoog (75%), maar bedreiging werd in de loop van de tijd relatief minder vaak ervaren (66% in de periode 1986-2005 en 44% in de periode 2006-heden).





Figuur 3. Zelf-gerapporteerd psychisch geweld - gepleegd door medewerker of medepupil, 1945-2018 (n=116).

### Samenvattend beeld

Psychisch geweld wordt voor alle periodes door ex-patiënten vaak genoemd. Psychisch geweld komt vooral van medepatiënten, zoals uitgescholden, gepest of gekleineerd worden. Maar er is ook sprake van psychisch geweld door medewerkers. Naast uitgescholden worden of kleinerende opmerkingen krijgen, wordt vooral machtsmisbruik – wat overigens niet hetzelfde is als psychisch geweld – genoemd: het dreigen met het inhouden van privileges, zoals je ouders niet mogen zien, geen bezoek mogen ontvangen of geen telefoon in beheer mogen hebben. Ook werd er gedreigd met een dwangmaatregel, zoals isoleren of een juridische procedure voor dwangopname in gang zetten. Er lijkt wel een dalende trend te zijn. Voor 1985 geven alle respondenten aan dat ze hiermee te maken hebben gehad; na 1985 is er sprake van een daling.

### 2.1.4 Institutioneel geweld: fixatie, isolatie en dwangmedicatie

Het gebruik van dwangmiddelen is lang beschouwd als een noodzakelijk en legitiem onderdeel van de behandeling in de KJP-sector. Het gaat dan om het toepassen van middelen uit de volwassenenpsychiatrie op minderjarigen: fixatie, isolatie en dwangmedicatie. De professionals bevestigen dat deze vormen van dwang onderdeel zijn (geweest) van de behandeling in de KJP, al benadrukken zij dat ze incidenteel plaatsvonden. Een aantal geïnterviewden en ex-patiënten in de

survey noemt afzondering 'in de isoleer' traumatiserend en op zichzelf een vorm van *mishandeling*. Isoleren is voor hen een combinatie geweest van fysiek en psychisch geweld. Eén respondent zegt daarover:

*In de separeer zitten is je eigen schuld, dat werd aan alle kanten duidelijk gemaakt. Ik werd 's nachts gesepareerd omdat ze het personeel niet hadden om op me te letten. Overdag zat ik in de woonkamer van de gesloten afdeling. Ik zat van 20.00 tot 9.00 uur in de separeer. [Survey]*

Uit de survey blijkt dat drie op de vijf respondenten heeft meegemaakt dat zij gesepareerd zijn tijdens hun verblijf in de KJP. Meestal ging het gesepareerd worden gepaard met geweld door de medewerkers: door meerdere mensen tegen de grond gedrukt worden of op hardhandige wijze beetgepakt worden. Wat ook als vernederend werd ervaren was het gedwongen uitkleden vanwege een mogelijk suïciderisico. Van alle dagelijkse handelingen die met geweld worden geassocieerd rapporteren de respondenten 'onder dwang uitkleden/douchen' het vaakst: bijna één op de twee respondenten rapporteert dat dit voorkwam in de KJP.

Één op de drie respondenten geeft aan dat ze te maken hebben gehad met fixatie. De respondenten en de archieven geven meerdere voorbeelden van hardhandige fixatietechnieken. Wat in principe legitiem was, kon in de complexe kinderpsychiatrische praktijk ook uit de hand lopen. Sporen van niet goed toegepaste holdingtechnieken (bij fixatie), met verwondingen tot gevolg, zijn ook voor de recente perioden (na 1994) in de archieven van instellingen en de inspectie te vinden. In 2015 heeft een twaalf-jarig meisje tijdens fixatie een gebroken pols opgelopen. De vraag die de instelling dan van de inspectie moet beantwoorden is of het geweld dat toegepast is proportioneel is geweest en welke verbetermaatregelen kunnen worden genomen.<sup>22</sup>

Separeren tegen de wil van de patiënt is sinds de wet BOPZ slechts toegestaan ter afwending van gevaar dat niet op een andere, minder ingrijpende manier kan worden voorkomen. Secundair doel was het bieden van een prikkelvrije omgeving voor de patiënt zodat die tot rust kon komen.<sup>23</sup> De geïnterviewde professionals betreuren dat de betrokken ex-patiënten destijds en in hun latere leven zoveel last hebben gehad van het ervaren insitutionele geweld. Tegelijkertijd geven zij aan dat ze met de beste bedoelingen gehandeld en behandeld hebben. De respondenten benadrukken echter de negatieve effecten van deze maatregel. De isoleerervaringen zijn traumatisch geweest voor de kinderen: alleen, zonder kleren, soms vrij lang en altijd met dwang. In de archieven zijn ook klachten van ouders te vinden over het isoleren van de minderjarigen. Een respondent vertelt over paniekaanvallen en de herbeleving van trauma's opgedaan in de isoleercel. Hij vindt dat de professionals hem niet goed behandeld hebben en beter hadden moeten weten hoe ingrijpend isolatie is. Ook de begeleiding en controle tijdens de separatie lieten te wensen over:

*Geen po in de isoleercel krijgen, je behoefte op de grond moeten doen, 24 uur zonder eten of drinken en zonder iemand gezien te hebben in de isoleercel, niemand kunnen oproepen via de intercom 24 uur lang. [Survey]*

*De dreiging met fixatie en opsluiting, het opgesloten zijn in een gang, altijd de sleutel moeten vragen als je naar buiten wilt, een gevangenisgevoel maar dan zonder de rechten die je als gevangene WEL hebt. [Survey]*

---

<sup>22</sup> Dane en Van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 8. Inspectie meldingsdossier KJP7600 (2015): de instelling heeft na evaluatie met de PRISMA methode een verbeterplan opgesteld: gaat voortaan niet meer de oude techniek gebruiken.

<sup>23</sup> Van der Werf, *De separeer*.

De angst, de woede en de frustratie hebben tot gevolg gehad dat in deze sector ook relatief veel ex-patiënten zelf geweld hebben gebruikt jegens professionals. Een derde van de surveyrespondenten zegt zelf geweld te hebben toegepast uit radeloosheid, zelfverdediging of het gevoel onredelijk behandeld te worden, vaak als men de isoleer in moest.<sup>24</sup>

Er zijn ook geïnterviewden en surveyrespondenten die een lichtpuntje weten te melden in het verhaal over isoleren in de KJP. Afhankelijk van de professional van dienst, kon isoleren in de KJP gunstig afsteken tegen het gebruik van de isoleer in de volwassenenpsychiatrie. Zoals een respondent in de survey vertelt:

*Met name de ervaringen rondom separeren hebben me wel gevormd, het is traumatisch geweest om zo lang opgesloten te zitten. Tegelijk vind ik de manier zoals er toen mee omgegaan werd prettiger dan mijn latere ervaring in de volwassenenpsychiatrie. Er kwamen bijvoorbeeld groepsleiders met mij samen eten of even een spelletje doen als ik wat rustiger was, dit was erg fijn. [Survey]*

Een geïnterviewde herinnert zich:

*Toen kwam [ ] mijn mentor waar ik het goed mee kon vinden. Die haalde een drumstel en zette dat bij mij in de isoleercel. En dan zei hij: drum dit maar na, dan mag je er uit. [...] na 10 seconden had ik dat ritme en toen mocht ik uit de isoleercel. [Interview, M, verblijfsperiode 1986-1991, 13-18 jaar]*

In de periode tot 1985 waren de isoleerruimtes niet altijd even goed ingericht. In de interviews wordt ook wel gesproken van een kast of een koude kamer. Uit het onderzoek komt wat de aard van de isoleerervaringen betreft geen duidelijk verschil naar voren tussen de periodes voor en na het invoeren van de dwangmiddelenregistratie in 1979, of voor en na het invoeren van de BOPZ (1994). In alle perioden tot 2005 worden ervaringen met de isoleercel gemeld, en wordt gemeld dat dit traumatisch was om zelf mee te maken en om als getuige mee te maken. In de recente periode (2006-heden) werd er minder geïsoleerd in de KJP dan vroeger. De ruimtes zijn tegenwoordig aangenamer en er wordt werk gemaakt van contact met het kind tijdens de isolatie (High Intensive Care). Een aantal instellingen maakt tegenwoordig werk van 'open isoleerruimtes' die minder paniek veroorzaken bij de jeugdigen en minder intimiderend werken.<sup>25</sup>

Heden ten dage moet er bij kinderen in de isoleercel begeleiding zijn. Maar helemaal weg is deze praktijk van onbegeleid isoleren nog niet in de behandeling van KJP-patiënten, getuige onder andere het signaal dat een moeder in 2015 afgaf bij de inspectie. De moeder meende dat de instelling niet om wist te gaan met het agressieve gedrag van haar dochter en haar daarom bijna permanent in de isoleer liet zitten. De moeder nam zelfs een advocaat in de arm om de Rechterlijke Machtiging op te heffen waarmee het meisje in de instelling zat. Uiteindelijk werd de patiënt overgeplaatst.<sup>26</sup>

#### *Medicatie onder dwang*

In de behandeling binnen de KJP zijn er ook vaak problemen (geweest) met (dwang)medicatie. Één op de drie surveyrespondenten rapporteert te veel of inadequate medicatie. De respondenten spreken ook over de bijwerkingen van de medicijnen die suf maken, en een overaanbod aan

---

<sup>24</sup> Van der Klein en Horrevorts, *Bronstudie survey*, 43.

<sup>25</sup> Dane en Van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 11; *Inventaris*, NR. 621.

<sup>26</sup> *Argus registratie*; Inspectie meldingsdossier KJP7937 (melding instelling), KJP7946 (melding moeder). Zie ook Van der Klein en Dane, *Contextstudie*, 15; Dane en Van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 11.

slaapmiddelen. Relatief veel ex-patiënten hebben dat als een onnodige en inadequante behandeling ervaren.

*[Er waren] kinderen die zoveel medicatie kregen dat ze hun veters niet konden strikken. [Survey]*

Een geïnterviewde vertelt dat zij zonder slaapproblemen te hebben op 10-jarige leeftijd slaapmiddelen aangeboden kreeg bij binnenkomst in de instelling. Een ander zegt:

*Dan kreeg ik eerst een pilletje Lorazepam, dat werkte volgens hen niet. Dus dan deden ze een spuit. En dan bonden ze me op de brancard vast en dan deden ze me in de separeer, maar dan maakten ze me niet los, terwijl ik in slaap was gevallen. Dus toen ik wakker werd, werd ik boos, omdat ik vastzat. En dan mocht ik daarna langer blijven omdat ik zo boos was. [Interview, V, verblijfsperiode 2006-2008, 16-18 jaar]*

Een enkele keer is er tijdens de behandeling sprake van dwangvoeding (bij eetstoornissen) en een heel enkele keer van de combinatie van dwangvoeding en fixatie, maar dat betreft dan eetstoornissen die nauwelijks te behandelen zijn.<sup>27</sup>

In zwartboeken over de volwassenenpsychiatrie staan klachten over het zogeheten platspuiten. Dat laatste lijkt in de KJP niet aan de orde te zijn geweest, aangezien zowel in de survey als in de interviews dit niet genoemd wordt.

Het aantal mensen dat klaagt over *verkeerde* en *te veel* medicatie in de KJP is niet gering. In het archiefonderzoek zijn beide vaak tegelijkertijd aan de orde; verkeerde medicatie heeft in de praktijk vaak te maken met de diagnoseproblematiek in de sector.<sup>28</sup> Een moeder uit de survey vertelt over de medicijnen van haar zoon:

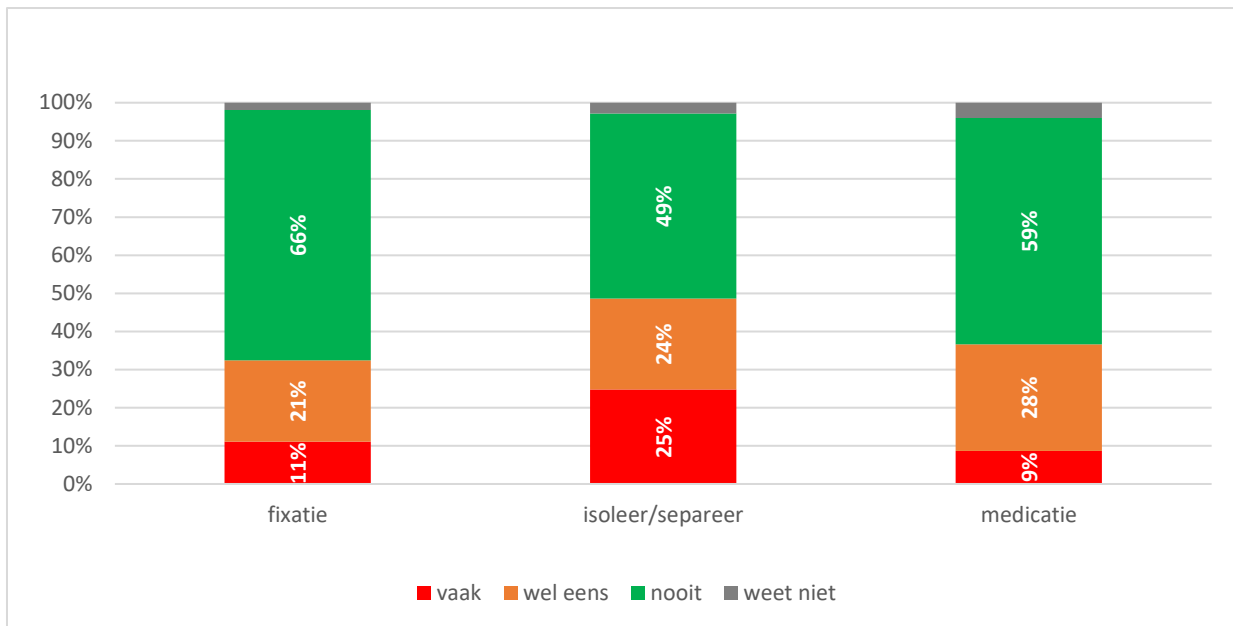
*Hij kreeg Risperdal, terwijl ik als moeder (en later de psychiater [ook]) aangaf dat hij dat niet nodig had. Hij werd niet behandeld voor het probleem waarvoor hij aangemeld was. Hij kreeg tijdens de opname diabetes. Ondanks aanhoudende klachten heeft het (weken) geduurd voordat ze met hem naar een dokter gingen. [De instelling] heeft nooit de link gelegd tussen de Risperdal en de diabetes.[Survey]*

In het archiefonderzoek is een langlopende klacht te vinden (1997-2008) van ouders over het gebruik van te veel Dipiperon, in combinatie met separeren zonder begeleiding.

---

<sup>27</sup> Inspectie meldingsdossier KJP100967.

<sup>28</sup> Idem, KJP100990 en Dane en Van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 9.



Figuur 4. Zelf-gerapporteerd institutioneel geweld bij fixatie, separatie of dwangmedicatie (n=108).

#### Verwaarlozing en getuige zijn van geweld: een sectorspecifiek onveilig klimaat

In de interviews en ook in de open antwoorden in de survey geven de respondenten zelf aan dat dit aspect van hun verblijf in de KJP veel impact heeft gehad. Drie op de vier patiënten (75%) geven aan dat zij zich niet serieus genomen en niet beschermd voelden door de groepsleiding en therapeuten in de instellingen. Enkele respondenten geven aan dat de groepsleiding hen ook niet beschermde tegen pestgedrag van andere kinderen en dat zij dat gedrag lieten voortbestaan. Melders bij de Commissie wijzen ook op andere vormen van verwaarlozing, zoals het niet verschonen van een kind dat in bed heeft geplast<sup>29</sup>.

*Emotionele verwaarlozing, geen affectie of aandacht krijgen kwam geregeld voor, genegeerd worden door groepsleiding, noem maar op. Het zijn verschrikkelijke tijden geweest waar ik erg dankbaar voor ben dat ik er zo goed ben uitgekomen. Ik hoop oprecht dat dit aan de kaak gesteld wordt. [Survey]*

De meeste respondenten in de survey (75%) laten weten dat zij regelmatig hebben meegemaakt dat medepatiënten met geweld werden geïsoleerd of gefixeerd. Hoewel dit binnen het behandlungsbeleid waarschijnlijk veelal legitiem was, hebben de respondenten het geweld dat gebruikt werd door personeel vaak als onnodig en disproportioneel ervaren. Voor hen werd het klimaat onveilig en dreigend en ze pasten hun gedrag aan om zelf zo'n confrontatie met het personeel te vermijden.

*Af en toe vertel ik erover [...]. Bijvoorbeeld over de incidenten op de groep, separaties bijvoorbeeld en over hoe gruwelijk onveilig ik me daar heb gevoeld en hoe dit niet gezien werd. Dat ik dag en nacht last heb van die tijd (herbelevingen, nachtmerries) en hoe ik er me daarvoor schaamde. [Survey]*

<sup>29</sup> Bakker et al., *Haalbaarheid*, Bijlage IV Meldingen bij de Commissie Geweld in de Jeugdzorg sinds 2015.

Uit het archiefonderzoek en de groepsgesprekken met ex-professionals blijkt dat er in de gehele periode af en toe sprake is van chaos op de woongroepen (bij afwezigheid van personeel smeren kinderen poep op de muur, paniek bij isoleerincidenten, kort en klein geslagen meubilair, onderlinge intimidatie en fysiek geweld) en on(be)handelbaarheid van patiënten. Dit geldt voor alle perioden, maar het minst voor de meest recente. Er zijn inmiddels aparte klinieken voor jongeren met specifieke ziektebeelden (eetstoornissen bijvoorbeeld) die elkaars problematiek goed kennen, en waarin vast personeel, – beter dan vroeger –, geleerd heeft om de chaos te voorkomen. Ook heden ten dage zijn er in het archiefonderzoek echter voorbeelden te vinden van ervaren onveiligheid op de instelling. Uit het archiefonderzoek bij de inspectie blijkt dat er af en toe door onvoldoende of geen toezicht zelfmoordpogingen in KJP-instellingen plaatsvinden. Uit dossieronderzoek blijkt ook dat ouders regelmatig een klacht indienen over de onveilige omgeving op de afdeling, zoals die van een moeder van een 15-jarige patiënte die scherpe voorwerpen aantrof.<sup>30</sup> Enkele geïnterviewden en surveyrespondenten vertellen over 'snijparties' (automutilatie) op een woongroep.

### ***Samenvattend beeld***

Dwangmaatregelen zijn een onderdeel van de behandeling in de KJP. Het gebruik van de dwangmaatregelen kent een grijs gebied waarin niet altijd duidelijk is welk geweld gelegitimeerd is. Vanuit het perspectief van patiënten is het beeld dat er veelvuldig onnodig geweld is toegepast bij dwangmaatregelen. Ook in de dossiers komen voorbeelden voor van excessief of verkeerd gebruik van holdingtechnieken, waardoor er letsel ontstond.

De inzet van dwangmaatregelen is in de latere jaren veranderd. De isoleerruimtes zijn wat vriendelijker ingericht en er is vaker sprake van High Intensief Care: meer begeleiding voor jongeren tijdens de periode van afzondering, in plaats van langdurige separaties in een isoleercel met te weinig controle en begeleiding.

Hoewel verwaarlozing, het meemaken van angstwekkend gedrag van medebewoners, zoals automutilatie, en het getuige zijn van geweld, zoals disproportioneel geweld bij separatie of dwangmedicatie, niet te zien zijn als vormen van geweld, dragen ze, net als geweld, wel bij aan een gevoel van onveiligheid bij deze jongeren. Zij pasten hun gedrag aan om zelf zo'n confrontatie met het personeel te vermijden.

## **2.2 Hoe heeft het geweld in de KJP kunnen plaatsvinden?**

De KJP draagt sectorspecifieke risico's in zich als het om geweld gaat. Er is niet één oorzaak die ervoor zorgt dat de ex-patiënten geweld hebben ervaren; een samenspel van factoren is hier aan de orde, zo blijkt uit het archiefonderzoek, de bestudering van literatuur en beleidsdocumenten, en de groepsgesprekken met experts en (voormalig) professionals, die stuk voor stuk lange tijd werkzaam waren in de KJP-praktijk.

De Commissie heeft risicofactoren voor het ontstaan en voor het voortduren van geweld tegen minderjarigen in de jeugdzorg onderscheiden in drie niveaus: macro -, meso - en microniveau. Ze worden hieronder besproken:

### ***2.2.1 Het macroniveau: de maatschappelijke, politieke en juridische context***

Als risicofactoren voor het ontstaan en voortduren van geweld in de sector op macroniveau zijn de volgende factoren aan de orde:

- Het gebrek maatschappelijke of politieke aandacht voor de sector (een verweesde sector).

---

<sup>30</sup> Dane en Van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 14.

- Ontbreken van wet- en regelgeving ten aanzien van dwangbehandeling en dwangmaatregelen.
- Rechten van minderjarige patiënt niet gewaarborgd.
- Grote afstand van de inspectie tot de praktijk.

In de volgende paragraaf worden deze factoren nader beschreven.

### ***Het gebrek maatschappelijke of politieke aandacht voor de sector (een verweesde sector)***

De KJP is lange tijd buiten beeld gebleven van wetenschappers, politici en maatschappij, mede omdat het als een onderafdeling van de volwassenenpsychiatrie werd beschouwd. Tot begin jaren tachtig zijn er weinig harde gegevens gedocumenteerd over de KJP sector. Tot 1982 zijn er geen cijfers bekend over de populatie, ook is er nauwelijks informatie over de sekse, de leeftijd en de problematiek van de patiënten. Het was een kleine sector die weinig maatschappelijke en wetenschappelijke aandacht kreeg. Toen in de psychiatrie vanaf de jaren zeventig de patiëntenbeweging actief werd, richtte die zich in eerste instantie op de misstanden in de behandeling van volwassenen. Toen de ouders zich in de jaren tachtig verenigden en toen daarna de BOPZ werd ingevoerd (in 1995), bleek dat de behandeling en bejegening in de KJP meer toezicht nodig had van de inspectie, de samenleving en de politiek.<sup>31</sup>

Dat er een gebrek aan intern en extern toezicht was komt ook door het besloten karakter van de sector. Zeer uiteenlopende zaken zoals de ligging van de instellingen (vaak afgelegen), de dominantie van psychiaters, de visies op de (therapeutische) behandeling en de afwezigheid van ouders daarin, hebben bijgedragen aan het besloten karakter van de sector. In de jaren vijftig, zestig en zeventig overheerste de psychoanalyse als leidend theoretisch beginsel in de KJP waar men indertijd de visie had dat ouders niet betrokken moesten worden bij de behandeling en op een afstand gehouden werden.<sup>32</sup> Als kinderen ter observatie kwamen, mochten zij gedurende een periode van zes weken hun ouders niet zien. Pas in de loop van de jaren tachtig veranderde dat. Ouders waren steeds vaker welkom op de instelling en werden ook meer en meer betrokken in de behandeling van hun kinderen.

### ***Ontbreken van wet- en regelgeving ten aanzien van dwangbehandeling en dwangmaatregelen***

De visie van de politiek en de sector op het gebruik van dwangmiddelen in de KJP is tussen 1945 en heden sterk veranderd. Dwangmaatregelen zijn lange tijd als een onvermijdelijk en noodzakelijk onderdeel van de behandeling gezien. Het gebruik van dwangmaatregelen kwam begin jaren zeventig, mede door de opkomst van de patiënten- en familiebeweging, op de agenda van de politiek en de sector te staan en daarmee groeide het besef dat disproportioneel gebruik van dwangmaatregelen aangepakt moest worden. De patiëntenbeweging (onder andere de Belangenvereniging Minderjarigen) vraagt met acties om aandacht voor de negatieve, (traumatische) kanten van dwang in de behandeling: de isolatiepraktijken in de KJP kwamen ter discussie te staan.

Vanaf de jaren tachtig ging de overheid zich intensiever met de sector bemoeien: wetgeving, richtlijnen en protocollen werden ontwikkeld om de sector te verbeteren. Sinds 1884 is er, - binnen de Krankzinnigenwet -, het register van dwangmiddelen, dat tot in de jaren zeventig in de praktijk alleen gebruikt werd om dwangopnames te registreren. De politiek pakte deze kwestie op: er

<sup>31</sup> Bakker et al., *Haalbaarheid*, Bijlage V Belangenorganisaties van patiënten en familie, p.48: achtereenvolgens 1978: Angst, Dwang en Fobiestichting, 1984: Ypsilon, 1987: Oudervereniging Balans / Nederlandse Vereniging voor Autisme, 1987: Vereniging voor Manisch-Depressieven en Betrokkenen, 1988 Stichting Weerklank. Lucieer, *Inzicht*; Kappelhof, *Tussen aansporen en opsporen*; Dane en Van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 8, `12, `16; Zie ook Inventaris: [http://www.gahetna.nl/collectie/archief/pdf/NL-HaNA\\_2.27.5035.ead.pdf](http://www.gahetna.nl/collectie/archief/pdf/NL-HaNA_2.27.5035.ead.pdf) .

<sup>32</sup> Oosterhuis en Gijswijf-Hofstra, *Verward van geest*

kwamen vragen vanuit de Tweede Kamer en vanaf 1979 werd het Register Middelen en Maatregelen (M&M) heringevoerd. Onder middelen en maatregelen worden fixatie, isolatie en dwangmedicatie begrepen. Dwangmaatregelen moesten geregistreerd worden, ook voor patiënten die vrijwillig waren opgenomen.

Dwangopnames en dwang in de behandeling van (minderjarige) psychiatrische patiënten bleven in de jaren tachtig op de politieke agenda staan. Dat leidde uiteindelijk tot de invoering van de BOPZ (1995). Sinds de BOPZ is het gebruik van middelen en maatregelen wettelijk verankerd. De toepassing van M&M gaat in principe om een eenmalig ingrijpen voor ten hoogste zeven dagen zonder behandel doelstelling. Dwangbehandeling is alleen mogelijk ter afwending van onacceptabel en direct gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen. Dwang moet vastgelegd worden in het dossier en als patiënten zich verzetten moet het gemeld worden bij de inspectie. De veronderstelling van de wetgever is dat medewerkers op deze manier bewuster en daardoor beperkter dwangmaatregelen inzet. Onderzoekers van het Trimbos Instituut constateerden na de invoering van de BOPZ, dat de KJP zich wel bewust was van gedwongen opnames, maar veel minder oog had voor het eigen dwingende behandelingskader rond medicatie en isoleren.

### ***Rechten van minderjarige patiënt niet gewaarborgd***

Lange tijd zijn de rechten van (minderjarige) patiënten niet gewaarborgd. De stukken in de archieven van de instellingen en van de inspectie laten zien dat de landelijke wet- en regelgeving veel heeft betekend voor de versterking van patiëntenrechten in de KJP en het aan de orde kunnen stellen van geweld in de KJP. Met de introductie van de Wet Klachtrecht cliënten zorgsector (WKcz, 1995) is elke instelling in de KJP verplicht om een klachtencommissie te hebben. De WKcz en de klachtencommissies zijn vooral belangrijk voor de afhandeling van klachten over geweld en andere zaken. Klachten dienen in de KJP vóór indiening bij de klachtencommissie eerst met het hoofd van de betrokken afdeling en het personeel in kwestie besproken te worden. Een deel van de klachten en incidenten komt daarom nooit bij een klachtencommissie terecht. Uit het archiefonderzoek blijkt dat bij sommige instellingen, – zeker in het begin, onvoldoende bekendheid is gegeven aan de klachtencommissie, waardoor ouders en pupillen niet op de hoogte waren dat de klachtencommissie er (voor hen) is. Bij het in behandeling nemen van klachten op instellingsniveau speelt ook de leeftijd van de kinderen mee. Ouders met kinderen boven de twaalf jaar trekken vaak tevergeefs aan de bel bij de klachtencommissie op de instelling, zeker in de recente periode. Jeugdigen boven de twaalf hebben in de KJP inspraak in de behandeling en kunnen aangeven dat ze hun ouders meer op afstand willen hebben. Sommige klachtencommissies hebben klachten van ouders over een onveilig klimaat op de instelling daarom niet-ontvankelijk verklaard.<sup>33</sup>

Kinderen zelf dienen zelden een klacht in. Dat was en is zo vóór en na de invoering van de WKcz. Vanaf de jaren tachtig konden patiënten zelf al terecht bij Patiënten Vertrouwens Personen van de Stichting PVP. Uit de jaarcijfers van de Stichting PVP blijkt dat jonge patiënten in de psychiatrie ook toen nauwelijks klachten indienden over geweld door medewerkers. Hetzelfde blijkt uit het materiaal bij de inspectie. Een mogelijke verklaring is dat de drempel voor kinderen en jongeren om naar de PVP, de klachtencommissie of de inspectie te stappen te hoog is; het indienen van een klacht was te ingewikkeld – bijvoorbeeld door de gebruikte formulieren – of men begreep niet hoe de procedure verliep.<sup>34</sup>

Een andere verklaring zou kunnen zijn dat jongeren verwachtten dat er niets gedaan wordt met hun klachten of dat het ontmoedigd werd om een klacht in te dienen. De survey en de interviews voor deze studie bevestigen die laatste verklaring. Acht respondenten uit de survey die geweld meegemaakt hebben, hebben destijds een formele klacht ingediend over het ervaren geweld: vier in de jaren negentig, – na invoering van de WKcz -, en vier in de meest recente periode. De

<sup>33</sup> Inspectie archief, meldingendossier: KJP3053.

<sup>34</sup> Andre van de Mol (Stichting PVP) in: Bakker et al., *Haalbaarheid*, 155, 179.



respondenten geven aan dat zij zich niet 'gehoord' voelden over hun klacht. Uit de interviews blijkt overigens ook dat de weg naar de klachtencommissies geen vanzelfsprekend pad was. Geen van de geïnterviewde slachtoffers in deze sectorstudie heeft aan de klachtencommissie op de instelling gedacht. Dat betekent dat de landelijke wetgeving wel belangrijk was voor de infrastructuur om klachten over geweld aan de orde te *kunnen* stellen, maar dat dat niet automatisch betekende dat daar veel gebruik van werd/wordt gemaakt.

### **Grote afstand van de inspectie tot de praktijk**

Van toezicht op de KJP, zowel intern als extern, is tot 1985 niet of nauwelijks sprake geweest, blijkt uit beleidsdocumenten en het archiefonderzoek bij de inspectie. De volgende instanties zijn opeenvolgend verantwoordelijk geweest voor het toezicht: het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GHIGV vanaf 1957), de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ vanaf 1995) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ vanaf 2015). De belangrijkste taak van deze inspecties was en is toezicht te houden op naleving van de wet en het bewaken van de kwaliteit van de zorg.

Na 1945 hield zich decennialang een zeer kleine groep inspecteurs actief bezig met toezicht op de gehele GGZ-sector, inclusief de KJP. Onder andere door hun geringe aantal was het toezicht op de KJP niet bijzonder intensief. Hoofdinspecteur Hoeing stelde in 1983 in een brief aan de directies van de kinder-, respectievelijk jeugdpsychiatrische voorzieningen:

*In het verleden heeft nóch de (centrale) overheid, nóch het Staatstoezicht op de volksgezondheid veel bemoeienis gehad (om niet te schrijven veel belangstelling getoond voor) de kinder- en jeugdpsychiatrie.<sup>35</sup>*

Tot halverwege de jaren tachtig was toezicht op de KJP marginaal. De inspectie besteedde meer tijd aan de volwasseneninrichtingen, had weinig mankracht en stond ver af van de dagelijkse praktijk. Tot dan gold ook: als er al inspectie op de KJP-locatie werd uitgevoerd dan was deze tamelijk formeel: een inspectie werd vooraf aangekondigd, de inspecteur bekeek het gebouw op eventuele gebreken en controleerde of het personeel de juiste diploma's had.<sup>36</sup>

Vanaf halverwege de jaren tachtig kwam er van de kant van de inspectie steeds meer aandacht voor de sector, en voor de preventie van geweld in het algemeen: preventie van seksueel geweld en preventie van niet proportioneel, institutioneel geweld door professionals. In de jaren negentig hadden de inspecteurs in dat verband een meer adviserende dan een inspecterende rol. Misstanden of klachten van ouders en jonge patiënten kwamen tijdens de inspectiebezoeken zelden ter sprake; volgens de inspecteurs gingen de gesprekken in deze periode over personeel.

In 2002 constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hoofdinspecteur Lucieer) in het eerste 'thematische toezicht' naar aanleiding van bevindingen bij zeven representatief geachte KJP-instellingen, dat een groot aantal onderwerpen in de sector:

*... de komende jaren extra veel aandacht zal vergen. Dit betreft [onder andere] de benutting van de beschikbare capaciteit, de ontwikkeling van kwaliteitssystemen, de samenwerking met aanpalende voorzieningen in de somatische gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, het onderwijs en justitie (de justitiële jeugdinrichtingen), het denken over pedagogische maatregelen en dwang [en] de medezeggenschap<sup>37</sup>*

De Inspectie verwachtte dat de resultaten van deze voor de inspectie uitgebreide inspectieronde, in combinatie met de aanbevelingen die erbij geformuleerd worden, een bijdrage kunnen leveren aan de verdere verbetering van de kwaliteit van de zorg in deze sector.<sup>38</sup> In 2010 herhaalde de Inspectie

<sup>35</sup> Nationaal Archief, Den Haag, *Inventaris*, Nr. 701 Brief van Dr. J. Hoeing, d.d. 11 maart 1983.

<sup>36</sup> Kappelhof, *Tussen aansporen en opsporen*, 119.

<sup>37</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Kwaliteit van zorg*, 7.

<sup>38</sup> Ibidem. Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Kwaliteit van zorg*, 7.

het onderzoek. De algemene conclusie was toen dat de kwaliteit van de zorg aanzienlijk verbeterd was ten opzichte van 2001, maar dat er:

*... nog geen eenduidigheid [was] in registratie [...] van insluitingen, [dat] het psychofarmacabeleid veiliger [kon] en dat het beleid rond bejegening en behandeling sterk verbeterd [was].<sup>39</sup>*

In de thematische toezichtrappen van de landelijke inspectie over de KJP kwam het functioneren van de interne klachtencommissies op instellingen niet aan de orde. Daaruit blijkt dat het toezicht op het interne toezicht in de sector er niet of nauwelijks geweest is. In de rapporten van de inspectie uit 2002 en 2010 staan aanbevelingen aan GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), de vakcommissie GGZ, en het Landelijk Platform GGZ. Ze gaan over medicatieveiligheid, het opzetten van interne audits om het aantal insluitingen terug te dringen en de wens om tot een gemeenschappelijk standpunt over vrijheidsbepalende en pedagogische maatregelen te komen.

Anno 2018 werken er ongeveer 39 fte aan inspecteurs binnen het hele domein jeugd: jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-LVB. De inspectie op de KJP blijft tegenwoordig op afstand en komt pas in actie als er calamiteiten zijn, die de instelling zelf (of ouders of professionals) melden. Op verzoek van de inspectie onderzoekt de instelling dan zelf wat er is gebeurd, hoe dit kon gebeuren en wat er in de toekomst gedaan zou moeten worden om een dergelijke calamiteit te kunnen voorkomen. Als de inspectie tevreden is met de analyse en de verbetermaatregelen die de instelling voorstelt, sluit de inspectie de melding af, al dan niet met een eigen aanvullend advies. Als er laakbare fouten zijn gemaakt die niet door de beugel kunnen, kan de inspectie boetes uitdelen (sinds 2012) of de instelling onder verscherpt toezicht stellen. Voor zover bekend is dat de afgelopen jaren niet gebeurd in verband met geweldsincidenten.

De inspectie houdt heden ten dage gericht toezicht op wat door de wet als geweld of calamiteit wordt aangemerkt (zie de wet- en regelgeving). Bij klachten omtrent individuele behandeling (van ouders bijvoorbeeld) verwijst de inspectie consequent terug naar de klachtencommissie van de instelling zelf. Ook proportioneel institutioneel geweld (handhaving van de BOPZ) zien we niet terug bij de inspectie. Suïcidepogingen en geweldsgevallen waarvan aangifte is gedaan bij de politie worden wel altijd onderzocht. Daarnaast houdt de inspectie in de recente periode bij of de melding in kwestie mediagevoelig is. De commissie Meldingen Jeugdzorg bepaalt dan in triage of de melding op de agenda moet vanwege *actuele veiligheidsrisico's en/of media-aandacht, maatschappelijke onrust*. In tegenstelling tot de naoorlogse decennia bezoeken de inspecteurs nu ook onaangekondigd KJP-instellingen.<sup>40</sup>

### **2.2.2 Het mesoniveau: personeel, behandelsetting en professionele cultuur**

Directies van KJP-instellingen konden de gehele onderzoeksperiode binnen de vigerende kwaliteitsregels hun eigen beleid bepalen: het personeelsbeleid, het behandelklimaat, het pedagogisch klimaat, de huisregels en de protocollen in verband met geweld. Het is in de wet geregeld dat de instellingen zelf hun beleid maken. Instellingen kunnen dus in hoge mate hun eigen cultuur en visie op behandelen aanhouden, ook als daar volgens bepaalde pupillen, ouders of professionals disproportioneel geweld bij komt kijken. Hoewel de problematiek van de patiënten in de verschillende instellingen soortgelijk was/is, konden de instellingen qua aansturing van personeel, werkcultuur en pedagogische benadering van de patiënten sterk verschillen.

Hieronder komen de meest relevante factoren voor het ontstaan of voortduren van geweld op instellingsniveau aan de orde:

<sup>39</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Kwaliteit van klinische*, 5.

<sup>40</sup> Gesprek met inspecteur xx door J. Dane, 26-06-2018.

- Personeelsbeleid niet toegespitst op geweld door medewerkers.
- Tekort aan deskundig personeel.
- Achterblijvende professionalisering.
- Dominante psychiatrische cultuur versus weinig aandacht voor de pedagogische cultuur.
- Intern toezicht in de instelling en op de werkvloer ontbreekt.

### ***Personeelsbeleid niet toegespitst op geweld door medewerkers***

De sector heeft, net als andere sectoren in de jeugdzorg, lange tijd weinig *checks and balances* ingebouwd tegen (machts)misbruik door medewerkers. Misschien was de sector zich onvoldoende bewust van het risico dat zij liep door de enkele medewerker die het niet goed meende. De geïnterviewden en surveyrespondenten geven met name in de periode vóór 1995 verschillende voorbeelden van medewerkers van wie bekend was dat ze zich hadden schuldig gemaakt aan seksueel grensoverschrijdend gedrag maar die niet ontslagen werden. Toch zijn er in de archieven zaken gevonden waaruit blijkt dat de sector alert was op eventueel ander grensoverschrijdend gedrag. Een nachtwaker die tijdens zijn dienst kinderen naar beneden haalde om mee te praten werd, zo blijkt uit archiefonderzoek in 1972, door de KJP-instelling ontslagen. Een personeelslid kreeg in 1983 ontslag omdat hij niet goed met de pupillen omging. In de ontslagbrief staat vermeld:

*Gekonkludeerd is uiteindelijk, dat u te sterk en te persoonlijk betrokken bent op het wel en wee van de kinderen waardoor u onvoldoende afstand kunt nemen van hun problematiek.*<sup>41</sup>

In de jaren negentig werden enkele medewerkers in de KJP ontslagen wegens seksueel misbruik, dat overigens soms ook buiten de muren van de instelling plaatsvond. Sinds 2012 is het overleggen van een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) in de KJP ingevoerd. Daardoor kunnen bij vacatures geen kandidaten meer aangenomen worden die al eens zijn veroordeeld in verband met geweld jegens pupillen of collega's.

De KJP-sector blijkt incidenteel professionals aangetrokken te hebben die hun macht misbruikten. Uit de meldingen bij de Commissie en de interviews met ex-patiënten uit de KJP blijkt dat de bedoelingen van medewerkers in de KJP niet altijd even goed waren.<sup>42</sup> Veel geïnterviewden zeggen dat er sprake was van personeel dat *oké* was, maar dat er ook mensen waren die echt misbruik maakten van hun macht en de situatie (de kwetsbaarheid van pupillen die ver van huis opgenomen zijn).

### ***Tekort aan deskundig personeel***

Sommige experts relateren het excessieve gebruik van dwangmiddelen aan periodes waarin er binnen de sector een tekort heerste aan deskundig personeel.<sup>43</sup> Uit het archiefonderzoek en de literatuurstudie blijkt dat de instellingen bij tijd en wijle inderdaad zo'n tekort hebben gehad. De KJP-sector heeft weinig te maken gehad met bezuinigingen. Maar als die aan de orde zijn, – zoals in de jaren tachtig én onlangs met de decentralisatie van de jeugdzorg (2015-heden) –, komt de balans tussen vast, vertrouwd personeel enerzijds en tijdelijk personeel, uitzendkrachten, en werkstudenten anderzijds onder druk te staan. Tijdelijk personeel kent de kinderen minder goed en weet minder goed om te gaan met hun eigenaardigheden en uitbarstingen. In instellingsarchieven bij de inspectie en in recente media-aandacht komen meerdere voorbeelden aan de orde: er wordt 's nachts bijvoorbeeld met stagiairs en werkstudenten gewerkt, personeel zegt niet te weten wat het met

<sup>41</sup> Archief [naam instelling], Doos Bestuur 1981.

<sup>42</sup> Bakker et al., *Haalbaarheid*, Bijlage IV Meldingen bij de Commissie Geweld in de Jeugdzorg sinds 2015, 46, 47.

<sup>43</sup> Aan de Stegge, *Gekkenwerk*.

agressie aan moet. De sector maakt voor de nacht ook gebruik van particuliere beveiligers die niet altijd naar behoren geschoold zijn in de psychiatrie, of in het omgaan met geweldsincidenten.

De deskundigheid van instellingspersoneel is dus niet altijd gewaarborgd geweest. Volgens de experts en de professionals die werkzaam zijn (geweest) in de sector, is dit probleem in niet-academische klinieken en tehuizen eerder aan de orde dan bij academische ziekenhuizen verbonden KJP-instellingen. De laatsten hebben over het algemeen meer geld tot hun beschikking.<sup>44</sup>

### ***Achterblijvende professionalisering***

Tot eind jaren tachtig was geweld geen onderwerp in de opleiding van professionals. Pas in de loop van de jaren negentig kwam er in het opleidingsmateriaal voor de KJP aandacht voor fysiek geweld en omgang met agressie in de leerboeken op het gebied van de kinderpsychiatrie. Vanaf de inwerkingtreding van de BOPZ (1995) kwam er binnen de KJP meer discussie over het gebruik van dwangmiddelen en agressiehantering. De sector heeft naar aanleiding daarvan de laatste twee decennia geïnvesteerd in agressietrainingen, de-escalatietrainingen, geweldloosheid bij calamiteiten en alternatieve holdingtechnieken, zo blijkt uit de gesprekken met de professionals en het archiefonderzoek. De kans op disproportioneel institutioneel geweld bij fixatie en isoleren is daardoor sinds 1995 kleiner geworden. De Wetsevaluatie BOPZ in 2010 concludeert dat er in alle instellingen adequaat scholingsbeleid is. Dit is ook terug te zien in de cijfers van de survey. Onderbelicht in het opleidingsmateriaal blijft het onderlinge geweld tussen medepupillen, hoe om te gaan met onderlinge spanningen, geweld, het onderlinge pesten en treiteren.

Uit het onderzoek voor de Commissie Samson<sup>45</sup> is bekend dat er in de tweede helft van de jaren tachtig duidelijker interne richtlijnen kwamen over de omgang met seksueel geweld binnen de peergroup en met seksueel geweld van groepsleiders jegens pupillen. Vanaf de invoering van de BOPZ (1995) traden er op de instellingen richtlijnen in werking met betrekking tot de preventie van dwang in de behandeling. Daar is relatief veel materiaal over terug te vinden in de archieven. Rond 2000 werden in samenwerking met het Trimbos Instituut *Gemeenschappelijk opgestelde richtlijnen voor vrijheidsbeperkende maatregelen* tot stand gebracht en een *Gemeenschappelijk geneesmiddelenbeleid* voor de KJP.<sup>46</sup> Tot een gedragscode met regels over hoe om te gaan met patiënten kwam het pas in 2009. In 2010 verscheen een document van de inspectie waarin het standpunt met betrekking tot 'vastpakken vasthouden' in de KJP werd verwoord. Anno 2016 bleek dat er nog immer geen (gezamenlijk) model voor huisregels beschikbaar is voor de KJP: elke instelling hanteert haar eigen regels.<sup>47</sup>

Instellingen hebben in de loop der tijd verschillende beroepsgroepen aangetrokken voor de behandeling van KJP-patiënten. In de KJP bestaat het personeel uit therapeuten, groepsleiding en (sinds de jaren tachtig) ook uit ouderbegeleiders. Tussen 1945 en 2005 kwam er steeds meer gespecialiseerd personeel in de instellingen dat, getuige de verslagen in het archief, duidelijk omschreven observatie-, diagnose- en behandelmethodieken is gaan inzetten. De interviews en de surveyrespons laten zien dat het in de instelling soms toch lang duurt voordat er sprake is van een diagnose en bijbehorend behandelplan. Dat leidde meer dan eens tot groeiende frustratie bij ouders.

### ***Dominante psychiatrische cultuur versus weinig aandacht voor de pedagogische cultuur***

In de voorgaande paragraaf is beschreven dat er veel aandacht is geweest voor de professionalisering van medewerkers in het omgaan met agressie op de werkvloer. De pedagogische implicaties van de geweldsincidenten door medepupillen lijken echter minder aandacht te hebben gekregen in de KJP,

<sup>44</sup> Koekebakker, *Verzorging en opvoeding*; Aan de Stegge, *Gekkenwerk*; Dane en van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*, 27, Van der Klein en Dane, *Contextstudie*, 19.

<sup>45</sup> Timmerman et al., *Aard en omvang*.

<sup>46</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Kwaliteit van zorg*, 7.

<sup>47</sup> Archief Inspectie, dossier KJP8328.

waar de psychiatrische behandeling van individuele patiënten op de voorgrond staat. Uit met name het survey- en het archiefonderzoek blijkt dat er vaak sprake was van onderling geweld tussen pupillen onderling, zowel fysiek geweld (slaan, verwurgen), psychisch geweld (treiteren en pesten) als seksueel geweld. Dit gedrag werd veelal als onderdeel van de psychiatrische problematiek van de individuele patiënt beschouwd en als zodanig mee omgegaan. In de tijd dat de behandelvisie in de KJP gestoeld was op de het psychoanalytische denkkader, paste het inperken van agressie of het beteugelen van seksualiteit niet in het gedachtengoed. Er werden nauwelijks grenzen gesteld: dat was uit den boze. Zo moesten kinderen met een verstoorde relatie ten opzichte van seksualiteit leren om daarmee om te gaan, wat een neutrale houding van de hulpverleners vergde.<sup>48</sup>

Maar ook in de latere periode is er weinig aandacht voor de gevolgen voor de jeugdigen die slachtoffer of getuige zijn van excessief geweld van of tegen medepatiënten. Geïnterviewden geven aan dat het niet mogelijk was hierover te spreken omdat het als een schending van de privacy werd beschouwd om over de problematiek van andere patiënten te praten. Het bespreken van het geweld, in welke vorm ook, is door de geïnterviewden als een taboe ervaren. Jongeren zelf deden er het zwijgen toe en de uitnodiging om dat wel te doen ontbrak in de sector. De meeste mensen met negatieve ervaringen hebben daar heel lang hun mond over gehouden. Als de pupil in kwestie de moed had om het ervaren wel aan de orde te stellen, dan werd hij of zij meer dan eens niet geloofd. Pupillen in de KJP worden vanwege hun stoornissen nogal eens van fantaseren en liegen beticht:

*Begeleiders weten het altijd beter, wij waren psychiatrisch patiënt dus wat wisten wij er nu van....*  
[Survey]

Volgens de interviews en surveyrespondenten heerste er op een aantal instellingen een *zwijgcultuur* en werden klachten over geweld gebagatelliseerd of niet geloofd. Een aantal geïnterviewden vertelt dat als zij destijds geweld dat henzelf of een medepupil overkomen was onder de aandacht probeerden te brengen, de directie of andere medewerkers hen vroegen te zwijgen over deze ervaringen, soms zelfs op een intimiderende manier. Met patiënten praten over agressie en geweld op de afdeling is in de meeste instellingen nog steeds niet vanzelfsprekend; het hoort niet bij de professionele cultuur. Privacyoverwegingen bemoeilijken het spreken over getuige zijn van geweld van medepatiënten en over disproportioneel geweld van personeel bij het isoleren of fixeren van medepatiënten. Agressie wordt gezien als een gevolg van psychiatrische problematiek en getuige zijn van gedwongen isolatie en fixatie, en daar geschrokken vragen over stellen of meer over willen weten, is in deze context ongeoorloofde inmenging in de privacy van een medepatiënt. Daarmee is er weinig tot geen aandacht voor de impact op de andere kinderen van geweldsincidenten op de leefgroep. Dit terwijl uit de verhalen van de respondenten duidelijk wordt dat de ervaringen met geweldsincidenten angstwekkend waren en de impact groot was.

Het gebrek aan contact van pupillen met ouders en tussen de instelling en de ouders werkte niet bevorderend voor de transparantie over het (ervaren) geweld in de instelling. Bij de meeste instellingen was het lange tijd gebruikelijk dat er geen of minimaal contact tussen ouders en kind was. Tot in de jaren tachtig heerste de behandelvisie dat ouders gezien werden als 'ziekmakend' en moest de pupil los gemaakt worden van het gezin en in elk geval los van het gezin behandeld worden. Uit het archiefonderzoek blijkt dat ouders in de jaren tachtig ontevreden waren over het gebrek aan communicatie(mogelijkheden) tussen instelling en familie. Het op afstand houden van de familie leidde tot een isolement van de kinderen en was niet bevorderlijk voor de transparantie over het (ervaren) geweld in de instelling.

Men kan concluderen dat vanuit een pedagogisch perspectief weinig aandacht was voor wat de vaak hectische dynamiek van de leefgroep betekende voor de kinderen. De instellingen verschilden in de mate waarin zij open stonden voor *het perspectief en de ervaringen van* jeugdigen en personeel op de werkvloer, zo blijkt uit de verschillende bronnen. Instellingen verschilden ook in

---

<sup>48</sup> Bakker et al., *Haalbaarheid*, Bijlage IV Meldingen bij de Commissie Geweld in de Jeugdzorg sinds 2015, 20.

de mate waarin zij die ervaringen gebruikten om de werkcultuur en het dagelijks leven in de instelling te verbeteren. De inrichting van het dagelijks leven van de patiënten verschilde per instelling. Het volgen van onderwijs was onder andere afhankelijk van of er een school op het instellingsterrein stond. In Amstelland en Curium was het perspectief van de minderjarigen al vroeg in de jaren zeventig belangrijk en de moeite waard om gehoord te worden; dit perspectief werd niet ontkend of verzwegen. Andere instellingen werden, zo blijkt uit de survey en de interviews, autoritair geleid. Tot in de jaren negentig kon dat doorgaan: '[Het was] een gevangenis zonder tralies', zegt één van de surveyrespondenten over de instelling waar hij zat.

### ***Intern toezicht in de instelling en op de werkvloer ontbreekt***

Wat ook heeft bijgedragen is dat het aan intern toezicht op de werkvloer heeft ontbroken. Het was niet vanzelfsprekend dat medewerkers elkaar aanspraken op signalen van grensoverschrijdend gedrag. Uit de interviews, de survey en de zaak van psychiater Finkensieper blijkt dat psychiaters lange tijd dokters met macht en aanzien waren die veel individuele vrijheid kregen en namen. Patiëntenraden, patiënt-staf meetings, MIP commissies (Melding Incidenten Patiëntenzorg) en de invulling van de functie van Patiënten Vertrouwens Personen (PVP) in de sector hebben ertoe bijgedragen dat signalen meer in de openheid besproken kunnen worden. De komst van de MIP zorgde er in 2012 voor dat incidenten gelijk aan de ouders gemeld (moeten) worden en dat betrokkenen (zowel kind en ouders als ook de professional) nazorg krijgen. Een aantal jaren geleden is ook de mogelijkheid ingevoerd om anoniem te melden wanneer er sprake is van een geweldsincident (VIM). Incidenten, bijna-incidenten en onveilige situaties worden achteraf geanalyseerd om de kans op herhaling zoveel mogelijk te voorkomen en te leren van deze onbedoelde gebeurtenissen.

De fysieke inrichting van de klinieken zorgt ervoor dat jeugdigen in onveilige situaties terecht kunnen komen. Het personeel kan niet overal makkelijk toezicht houden op interacties tussen jongeren. Uit het archiefonderzoek blijkt dat mede daardoor ongewenst seksueel contact tussen jongeren regelmatig voorkomt. Het archiefonderzoek en de groepsgesprekken met de (ex-)professionals geven hier meerdere voorbeelden van.

### ***2.2.3 Microniveau: De toenemende complexe psychiatrische problematiek***

Belangrijk aspect van de pupillenpopulatie is dat jeugdigen in deze sector juist vanwege hun complexe problematiek meer kans lopen (dan andere jongeren) op agressie en geweld in de instellingen. Enerzijds omdat de KJP-pupillen vanwege ernstige psychiatrische problemen, agressief gedrag (gericht op de omgeving of op zichzelf) decompenseren en/of acting out gedrag vertonen<sup>49</sup>. Anderzijds omdat hun psychiatrisch gedrag mogelijk irritatie oproept bij medepatiënten en waardoor ze eerder slachtoffer worden van agressie.

Vanzelfsprekend vertonen niet alle jeugdigen die onder behandeling in de KJP zijn dergelijk gedrag, maar experts stellen dat de sector wel relatief vaker dan andere jeugdzorgsectoren kampt met pupillen die agressief kunnen worden, onderling seksueel grensoverschrijdend vertonen en zichzelf meer dan gewoonlijk dreigen te verwonden. De steekproeven in de archieven, de interviews met de mensen die zelf geweld hebben meegemaakt in de instelling en de groepsgesprekken met ex-professionals bevestigen dit beeld.

Vanaf eind jaren tachtig wordt bovendien geconstateerd dat er sprake is van een toename van de ernst en co-morbiditeit van de problematiek van de pupillen<sup>50</sup>. Relatief veel ex-patiënten (een

---

<sup>49</sup> Bakker et al., *Haalbaarheid*, Bijlage IV Meldingen bij de Commissie Geweld in de Jeugdzorg sinds 2015, 8.

<sup>50</sup> Verheij en Van Loon, 206-210.

derde) uit de periode voor 1994 zeggen in de survey zelf geweld gebruikt te hebben, tegen medepupillen en tegen professionals, dat laatste vaak uit onmacht. Ook bij de inspectie zijn hier voorbeelden van bekend. Tegenstribbelen wordt ook wel gezien als verzet tegen de individuele behandeling of tegen de behandelende psychiater.

### **2.3 Hoe hebben pupillen dit geweld ervaren en welke invloed heeft dit gehad op hun latere leven?**

Uit de survey en de interviews blijkt dat de jeugdige patiënten zich door het geweld dat zij meemaakten onveilig hebben gevoeld in de KJP. Sommigen reageerden met ongeloof, anderen met ongenoegen, boosheid of verdriet. De meesten verdroegen het geweld, ondanks dat zij het als een aanval op hun psychische of lichamelijke integriteit beleefden. Een enkeling nam destijds iemand in vertrouwen: een volwassene of een medepatiënt. Maar de meeste respondenten zwegen destijds over wat zij meemaakten. Pupillen onderling wisten soms wel van elkaar wat er gebeurde, maar hadden volgens de geïnterviewden een stilzwijgende afspraak om het daar niet over te hebben. Spreken over ervaren geweld was pijnlijk, bracht op het moment zelf risico's met zich mee en gebeurde veelal pas veel later in hun leven.

Ongeveer de helft van de respondenten heeft destijds over hun ervaringen met geweld in de KJP gepraat. Naarmate de tijd vordert lijken meer mensen over het ervaren geweld te zijn gaan praten, ook over het getuige zijn geweest van geweld. Vanaf de jaren tachtig werd het iets gewoner om over de gebeurtenissen te vertellen. Meestal zijn de ervaringen achteraf besproken met ouders en latere therapeuten: psychologen, psychiaters, psychotherapeuten. Sommige patiënten hebben hun verhaal op internet of in een boek gedeeld. Twee respondenten hebben hun verhaal op internet geplaatst op de website van *Nederland heelt* en *proud2beme*. De meeste mensen zijn pas na hun verblijf over hun ervaringen in de KJP gaan spreken. Enkele geven aan dat ze er tijdens hun verblijf niet over durfden te praten:

*Tien jaar later heb ik er voor het eerst over durven en kunnen praten. [Survey]*

De interviews en de open antwoorden in de survey maken duidelijk dat het ervaren geweld in de KJP, gezien de jonge leeftijd waarop men het meemaakte en gezien de kwetsbaarheid die men toen had, bij velen zeer indringend is geweest. Zaken die in de volwassenenpsychiatrie misschien vanzelfsprekend waren, zoals het geen contact met ouders en/of andere familieleden, dwangmedicatie of het getuige zijn van het gebruik van de isoleer, zijn vaak nog als een negatieve kracht in het huidige leven aanwezig.

Driekwart van de mensen met geweldservaringen binnen de muren van de KJP-instelling stelt dat die ervaringen hebben doorgewerkt in hun verdere leven. Slechts een kwart geeft aan dat het ervaren geweld in de KJP geen impact heeft op het latere leven. De meesten ervaren negatieve doorwerkingen. In de toelichtingen vertellen zij over PTSS, trauma's en angststoornissen, een laag zelfbeeld, zelfdestructie, eenzaamheid, verslaving aan drank en/of drugs, nachtmerries en slaapproblemen, opvoedingsproblemen met hun eigen kinderen en doorgaand misbruik (als slachtoffer en dader). Vaak wordt er aangegeven dat er geen vertrouwen meer is: geen vertrouwen in de hulpverlening en geen vertrouwen in andere mensen. Een respondent vertelt over de doorwerking:

*Verder heb ik ook niet het idee dat ik opnieuw bij de hulpverlening terecht kan, mocht ik opnieuw in een dal geraken, gewoon omdat ik niet het gevoel heb dat ik op hen kan bouwen naar aanleiding van alles wat er tijdens mijn opname is gebeurd. Ik denk nog steeds, ook als ik een terugval heb: 'alleen ben ik beter af dan met hen'. En eigenlijk is dat best erg, aangezien dat de*

*mensen zijn die je zouden (moeten) kunnen helpen. Ook denk ik vaak terug aan mijn tijd in de isoleer en krijg ik dat maar moeilijk uit mijn hoofd. Ik denk er eigenlijk iedere dag nog wel aan, maar omdat ik er niks mee kan, probeer ik alles wat ermee te maken heeft ook maar snel weer weg te stoppen en me bijvoorbeeld te richten op mijn studie, werk, etc. Uiteindelijk ben ik die herinneringen nog steeds aan het vermijden/weg aan het stoppen en daar ben ik me ook bewust van, alleen tja, ik weet niet wat ik er anders mee moet. Ervoor in behandeling gaan, is ook geen optie, gewoon omdat ik (zoals ik hiervoor al beschreef) geen vertrouwen heb in de hulpverlening en ik vanuit mijn ervaring de angst heb (hoe niet-reëel die op dit moment ook is) dat zij mijn leven weer van mij over kunnen nemen als zij vinden dat het slecht met mij gaat/therapieën niet werken, etc. En dat is iets wat ik absoluut niet nog een keer mee wil maken, aangezien ik toen van de wal in de sloot belandde. Verder ben ik uiteindelijk ook ver weg gaan wonen in een klein appartementje met een eigen voordeur (zodat ik zelf regie had over wie ik binnen liet en wie niet) en houd ik mijn adres zo verborgen mogelijk, zodat niemand weet waar ik woon (en geen enkele man uit mijn verleden mij weet te vinden). Deze eigen plek en regie over mijn eigen voordeur geeft mij een gevoel van veiligheid, maar zorgt tegelijkertijd ook voor een stuk eenzaamheid, omdat ik bijvoorbeeld niet gauw iemand bij mij thuis uit durf te nodigen. En natuurlijk heeft het me ook gevormd als mens, waardoor ik mezelf nogal eens dwarszit in mijn eigen groei en ontwikkeling en ik het ook moeilijk vindt om sociale contacten op te bouwen.*  
[Survey]

Onveiligheid is een thema dat door alle verhalen heen telkens terugkomt. Dit heeft te maken met het getuige zijn van geweld, maar hieraan heeft de cultuur van zwijgen, of op zijn minst een gebrek aan openheid bijgedragen. Het gebrek aan openheid betrof echter niet alleen het niet-spreken over geweld. Ook over de redenen voor opname werd vaak niet of onduidelijk gepraat, evenmin als over de voorgeschiedenis thuis, of over de inhoud van de behandelplannen. Er zijn vele instanties betrokken geweest bij de plaatsing van jeugdigen in de KJP, maar tot halverwege de jaren tachtig werden de kinderen zelf zelden bij het plaatsingsbesluit betrokken. Voor de jeugdigen betekent de opname vaak een min of meer gedwongen verlaten van het thuisfront, waar geen reden voor gegeven wordt. Anderen bepalen tijd en duur van de opname. De opname is bedoeld 'op maat' te zijn, maar de patiënt voelt dat niet altijd zo. Dit gegeven op zich heeft geen consequenties voor het ontstaan of voortduren van geweld. Maar het maakt waarschijnlijk wel dat het verblijf in de KJP door relatief veel respondenten als negatief ervaren is. En dat de plaatsing op zichzelf soms als institutioneel geweld wordt ervaren.

*Er is vastgesteld dat ik ernstig ben gehertraumatiseerd door het handelen van jeugdprofessionals in mijn tijd. Over zaken die daar zijn gebeurd als wel zaken die juist zijn nagelaten in mijn tijd. [Survey]*

Het verblijf in de sector heeft voor bijna alle geïnterviewden en surveyrespondenten in deze studie een enorme impact op hun leven gehad. Wat *precies* de bijdrage is van het geweld van medepatiënten en/of personeel, is lastig te duiden. Andere zaken spelen hierbij ook een rol, zoals het stigma van een psychiatrische patiënt te zijn en het gevoel om onduidelijke redenen te zijn opgenomen. De meeste geïnterviewden hebben nog jaren na het verlaten van de instelling therapie gehad en hebben nog steeds last van psychische en lichamelijke klachten.

Aan de surveyrespondenten is gevraagd welk cijfer tussen 0 en 100 zij hun gezondheid op het moment van invullen van de survey zouden willen geven. De respondenten die deze vraag invullen komen gemiddeld op 56, terwijl het gemiddelde van hun leeftijdsgroep in Nederland op 88 ligt. Er is nauwelijks verschil tussen respondenten die in de survey wel (56,8) en geen geweld (54,1) hebben gerapporteerd in de instelling. Dit zou kunnen betekenen dat vooral het opgenomen zijn in een KJP-instelling invloed heeft gehad op hun ervaren gezondheid, los van het geweld dat ze wel of



niet hebben meegemaakt. Dit komt ook naar voren in de interviews, waarin respondenten aangeven dat alleen al het feit dat ze opgenomen zijn geweest hen een deel van hun leven heeft ontnomen, een deel van hun jeugd, van hun onderwijsmogelijkheden, van normale medische huisartsenzorg, het meemaken van zomervakanties et cetera, et cetera:

*Alleen al het feit dat je een deel van je jeugd mist, is al erg genoeg. Maar het geeft je ook een stigma: gek of gestoord. [Survey]*

### **3. Conclusies en implicaties**

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van literatuur- en documentenonderzoek, een survey onder (ex-)patiënten en naasten, verdiepende interviews met voormalige patiënten, archiefonderzoek, en groepsgesprekken met (ex-)professionals in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP). De verschillende bronnen bevestigen elkaar in het beeld over geweld in de sector. De overeenstemming tussen de bronnen versterkt de conclusie dat er sprake is geweest van geweld in de KJP in de periode 1945-heden. Toch dient benadrukt te worden, dat in de survey en de interviews waarschijnlijk alleen mensen aan het woord komen die negatieve ervaringen hebben gehad tijdens hun verblijf in de KJP. Het onderzoek biedt geen representatief beeld van de prevalentie en omvang van het geweld in de KJP.

#### **3.1 Conclusies**

##### **Wat is er aan geweld voorgevallen in de kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP)?**

In de gehele periode 1945-heden zijn in de bestudeerde bronnen vormen van fysiek, seksueel en psychisch geweld teruggevonden. Uit alle bronnen blijkt dat er gedurende de gehele periode seksueel geweld voorkwam. Dit betreft seksueel misbruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag, zowel van medewerkers als van medepatiënten. In de archieven zijn alleen sporen van seksueel geweld te vinden die betrekking hebben op medepatiënten, – zogeheten peer group gerelateerd geweld –, en alleen in de laatste periode. Uit de interviews en de survey blijkt dat één op de vijf respondenten te maken heeft gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag door medewerkers en één op drie door medepatiënten.

Uit de interviews en de survey blijkt dat volgens de respondenten fysiek geweld regelmatig aan de orde was in de sector. In de archieven wordt alleen melding gemaakt van fysiek geweld door medepatiënten: slaan, schoppen en zelfs wurging worden in de dossiers genoemd. Dit komt overeen met de bevindingen uit de interviews en de survey. Twee op de drie respondenten in de survey zeggen dat zij fysiek geweld door medepatiënten hebben meegemaakt, drie op de vijf (60%) door medewerkers. Het geweld lijkt in de tijd te zijn afgenomen. Steeds meer respondenten in de latere periodes (1985-2005 en 2005-heden) zeggen dat zij nooit te maken hebben gehad met fysiek geweld. In de dossiers uit de archieven van de inspectie en de instellingen zijn sporen gevonden van fysiek geweld door medewerkers. Dit betreft fysiek geweld dat gebruikt werd bij het isoleren of het fixeren van patiënten. In de regel werd dit door de medewerkers beschouwd als gelegitimeerd geweld, passend binnen het behandelbeleid en de regels in de KJP-sector. Maar ook in deze dossiers komen voorbeelden voor van disproportioneel geweld of verkeerd gebruik van holdingtechnieken, waardoor er letsel ontstond, zoals botbreuken. In de survey en de interviews wordt het gelegitimeerde, zogeheten 'institutionele geweld' veelvuldig naar voren gebracht als vorm van ervaren fysiek geweld.

Psychisch geweld wordt in alle periodes door ex-patiënten relatief vaak genoemd. Ook het psychische geweld kwam vaak van medepatiënten (89%); voorbeelden zijn uitgescholden, gepest of gekleineerd worden. Twee op de drie respondenten in de survey noemt ook psychisch geweld door de medewerkers (66%). Daarnaast wordt het inhouden van privileges als een vorm van psychisch geweld genoemd, zoals je ouders niet mogen zien of geen bezoek mogen ontvangen, geen mobiele telefoon mogen hebben, of het dreigen met een dwangmaatregel zoals isoleren, of een juridische procedure voor dwangopname in gang zetten. Vóór 1985 geven alle respondenten in de survey aan hiermee te maken te hebben gehad. In de periodes na 1985 neemt dit wel af, maar is er nog steeds een meerderheid die zegt hiermee te maken te hebben gehad (67% in de periode 2005-heden). Hoewel het ervaren van onveiligheid strikt genomen geen geweld is in deze sectorstudie, is het wel

een direct gevolg van het geweld waar mensen in de KJP getuige van waren. Uit de interviews en de open antwoorden in de survey blijkt dat pupillen zich onveilig en bedreigd voelden in de instelling door het meemaken van disproportioneel geweld bij separatie, fixatie of dwangmedicatie. Respondenten pasten hun gedrag aan om zelf zo'n confrontatie met het personeel te vermijden.

### **Hoe heeft het geweld in deze sector kunnen gebeuren?**

De literatuur, beleids- en wetsdocumenten, gesprekken met (ex)-professionals en archiefstukken geven aanknopingspunten voor verklaringen voor het geweld in de KJP: op micro-, meso-, en macroniveau en de wisselwerking daartussen. De verklaringen voor de KJP-sector vertonen overeenkomsten met die voor de andere jeugdhulpverleningssectoren, maar onderscheiden zich daar ook van naar aard en inhoud. Het karakter van de problemen van de behandelde populatie, de kenmerken van de therapeutische behandeling en de wijze waarop de zorg tot 2015 was gefinancierd en wettelijk was ingebed, maken de gang van zaken op KJP-instellingen anders dan in de jeugdzorginstellingen.

De KJP is een kleine sector die werd beschouwd als onderafdeling van de volwassenenpsychiatrie en daardoor weinig maatschappelijke aandacht kreeg. Pas toen de ouders zich in de jaren tachtig verenigden, bleek dat de sector veronachtzaamd was door de samenleving, de inspectie en de politiek. Ouders zijn tot in de jaren tachtig op afstand gehouden, vanuit het idee dat de ouder-kind-dynamiek medeverantwoordelijk was voor de problematiek van de jonge patiënten. Kinderen mochten in de eerste zes weken geen contact met hun ouders hebben en uit archiefonderzoek blijkt dat contact en communicatie met de afdeling voor ouders een probleem was.

Toezicht op de KJP is tot 1985 niet of nauwelijks aanwezig geweest. Vanaf 1945 was er een kleine groep inspecteurs actief voor de gehele GGZ-sector, waardoor tot halverwege de jaren tachtig het toezicht op de KJP minimaal was. Behalve dit gebrek aan menskracht was ook de daadkracht van de inspectie beperkt. Men kondigde van tevoren aan wanneer er geïnspecteerd zou worden en de aandacht lag vooral op het inspecteren van eventuele gebreken aan het gebouw en de medische bevoegdheid van het personeel. Pas vanaf begin jaren negentig nam de Inspectie voor Gezondheidszorg een meer kritische houding aan ten aanzien van de KJP. De kwaliteit van de zorg, het pedagogisch klimaat en de dwangmaatregelen in de behandeling werden onderwerp van de inspectie. Intern toezicht in de KJP was tot die tijd ook beperkt en werd uitgeoefend door directies en besturen.

De visie op vrijheidsbeperkende maatregelen (dwang in de behandeling) is in de loop van zeventig jaar sterk veranderd. Het gebruik van dwangmiddelen is lang als een onvermijdelijk en noodzakelijk onderdeel van de behandeling in de KJP gezien. Vanaf de jaren zeventig/tachtig werd echter onder druk van de patiëntenbeweging en de antipsychiatrie aandacht gevraagd voor de negatieve kanten van de toepassing van dwangmiddelen en maatregelen, en voor het belang van toestemming van ouders en minderjarigen in dit kader. De invoering van de BOPZ en het registreren van dwangmaatregelen voor patiënten die vrijwillig opgenomen zijn (Middelen en Maatregelen) hebben tot doel dat men bewuster en daardoor beperkter fixatie, separatie en dwangmedicatie inzet in de sector. Naast de BOPZ kwamen er ook andere wetten die de kwaliteit van de zorg en het klachtrecht van patiënten borgen (WGBO en WKcz). Toch is het in de KJP nog niet vanzelfsprekend dat pupillen gebruik maken van hun klachtrecht. Uit het archiefonderzoek blijkt dat het vooral de ouders zijn die een klacht indienen. Uit het archiefonderzoek blijkt ook dat zij moeite hebben om hun klacht behandeld te krijgen.

Wat betreft de vorming en toerusting van professionals spelen er twee zaken. Ten eerste heeft de sector niet altijd de professionaliteit van het personeel kunnen garanderen. De inzet van uitzendkrachten en tijdelijk personeel in de vorm van stagiaires en werkstudenten maakte dat er minder vaste krachten in de sector werkten: tijdelijk personeel kon vaak geen band opbouwen met de tehuisbewoners en wist ook niet goed om te gaan met probleemgedrag en woede-uitbarstingen.

Ten tweede was tot eind jaren tachtig geweld geen onderwerp in de opleiding van professionals. Pas eind jaren tachtig kwam er lesmateriaal op de markt dat hulpverleners leerde met agressie om te gaan. Sinds begin deze eeuw krijgt personeel agressietrainingen en zijn er richtlijnen en protocollen over hoe te handelen bij situaties waarin de pupil een gevaar voor zichzelf of een ander is. Daarnaast zijn er ook richtlijnen gekomen gericht op de preventie van seksueel geweld in de KJP. Sinds 2012 is het voor het personeel verplicht geworden om bij indiensttreding een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) te overleggen.

De indruk is dat er in de KJP vanaf de laatste twee decennia veel aandacht is besteed aan de grenzen tussen pedagogische maatregelen, dwang en vrijheidsbeperking. Kenmerkend voor de sector is dat ze te maken heeft met pupillen die lijden aan vaak ernstige psychiatrische stoornissen, die zich onder meer kunnen uiten in agressie (tegen zichzelf of de omgeving), en in decompensatie en acting-out gedrag. Meer aandacht voor de risico's die dat met zich meebrengt verklaart mogelijk de dalende trend van zelfgerapporteerd geweld, zowel van medepatiënten als medewerkers in de survey, in de periode vanaf 1945 tot nu. Wat hieraan ook kan hebben bijgedragen is de komst van MIP commissies (Melding Incidenten Patiëntenzorg), waardoor incidenten gelijk aan de ouders gemeld worden en betrokkenen (zowel het kind en de ouders als ook de professional) nazorg krijgen. Een aantal jaren geleden is ook de mogelijkheid ingevoerd om anoniem te melden wanneer er sprake is van een geweldsincident.

In de KJP is het verschil tussen voor en na 1985 groot. Behalve wet- en regelgeving en richtlijnen die voor de gehele psychiatrische sector van kracht werden, zijn er ook andere veranderingen in de sector. De instellingen werden kleinschaliger en meer gedifferentieerd, met kleinere slaapkamers. De behandelvisie veranderde: klinische opname moest zoveel mogelijk worden vermeden, er werd meer betrokkenheid van ouders gevraagd en de omgangsvormen tussen hulpverleners en jongeren werden informeler. De ouderbeweging kwam op; er kwamen PatiëntenVertrouwensPersonen (PVP's) op de instellingen; de inspectie begon de sector langzaam in het vizier te krijgen. Men kreeg oog voor de preventie van seksueel geweld en de inrichting van isoleerruimtes. Er valt geen oorzakelijk verband vast te stellen tussen al deze ontwikkelingen en de cijfers omtrent geweld, maar feit is wel dat volgens de respondenten van de survey voor deze sectorstudie de cijfers voor elk type geweld tegelijkertijd zijn gaan dalen.

### **Hoe hebben de pupillen het geweld ervaren en welke invloed heeft dit gehad op hun latere leven?**

Slachtoffers van geweld in de KJP konden of durfden daar destijds niet of nauwelijks over te praten. De meeste ex-patiënten geven aan dat het meemaken van geweld een enorme impact heeft gehad op hun verdere leven. De meeste respondenten in de survey beoordelen hun gezondheid beduidend lager dan de vergelijkbare leeftijdsgroep in Nederland. Hierin heeft niet alleen het geweld een rol gespeeld. Ook het verblijf in de instelling op zich is vaak als onveilig ervaren. Het geconfronteerd worden met gewelddadig gedrag van medepupillen (automutilatie, suïcidepogingen) en het geweld dat gepaard ging met het uitvoeren van de dwangmaatregelen, hebben een diepe indruk op ex-patiënten gemaakt, waar ze soms nog dagelijks aan herinnerd worden. Het verblijf in de sector heeft voor bijna alle geïnterviewden en surveyrespondenten in deze studie een enorme impact op hun leven gehad. Wat *precies* de bijdrage is van het geweld van medepatiënten en/of personeel, is lastig te duiden.

Wat de verhalen van de respondenten in deze studie ons leren, voor zover dat al niet bekend was, is dat 'beter worden' bepaald geen vanzelfsprekendheid is. Zo ze al niet bijdragen aan verslechtering, zitten de risico's die dat verhinderen ingebakken in het systeem. Dat betreft zaken als stigmatisering, gevoelens van ontheemding en de confrontatie met gedrag van groepsgenoten dat als verwarrend, bedreigend of angstwekkend wordt ervaren. Maar juist omdat sommige factoren

die de ontwikkeling en het gevoel van veiligheid kunnen bedreigen inherent zijn aan het systeem, is het zaak daar extra alert op te zijn en zich blijvend te realiseren wat zo'n opname voor impact heeft op kinderen. Het bespreken van deze impact van het meemaken van gewelddadig gedrag van patiënten jegens zichzelf én anderen moet een continu aandachtspunt zijn in de gesprekken met de kinderen.

### **3.2 Implicaties**

Uit de bovenstaande conclusies volgen enkele implicaties die van belang zijn bij de preventie van geweld in de KJP.

Binnen de KJP, waar kinderen geacht werden om in een beschermde omgeving behandeld te worden voor hun problemen, kwam geweld langer voor dan volgens het normenpatroon van de samenleving aanvaardbaar was. Voor de overheid ligt hier een belangrijke verantwoordelijkheid. Maar geweld en aantasting van de lichamelijke en geestelijke integriteit kunnen nooit alleen aan macrosystemen worden toegeschreven. Groepsleiding, behandelaren, psychiaters, maar ook klachtencommissies en de Raden van Bestuur en Raden van Toezicht van de KJP-instellingen hebben hierin een verantwoordelijkheid. Hoewel er sinds de jaren tachtig en zeker de laatste twee decennia aandacht is voor geweldsincidenten en de rol van de professionals in dezen, vond er in de periode van 2005 tot op heden in de sector nog steeds fysiek, seksueel en psychisch geweld plaats, hoewel minder dan voorheen. Het is nog steeds noodzakelijk dat er wordt nagedacht hoe men geweld en herhaling van geweld in de KJP kan voorkomen.

Het toezicht op de werkvloer is daarbij een belangrijk aandachtspunt. Het elkaar kunnen aanspreken als men vindt dat een grens is overschreden, komt de professionalisering en de veiligheid ten goede. Voorkomen moet worden dat men elkaar de hand boven het hoofd houdt en elkaar niet durft aan te spreken op onwenselijk gedrag. De KJP lijkt vooruit te lopen als het gaat om het registreren en melden van incidenten. Ook het anoniem mogen melden van incidenten maakt dat mogelijke geweldsincidenten zichtbaar worden en de leiding eventuele maatregelen kan nemen. Het is te beschouwen als een belangrijk veiligheidsmechanisme, maar de vraag is of het voldoende is.

Daarnaast zou het een goede zaak zijn als er een open cultuur komt, waarin de slachtoffers van het geweld zelf serieus genomen worden en het gevoel hebben dat er naar hen geluisterd wordt. Zeker als er sprake is van ernstig geweld, zouden kinderen in principe in eerste instantie geloofd en beschermd moeten worden, en pas daarna zou de zaak onderzocht moeten worden. Belangrijk is dat kinderen bijgestaan worden door iemand die zij vertrouwen als zij dit aan de orde stellen.

#### 4. Literatuurlijst

*Argus registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen in de psychiatrie* (2012), Hoofdstuk 5, Uitkomsten kinder- en jeugdpsychiatrie.

Bakker C. Th., T.C. Bolt, en J. Vijselaar (2017). "Haalbaarheid van onderzoek naar geweld in de jeugd-GGZ", in: *Commissie Onderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg. Aanvullend vooronderzoek*. Den Haag: Commissie Geweld in de Jeugdzorg, p 143-197.

Dane, Jacques, Marian van der Klein (2012). "Het archiefonderzoek", in: M.C. Timmerman (red.), *Aard en omvang van seksueel misbruik in de residentiële jeugdzorg en reacties op signalen van dit misbruik (1945-2008)*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Dane, Jacques, Marian van der Klein en Evelien Walhout (2019). *Bronstudie archiefonderzoek naar sporen van geweld in de kinder- en jeugdpsychiatrie, 1945-heden*. Met medewerking van Linda Terpstra. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Gevers, J.K.M. (1994). "Minderjarige en wilsonbekwame meerderjarige patiënten in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst", in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 138, afl. 50, p. 2507-2510.

Gijswijt-Hofstra, Marijke, en Harry Oosterhuis (2001). "Psychiatrische geschiedenissen", in: *Bijdragen en mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden*, vol. 116, afl. 2, p. 162-197

Hof, Eveline, van 't, Judith Broerse, en Leonie de Goei (1997). *Tulpenburg en Amstelland 1951-1994: bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Kwaliteit van zorg in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Den Haag, februari 2002.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Kwaliteit van klinische kinder- en jeugdpsychiatrie goed op streek. Verdere verbetering mogelijk*. Den Haag, oktober 2010.

*Inventaris van het archief van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid: Hoofdinspectie van de Geestelijke Volksgezondheid, 1962-1994* (2010) Nr. 2.27.5035. Den Haag: Nationaal Archief.

Kamerbrief 25 763 Evaluatie Wet Bopz Nr. 1, 27 november 1997.

Kappelhof, Antonius C.M. (1990). *Tussen aansporen en opsporen. Geschiedenis van 25 jaar Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1965-1990*. 's-Gravenhage: SDU uitgeverij.

Klein, Marian, van der, en Esther Horrevorts. *Bronstudie survey over geweld in kinder- en jeugdpsychiatrie, 1945-heden* (2019). Met medewerking van Ruth Klein, Katinka Lünemann en Evelien Walhout. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Klein, Marian van der, en Jacques Dane. *Contextstudie: literatuur en andere bronnen over kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland, 1945-heden* (2019). Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Lucieer, Jacobus (2005). *Inzicht in het staatstoezicht op de geestelijke gezondheidszorg 1841-2005*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

Lünnemann, Katinka, en Majone Steketeer (2019). *Bronstudie interviews over geweld in kinder- en jeugdpsychiatrie, 1945-heden*. Met medewerking van Esther Horrevorts en Katrien Bel. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Lünnemann, Katinka, Lianne Drost, en Marian van der Klein (2013). *Neerbosch, leren van het verleden. Seksueel misbruik op het Kinderdorp 1975-1985*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

*Nota Geestelijke Volksgezondheid*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, 18463, nr. 2.

Oosterhuis, Harry, en Marijke Gijswijt-Hofstra (2008). *Verward van geest en ander ongerief: Psychiatrie en Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Stegge, C, Aan de (2012). *Gekkenwerk. De ontwikkeling van het beroep psychiatrisch verpleegkundige in Nederland, 1830-1980*. Maastricht: Proefschrift, Universiteit Maastricht.

Timmerman, Greetje, Pauline Schreuder, Annemiek Harder, Jacques Dane, Marian van der Klein, en Evelien Walhout (2012). *Aard en omvang van seksueel misbruik in de residentiële jeugdzorg en reacties op signalen van dit misbruik (1945-2008)*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Verheij, Fop, en Loon, H. Van. (1989). Klinische kinderpsychiatrie; een plaatsbepaling. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 206-210.

*Verzorging en opvoeding in kindertehuizen. Rapport van de werkgroep Gestichtsdifferentiatie. Rapport commissie Koekebakker* (1959) Den Haag: Nederlandse Federatie voor Kinderbescherming.

Walhout, Evelien, en Jacques Dane (2017). *Archiefengids Geweld jeugdzorg. Ingang op bronnen Jeugdzorg in Nederland na 1945*. Den Haag: Commissie De Winter.

Van der Werf, B. (2003). De separeer en prikkelarme omgeving. In: SP, nr. 33, 33-37.

### **Relevante websites:**

<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/organisatie-van-zorg-voor-kind-en-jongere/achtergronddocumenten/specifieke-aandachtspunten-vanuit-patientenperspectief/focus-van-zorg-kwaliteit-van-leven-en-herstel-van-vitaliteit>

<https://www.ntvg.nl/artikelen/minderjarige-en-wilsonbekwame-meerderjarige-patiënten-de-wet-op-de-geneeskundige/volledig>

"RDI-project: unieke data-infrastructuur met talloze mogelijkheden." <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/over-ons/projecten/rdi-project/>

[Kenniscentrum-kjp. "Patiëntenorganisaties en ouderverenigingen".  
https://www.kenniscentrum-kjp.nl/over-ons/patientenorganisaties-ouderverenigingen/](https://www.kenniscentrum-kjp.nl/over-ons/patientenorganisaties-ouderverenigingen/)

[Lans, Jos van der, en Petra Hunsche. "Canon cliëntenbeweging ggz". Canon. Laatst gewijzigd 1 Juli 2016. \[https://www.canonsociaalwerk.eu/nl\\\_cbg/details.php?cps=0&canon\\\_id=555\]\(https://www.canonsociaalwerk.eu/nl\_cbg/details.php?cps=0&canon\_id=555\)](https://www.canonsociaalwerk.eu/nl_cbg/details.php?cps=0&canon_id=555)

Steyaert, Jan. "1994 Gedwongen kader, de wet BOPZ". Canon. Laatst gewijzigd 11 November 2013 [https://www.canonsociaalwerk.eu/nl\\_ggz/details.php?cps=16&canon\\_id=298](https://www.canonsociaalwerk.eu/nl_ggz/details.php?cps=16&canon_id=298)

## Colofon

Opdrachtgever	Commissie Geweld in de Jeugdzorg
Copyright	Commissie Geweld in de Jeugdzorg
Auteurs	Dr. M. van der Klein Dr. J. Dane Prof. dr. M.J. Steketee
Met medewerking van	E.M.B. Horrevorts, MSc Dr. mr. K.D. Lünemann