

Contextstudie: literatuur en andere bronnen over kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland, 1945-heden

VERWEY-JONKER INSTITUUT
IN OPDRACHT VAN DE COMMISSIE GEWELD IN DE JEUGDZORG

Marian van der Klein
Jacques Dane

Contextstudie: literatuur en andere bronnen over kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland, 1945-heden

VERWEY-JONKER INSTITUUT

IN OPDRACHT VAN DE COMMISSIE GEWELD IN DE JEUGDZORG

Marian van der Klein
Jacques Dane

Utrecht, april 2019

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Literatuur over de geschiedenis van de kinder- en jeugdpsychiatrie	4
2	De sector en de pupillen	5
2.1	Aantal pupillen, leeftijd en sekse	6
2.2	Complexe psychische problematiek, gedragsproblemen en thuissituatie	7
2.3	Een kleine sector met afzienbaar aantal behandellocaties	9
3	Opname en behandeling	10
3.1	Gedwongen opnames	10
3.2	Wie plaatst de jeugdigen in de KJP?	11
3.3	Drie fasen in opname: observatie, diagnose en behandeling	11
3.4	De behandelvisies in de verschillende periodes	12
3.5	Pragmatisch eclecticisme	13
3.6	Kortere opnames, steeds meer ambulant	13
3.7	Dwang in de behandeling	14
4	Dagelijks leven in de KJP: groepen, bedden, school en therapie	16
4.1	Minder vaak bij volwassenen geplaatst	16
4.2	Privacy neemt toe	17
4.3	Beroepsgroepen en het dagelijks leven	17
5	Toezicht en inspectie	19
5.1	Tot jaren tachtig weinig aandacht	19
5.2	Vanaf 1985 advies en inspectie	20
5.3	Intern toezicht: verplichte klachtencommissies door de WKcz (1995)	22
6	Tot slot	24
7	Literatuurlijst	25
	Relevante websites	28
	Bijlage 1 Groepsgesprekken met (oud-)professionals in de KJP	29

1 Inleiding

De geschiedenis van het geweld in de kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) kan niet staan op de schouders van een algemene geschiedenis van de sector in de periode 1945-heden. 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 cliënten et cetera.

De historici Marijke Gijswijt-Hofstra en Harry Oosterhuis spreken in hun historiografische overzichtsartikel 'Psychiatrische geschiedenissen' (2001) in dit verband over het "*grotendeels onontgonnen verleden*" van de KJP.¹ De kinder- en jeugdpsychiatrie lijkt wat publicaties betreft – meer dan vijftien jaar na hun artikel – het ondergeschoven kind van de toch al karige geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie.

In deze contextstudie is bijeengebracht wat er wel bekend is over de naoorlogse geschiedenis van de KJP. Dat is gedaan op basis van literatuur en andere bronnen, met het oog op de geschiedenis van geweld in de sector. Wat betreft de andere bronnen: in de afzonderlijke bronstudies zijn de interviews, het archiefonderzoek, en het surveyonderzoek bij het KJP-rapport uitgebreider beschreven.² Wanneer relevant, wordt in deze contextstudie opnieuw verwezen naar genoemde bronnen. In de loop van de sectorstudie naar geweld in de KJP is aanvullend ook gesproken met (oud-)professionals uit de sector. Twee maal zijn er groeps gesprekken gevoerd met huidige en ex-professionals in de KJP: kinderpsychiaters, verpleegkundigen, groepsleiders, directeuren, beheerders van klachtenregistraties, nachtwakers, ouderbegeleiders en dergelijke die lange tijd werkzaam zijn (geweest) in de KJP (zie bijlage 1). De gezamenlijke werkervaring van deze professionals bestrijkt de periode van begin jaren zeventig van de vorige eeuw tot heden.

Met de (oud-)professionals is onder andere gesproken over het dagelijks leven op de instelling in het verre en recente verleden, over de ontwikkelingen in het vak, over dwang in de behandeling, over de problematiek van de populatie in de KJP, over de inbedding van de sector in de gezondheidszorg en over de omgang met geweld op de werkvloer (protocollen, tradities en dergelijke). Ook kwamen bijvoorbeeld de dagindeling op een instelling aan de orde, details over het dagelijks leven in klinieken en tehuizen, de omgang met ouders in de loop der tijd, en de relatie tot de inspectie. Wanneer het relevant is, wordt in deze contextstudie verwezen naar deze groeps gesprekken.

In deze contextstudie wordt dus uit alle typen bronnen bij het KJP-onderzoek geput. Deze contextstudie geeft de achtergrond bij het eindrapport en de bronstudies over het ervaren geweld in de KJP.³ De contextstudie begint met een korte bespreking van de literatuur.

1.1 Literatuur over de geschiedenis van de kinder- en jeugdpsychiatrie

In de voorstudie van de historici Bakker, Bolt en Vijselaar (2017) – ter voorbereiding van de sectorstudie in de jeugd-GGZ voor de Commissie Geweld in de Jeugdzorg – zijn de bestaande inzichten uitstekend verzameld. In deze voorstudie staan onder andere de ontwikkeling van aparte klinieken, toezicht en inspectie en de omvang van de KJP-sector centraal.⁴

1 Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis (2001), 173.

2 Respectievelijk: Lünemann en Steketeer (2019); Dane en Van der Klein (2019); Van der Klein en Horrevorts (2019).

3 Van der Klein, Dane, Steketeer (2019); Dane, Walhout en Bultman (2019); Lünemann en Steketeer (2019); Van der Klein en Horrevorts (2019).

4 Tussen 1981 en 2012 zijn er tien zogenaamde 'gelegenhedsuitgaven', jubileumboeken, verschenen over KJP-instellingen (Bron: Picarta).

Daarnaast is er een klein aantal relevante overzichtsartikelen van Weijers (2002), Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis (2001) beschikbaar, enkele gedeeltes uit overzichtswerken van Bolt en De Goei (2008) en drie instellingsgeschiedenissen van respectievelijk Curium te Oegstgeest, Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch (KJP De Herlaarhof) en Amstelland & Tulpenburg.⁵ Weijers (2002) concentreert zich mede op basis van een analyse van artikelen in het tijdschrift *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* op de veranderende opvattingen over het vak van kinderpsychiater (1920-1980). In het boek over Amstelland en Tulpenburg gaat het ook over de "*kloof tussen behandel filosofieën*" (MvdK/JD: in casu van Jan van Lande: therapeutische gemeenschap op psychodynamische grondslag (1969-1982), "*de dagelijkse praktijk en de ervaringen van patiënten*" (1943-1994). Cecile aan de Stegge (2012) heeft over een hele lange periode een overzichtsstudie gemaakt over de ontwikkeling van het beroep van psychiatrisch verpleegkundige (1830- 1980) waarin de kinder- en jeugdpsychiatrie zijdelings aan de orde komt. Met deze verzameling is er voor de periode *tot 1995* informatie over de visies op de professie van kinderpsychiater, op het beroep van psychiatrisch verpleegkundige en zijn er gegevens beschikbaar over de organisatorische ontwikkelingen en het behandelbeleid in enkele instellingen.

Voor de periode *na 1995* zijn er bronnen over het toezicht op de KJP – zij het spaarzaam. In dit verband wordt naast de wettelijke veranderingen rond dwang en drang in de psychiatrie - BOPZ (1994, Wet Bijzondere Opnemings in Psychiatrische Ziekenhuizen), ook aandacht besteed aan de versterking van patiëntenrechten: WGBO (1994, Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst), de Wet Klachtrecht cliënten zorgsector (WKcz, 1995) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996). Deze wetten werken aan waarborging van patiëntenrechten in de KJP. De evaluaties van deze wetten zijn verricht door onderzoekers van het Trimbos Instituut. Zij schreven uitgebreide rapporten over dwang in de dagelijkse praktijk van de KJP en formuleerden tevens richtlijnen (Groot en Donker, 2002; Van Ooyen et al., 1999). Ook verschenen er studies van juristen over de mogelijkheden en onmogelijkheden van de inspectie voor de gezondheidszorg; deze studies concentreren zich vooral op de psychiatrie en geestelijke volksgezondheid in het algemeen (Lucieer, 2005; Fikkert en Robben, 2011; Hubben, 2012; Robben et al. (WRR), 2012). Via deze studies en de kamerbrieven die verschenen naar aanleiding van de evaluaties van de wetten zijn er ook gegevens beschikbaar over dwangmaatregelen en het toezicht daarop in de KJP.⁶

Uit de literatuur blijkt onder andere dat de KJP tot 2015 onder de gezondheidszorg valt en daarna onder de Jeugdwet komt. Tot 2015 is de sector gehouden aan de landelijke wetgeving met betrekking tot psychiatrische ziekenhuizen. Psychiatrische zorg voor kinderen is tot 2015 verzekerde zorg, evenals zorg voor kinderen met lichamelijke aandoeningen. Psychiatrische zorg is tot 2015 gebonden aan door de landelijke overheid gestelde uniforme kwaliteitsregels. De professionals in de KJP zijn gebonden aan medisch ethische richtlijnen, ook in de behandeling van minderjarigen. Uit rapporten van de inspectie en de gesprekken met (oud-) professionals blijkt dat de medewerkers in de sector hun werk over het algemeen met betrokkenheid doen.

5 De Goei et al. (1995) over Curium; Kappelhof (1992) over Reinier van Arkel; Van 't Hof (1997) over Amstelland en Tulpenburg.

6 Kamerbrief 25 763 Evaluatie Wet BOPZ, 27 november 1997, verwijst naar Wet BOPZ (Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen evaluatierapport. Tussen invoering en praktijk, 1996). In dit rapport, waaraan tien deelrapporten ten grondslag liggen, formuleert de commissie van advies 43 aanbevelingen. Aanbeveling 5 betreft KJP.

2 De sector en de pupillen

De naoorlogse geschiedenis van kinderen en jongeren in KJP-instellingen houdt verband met de geschiedenis van de jeugdhulpverlening, maar meer nog met de geschiedenis van de volwassenenpsychiatrie. De reeds genoemde auteurs van de voorstudie voor deze rapportage merken hierover op:

De sector van de jeugd-GGZ is klein, vertoont overeenkomsten met de andere jeugdhulpverleningsinstanties, maar is daar naar aard en inhoud wel duidelijk van te onderscheiden. Dit heeft te maken met het karakter van de problemen van de kinderen en jeugdigen, de kenmerken van de (therapeutische) behandeling en met de manier waarop de zorg wettelijk was [...] ingebed: de jeugd-GGZ viel tot 2014 onder gezondheidszorg en was [...] mede daardoor onderworpen aan andere wetgeving dan de jeugdhulpverlening.
(Bakker et al., 2017).

De sector is er om psychisch zieke kinderen te behandelen en idealiter te genezen. De sector is tot 2015 gebonden aan de Gezondheidswet, zorgstandaarden, behandelmethoden en wetgeving over de relatie arts-patiënt. Kernbegrippen in de behandeling zijn de rechten van de patiënt, de plichten van de arts, en professioneel medisch handelen.

In 2015 gaat de KJP in het kader van de stelselherziening jeugdhulp 'over' van de gezondheidssector naar de jeugdsector; een transitie waar kinderpsychiaters (verenigd in Vereniging van Nederlandse Psychiatrie) en belangenbehartigers van kinderen en ouders in de KJP voor- en achteraf expliciet bezwaar tegen maken.⁷ De psychiatrische expertise is volgens deze (ervarings-)deskundigen onvoldoende gewaarborgd in de teams die naar de specialistische jeugd-GGZ moeten doorverwijzen. De wachtlijsten groeien en de decentralisatie naar gemeenten brengt wat hen betreft onacceptabele diversiteit met zich mee. Er zijn sinds 2015 weinig uniforme kwaliteitseisen aan de verschillende professionals die de behandeling bieden en aan de instellingen die daarbij betrokken zijn. Ook de rechtsbescherming van de jeugdige en het gezin daaromheen, de privacy en het klachtrecht hebben volgens de betrokkenen moeten inboeten.

De definitie van geweld en calamiteiten in de KJP is sinds 2015 evenwel duidelijker omschreven dan voorheen. De definitie van een calamiteit is in de Jeugdwet:

een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de jeugdhulp en die tot een ernstig schadelijk gevolg voor of de dood van een jeugdige of een ouder heeft geleid.

De definitie van geweld in deze wet is:

Lichamelijk, geestelijk of seksueel geweld jegens een jeugdige of een ouder, of bedreiging daarmee, door iemand die werkzaam is voor de jeugdhulpaanbieder of een gecertificeerde instelling, of door iemand die werkzaam is voor een rechtspersoon die in opdracht van de aanbieder of gecertificeerde instelling jeugdhulp verleent of door een andere jeugdige of ouder met wie de jeugdige of ouder gedurende het etmaal of een dagdeel bij de aanbieder verblijft.

⁷ Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. "Reactie NVvP concept wetsvoorstel Jeugdwet". Utrecht, 17 oktober 2012. https://vng.nl/files/vng/pagina_attachments/2012/20121017_reactie_jeugdwet_nvvp.pdf; Reichart, C.G. "Transitie jeugdzorg in volle gang". Tijdschrift voor de psychiatrie, September 2015. <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/57-2015-9-artikel-reichart.pdf>

2.1 Aantal pupillen, leeftijd en sekse

Het is niet precies bekend *hoeveel* kinderen en jongeren in de naoorlogse periode in KJP-instellingen (hebben) verbleven. Tot 1982 is de populatie van jongeren in de KJP niet vastgelegd. Over het *algemeen* is er weinig zicht op de harde gegevens van de sector: de omvang, de sekse, de leeftijd en de problematiek van de “patiënten” is in de loop der tijd schaars gedocumenteerd. In de periode 1945-1985 gaat het om circa 350 bedden per jaar (Bakker et al., 2017). De auteurs van de voorstudie geven in een bijlage aan dat tussen 1977 en 2007 het aantal beschikbare *bedden* in de KJP groeide van 393 naar 1906 per jaar.⁸ Tussen 1993 en 2009 groeide het aantal verpleegdagen van 317.000 naar 647.000 per jaar.⁹ Naar aanleiding daarvan en op basis van de *Kwantitatieve overzichten van de geestelijke gezondheidszorg: instellingen, zorgcircuits* (Jacobs en Bijl, 1991, 1992) is een grove schatting te maken. Jacobs en Bijl geven tussen 1980 en 1990 een kengetal van circa 450 patiënten per jaar in de KJP. Geëxtrapoleerd zou dat betekenen dat van 1945 tot op heden tussen de 6.000 (schatting op basis van gemiddeld 5 jaar verblijf in KJP) en 10.000 (op basis van gemiddeld 3 jaar verblijf in KJP) unieke kinderen en jongeren zijn opgenomen in KJP-tehuizen en instellingen; waarschijnlijk meer jongens dan meisjes. De kengetallen van 1990 tot heden laten zien dat dan circa 65% in de KJP jongen is en 35% meisje (Jacobs en Bijl, 1991, 1992 en RDI, 2016).¹⁰

Over de leeftijd van de pupillenpopulatie in de KJP zijn weinig seriële bronnen beschikbaar en daarom valt er weinig over de ontwikkeling in leeftijdsgroepen te concluderen. De reeks *GGZ in getallen*, uitgebracht in de jaren negentig, laat zien dat in 1991 en 1992 veel tieners behandeld worden, maar die reeks neemt ambulante en residentiële cliënten in de jeugd-GGZ – net als de huidige CBS-statistieken – bij elkaar. Verheij en Van Loon (1989) constateren dat er in de residentiële KJP een toename is van meervoudige, ernstige problematiek, die gepaard gaat met een verschuiving naar de opname van steeds jongere kinderen. Was tot de jaren tachtig opname van kinderen jonger dan zeven jaar uitzonderlijk, daarna worden het er volgens hen steeds meer. In de archieven van Curium en de Herlaarhof is in alle bestudeerde perioden sprake van kinderen van de basisschoolleeftijd en ouder en jonger. Bij deze instellingen is ook een basisschool op het instellingsterrein: het Leo Kannerhuis bij Curium (Leiden) en De Zwengel – nu Zuiderbos – op Zorgpark Voorburg bij de Herlaarhof in Vught. Ook hele jonge kinderen zijn in de archieven aan te treffen. Volgens de (ex-)medewerkers die aan dit onderzoek meewerkten, betreft het dan soms kinderen van jeugdigen – moeders tussen de 16 en de 21 jaar – die zelf zijn opgenomen in de psychiatrie. In de Herlaarhof zijn het in de vroege periode (jaren vijftig en zestig) ook jonge zwakzinnige kinderen met gedrags- en psychiatrische problematiek.

De respondenten in de survey voor dit onderzoek – meer dan honderd voor de periode na 1985 – zijn ten tijde van hun eerste opname gemiddeld 15 jaar. De leeftijd loopt uiteen van 1 jaar tot 27 jaar. En ook onder de geïnterviewden bevinden zich veel mensen die als tiener voor de eerste keer in de KJP terecht komen: tweederde van de 24 geïnterviewden komt boven de 12 jaar de KJP in, een derde op basisschoolleeftijd. Vanaf 1994 worden de jeugdigen in de KJP

in beginsel in staat geacht tot een redelijke waardering van [hun] belangen (wilsbekwaam) ten aanzien van [hun] behandeling. (Kamerbrief, november 1997)¹¹

De KJP is een sector die relatief veel aandacht heeft gehad voor deze wilsbekwaamheid van jongeren in de puberteit. In 1988 verandert de minderjarigen grens overigens van 21 naar 18 jaar. Sinds 1995 zijn met de invoering van de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGbo, 1994) ook bepalingen

8 Bakker et al., (2017), Bijlage II Overzicht omvang residentiële KJP, p. 44.

9 Idem, Bijlage III, p.45.

10 In elk geval vanaf 1980. de m/v-ratio in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie is bekend uit drie bronnen: [1] Jacobs en Bijl (1991, en 1992), 13; [2] Van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, verantwoordelijk voor de RDI. Dit kenniscentrum laat in een mail van 4 juni 2018 weten dat er geen cijfers beschikbaar zijn over de gehele onderzoeksperiode. Het Kenniscentrum bestaat vanaf 2009 en heeft tot 2016 de gegevens van 117.000 cliënten in kaart gebracht; [3] Uit een factsheet over 2016 (RDI ambulante en intramuraal samen) blijkt dat tussen 2009 en 2016 de ratio – opgenomen jongeren tussen de 0 en 23 jaar – op circa 63% jongens en circa 37% meisjes ligt. <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/over-ons/projecten/rdi-project/>

11 Kamerbrief 25 763, Evaluatie Wet Bopz. In 1988 is de meerderjarigheidsgrens overigens van 21 naar 18 jaar gelegd. Over inspraak van minderjarigen boven de 12 jaar zie ook meldingendossier bij de inspectie: KJP3053.

ten aanzien van toestemmingsrecht (*informed consent*), zelfbeschikking, en informatieplicht van minderjarigen opgenomen. Voor 1995 is toestemming van de ouders nodig voor opname en behandeling in de KJP – dat zijn de zogenoemde ‘vrijwillige’ opnames – behalve als er een kinderschermingsmaatregel of een Ondertoezichtstelling (OTS) aan de orde is. Vanaf 1995 is het als volgt geregeld met toestemming van minderjarigen.

- De minderjarige jonger dan 12 jaar wordt vertegenwoordigd door zijn ouders: zij moeten onder andere toestemming geven voor onderzoek of behandeling. Jegens het kind zelf heeft de hulpverlener alleen een informatieplicht: hij moet het inlichten *op zodanige wijze als past bij zijn bevattingsvermogen*.
- De minderjarige van 12 jaar of ouder, maar jonger dan 16, oefent zelf zijn rechten uit. Hij kan echter nog niet zelf een behandelingsovereenkomst aangaan; voor een verrichting ter uitvoering daarvan (een bepaald onderzoek of een behandeling) is naast zijn toestemming tevens die van de ouders nodig. Dit laatste geldt echter weer niet als die verrichting ‘kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen’ of als deze de ingreep ook na weigering van de ouders ‘weloverwogen blijft wensen’.
- De minderjarige van 16 jaar of ouder kan zelf een behandelingsovereenkomst aangaan en al zijn rechten ter zake uitoefenen.¹²

Met name de ontwikkeling van de autonomie en privacy van de jeugdige patiënt ten opzichte van zijn of haar ouders was – en is – een belangrijk onderwerp in de KJP-sector. Dit laatste is terug te zien in meldingen bij de inspectie uit de recente periode. Het betreft onder andere meldingen van ouders die bij de instelling geen gehoor vinden met hun klacht over de behandeling van hun kind en calamiteiten in verband met hun kind. De ouderlijk klacht wordt meer dan eens niet ontvankelijk verklaard door de leeftijd en (vermeende) wilsbekwaamheid van het kind.¹³ Professionals en oud-medewerkers die werkzaam zijn (geweest) in de sector wijzen ook op de aandacht voor wilsbekwaamheid, privacy en eigen rechten van tieners in de KJP.

2.2 Complexe psychische problematiek, gedragsproblemen en thuissituatie

De pupillen in de jeugd-GGZ hebben over het algemeen gedragsproblemen in combinatie met ernstige, complexe, psychische problematiek. Het zijn kwetsbare kinderen en jongeren: ze kampen met (ontwikkelings- en psychiatrische) stoornissen en vaak ook met een lastige thuissituatie. Vanaf eind jaren tachtig wordt geconstateerd, dat er sprake is van toename van de ernst en comorbiditeit van de problematiek (Verheij en Van Loon, 1989); het gaat hier om ernstige vormen van depressie, angststoornissen, ontwikkelingsstoornissen zoals autisme en hyperactiviteit (dikwijls gediagnosticeerd als ADHD), persoonlijkheidsstoornissen (nu ook gediagnosticeerd als borderline) en eetstoornissen.

Tot 1965 zijn er ook veel “zwakzinnigen” opgenomen in de KJP: kinderen met een verstandelijke beperking en een laag IQ. Er wordt dan ook veel over zwakzinnigheid geschreven in het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*; het onderscheid tussen de LVB- en de KJP-sector was tussen 1945 en 1965 minder groot dan nu (Weijers, 2002). Ook kwam het lang voor dat KJP en jeugddetentie in één instelling waren ondergebracht. Dat was bijvoorbeeld het geval bij de moeilijk opvoedbare meisjes in Huize de Ranitz en op de Hunnerberg. Daar verbleven wat nu “jongvolwassen vrouwen” worden genoemd, met volgens de staf *neuroses door affectieve en pedagogische verwaarlozing* (Dane en Van der Klein, 2012), zich uitend in bijvoorbeeld prostitutie, overmatige seksuele belangstelling, en/of homoseksualiteit.

Uit het survey-onderzoek in het kader van deze sectorstudie blijkt dat bij de respondenten vaak sprake is van een complexe thuissituatie. De ACE-studie naar jeugdtrauma’s in de thuissituatie maakt duidelijk dat de respondenten vaak veel hebben meegemaakt in de thuissituatie. Het merendeel van de respondenten (60%) vermeldt psychische verwaarlozing en gebrek aan steun in het gezin. Daarnaast speelden bij even zovelen *de aanwezigheid van een depressief of*

¹² <https://www.ntvg.nl/artikelen/minderjarige-en-wilsonbekwame-meerderjarige-patiënten-de-wet-op-de-geneeskundige/volledig>

¹³ Archief IGJ, meldingendossiers KJP7633 en KJP100185.

psychisch ziek gezinslid in de jeugd een rol. Van de 84 respondenten die de vragen over jeugdtrauma's in de thuissituatie hebben ingevuld, hebben 58 respondenten een score van 4 of meer op ACE-vragenlijst (69%). Dit wijst op een problematische jeugd (Van der Klein en Horrevorts, 2019 Figuur 26).

Huidige en ex-professionals uit de jeugdpsychiatrie vertellen dat opname in alle perioden vaak te maken heeft met het systeem thuis en op school dat niet (meer) functioneert en de zorg niet meer aankan. Hierin speelt ook mee dat er geen adequaat criterium is voor het al dan niet bestaan van psychische problematiek bij kinderen en jeugdigen of gerelateerd is aan de ernst van de stoornis (Verheij en Van Loon, 1989). In het brede veld van hulpverlening blijven herkenning en onderkenning van ernstige kinderpsychiatrische problematiek ingewikkeld. Het beleid is erop gericht dat als de problematiek van het kind te hanteren is (was) binnen de thuissituatie, dan wordt (en werd) het kind bij voorkeur niet opgenomen in de KJP.

Een relevant aspect van de pupillenpopulatie in verband met dit onderzoek naar geweld in de KJP is dat sommige experts aangeven dat de jeugdigen in deze sector juist vanwege hun complexe problematiek en de soms gewelddadige thuissituatie meer dan andere jongeren kans lopen op agressie en geweld in de instelling. Bakker et al. (2017) spreken in hun voorstudie over KJP-jeugdigen

*die lijden aan ernstige psychiatrische stoornissen die onder meer tot uitdrukking kunnen komen in agressie (gericht op de omgeving of op zichzelf), decompensatie en/of 'acting-outgedrag'.*¹⁴

Natuurlijk vertonen niet alle KJP-jeugdigen onder behandeling zo'n gedrag, maar experts stellen dat de sector wel relatief vaker dan andere jeugdzorgsectoren kampt met pupillen die agressief kunnen zijn, onderling seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen en zichzelf dreigen te verwonden. Het archiefonderzoek, de groepsgesprekken met de professionals en de interviews met bewoners die zelf geweld hebben meegemaakt in de instelling bevestigen dit beeld.¹⁵ In de groepsgesprekken met de oud professionals komt naar voren dat seksualiteit tussen jeugdigen onderling vaak voorkomt in het dagelijks leven van de KJP. Maar dat de persoonlijke grenzen niet altijd even goed bewaakt (kunnen worden). Onderling seksueel geweld is volgens de (oud-)professionals in de groepsgesprekken:

*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.*¹⁶

Uit de literatuur blijkt dat er in de KJP uiteindelijk weinig gesproken wordt met de pupillen over seksualiteit en dat dat mede ter preventie van seksueel geweld zou dienen te verbeteren.¹⁷

14 Bakker et al. (2017), p8.

15 In de archieven en de interviews vele proeven/sporen van seksueel overschrijdend gedrag onderling "ik was de instelling nog niet binnen of ze zaten al aan m'n borsten"; van zelfverwonding "regelmatig getuige van snijparties" en van schoppen en slaan onderling. Zie verder Lünemann en Steketee (2019) en Van der klein en Horrevorts (2019).

16 Zie bijlage 1 van deze contextstudie.

17 Zie hierover onder andere de afstudeerscriptie van Nienke van Engelen uit 2016.

2.3 Een kleine sector met afzienbaar aantal behandellocaties

Kinderen met complexe psychiatrische problematiek komen tussen 1945 en heden in allerlei instellingen terecht: niet alleen in academische klinieken en tehuizen voor kinder- en jeugdpsychiatrische behandeling, maar ook bijvoorbeeld in jeugdgevangenissen, in pleeggezinnen en – in de vroege perioden tot begin jaren zeventig – ook in instellingen die onder de residentiële jeugdzorg vallen. In deze sectorstudie staan vooral de ervaringen van KJP-patiënten in KJP-klinieken en KJP-instellingen centraal.

De kinderpsychiatrische klinieken ontstaan vanuit verschillende perspectieven: vanuit het juridische circuit – ter preventie van criminaliteit bij kinderen en jeugdigen –; vanuit het klinisch-psychiatrisch circuit; vanuit kinderziekenhuizen; en vanuit de in de jaren vijftig gevoelde noodzaak het kind te onttrekken aan de slechte invloed van het ouderlijk milieu. De (kinder-)psychiater krijgt in een instelling of een kliniek de gelegenheid en de tijd om het kind te behandelen, de therapie te starten zodat die therapie kans van slagen heeft.

In de *Archieven* van Walhout en Dane (2017) worden 82 KJP-instellingen genoemd voor de periode 1945-heden. Daar zitten vele rechtsopvolgers en rechtsvoorgangers van elkaar tussen. Het is niet precies bekend hoeveel instellingen er per periode (1945-1965, 1966-1985, 1986-2005, 2006-heden) precies actief zijn geweest in de residentiële behandeling van minderjarigen, maar een gemiddelde van rond de twintig behandellocaties per periode is waarschijnlijk. Vanaf de jaren negentig is er op grote schaal gefuseerd; vanaf die tijd daalt het aantal instellingen. Dat betekent niet automatisch dat ook het aantal behandellocaties daalt; al komen er de laatste jaren wel zorgelijke signalen bij de inspectie binnen over een tekort aan bedden in de *crisisketen*.¹⁸

18 Bijvoorbeeld getuige het signaal van een professional bij Inspectie in 2017 [Archief IGJ, meldingsdossier KJP101074]. Voorbeelden van gefuseerde instellingen: de Ruyterstee (in Smilde), 't Ruige Veld (in Rolde) en de Wenakker (in Groningen) zijn in eerste instantie alle drie onder Accare gekomen. Fuseren heeft over het algemeen ook consequenties voor de klachtencommissies en familie- of jongerenraden bij de instelling.

3 Opname en behandeling

3.1 Gedwongen opnames

Vrijwel elke opname in de KJP gebeurt de gehele onderzoeksperiode met de intentie “*op maat van het kind*” te zijn; gedwongen opname van deze kwetsbare kinderen wordt zoveel mogelijk vermeden.

*In deze sector wordt zoveel mogelijk getracht een gedwongen opname te voorkomen. Een gedwongen opname zou bijzonder nadelig zijn voor de behandelrelatie tussen de jeugdigen en de ouders met de hulpverleners,*¹⁹

zoals minister Borst-Eilers en de evaluatiecommissie van de wet BOPZ in 1997 schrijven.

Volgens de literatuur zouden er voor de wet BOPZ (1994) helemaal geen gedwongen opnames via de rechter zijn geweest; opnames waren toen altijd ‘vrijwillig’, dat wil zeggen met toestemming van de ouders van het minderjarige kind (Bakker et al. 2017). In de archieven van instellingen als Curium en de Herlaarhof zijn er vóór 1994 echter wel kinddossiers aanwezig, die via de juridische weg in de KJP zijn gekomen. Dit zijn vaak kinderen die door de kinderrechter met een kinderbeschermingsmaatregel onder toezicht zijn gesteld (OTS) en die via de Raad voor de Kinderbescherming ter observatie worden opgenomen in een kliniek. Deze observaties nemen soms vier jaar in beslag. In een enkel geval gaat het om jongeren wiens ouders ontzet zijn uit de ouderlijke macht.²⁰

Geconcludeerd kan worden dat in de periode vóór de BOPZ gedwongen opname van jongeren in de KJP mogelijk was door het opleggen van een jeugdbeschermingsmaatregel. Het betreft uiteindelijk slechts een klein deel van de populatie die op deze wijze in de KJP is opgenomen.²¹ Ook na de invoering van de BOPZ (1994) is dwangopname een uitzondering. Bij de surveyrespondenten, waar in totaal circa 150 ex-patiënten aan het woord zijn die tussen 1966 en heden in de KJP zaten, geven 24 mensen aan via de juridische weg in de KJP terecht te zijn gekomen; de meesten in de periode na de invoering van de wet BOPZ.²² De BOPZ vereist een rechterlijke machtiging voor gedwongen opname. De overheid werd vanaf 1994 steeds zichtbaarder als verantwoordelijke voor gedwongen opname in de KJP via ‘rechterlijke machtigingen’, de IBS en de plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ). Heden ten dage worden jeugdigen alleen nog gedwongen opgenomen in de KJP met een voorwaardelijke of tijdelijke rechterlijke machtiging of een IBS (drie weken gedwongen opname na ingrijpen burgemeester met advies van psychiater). Het gaat dan in alle gevallen om opnames waaraan een situatie vooraf gaat waarin de patiënt een gevaar voor zichzelf of de omgeving vormt.²³

19 Groot et al (2002). Evaluatie Wet Bopz Nr. 1 Brief van de minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Rijswijk, 27 november 1997.

20 Dane en Van der Klein (2019). Dit soort gedwongen opnames en observaties vonden dus wel plaats, maar niet binnen de vigerende Krankzinnigenwet (1884).

21 We vermoeden dit naar aanleiding van onze survey respons (Van der klein en Horrevorts, 2019), maar we weten het niet zeker. Van t Hof et al. (1997) spreken van meer dan 60 dwangopnames (onder de 21 jaar) op basis van IBS in 1989 in de boeken van de regionale inspectie. Dat is niet weinig. Omdat de jaarverslagen van de landelijke inspectie hier ontbreken kunnen we er geen precieze uitspraken over doen.

22 Van der Klein en Horrevorts (2019): Via juridische weg in KJP op meerkeuzevraag aangegeven: 1 respondent in 1966-1985, 6 in 1986-2005 en 18 in 2006-heden. Nemen we de antwoorden van de surveyrespondenten die bij de ‘anders, namelijk’ categorie aangeven dat ze ‘gedwongen vrijwillig’ zijn opgenomen erbij dan komen we op: 4 in 1966-1985 (23,5%), 13 in 1986-2005 (20%) en 22 in 2006 en verder (31,4%).

23 Via het survey-onderzoek is er iets meer zicht op de vraag naar het verband tussen gedwongen opnames en de ervaring van geweld in KJP-instellingen. Meer precies gezegd: ervaren respondenten die via de rechter in de instelling terecht zijn gekomen, meer geweld in de instelling dan respondenten die vrijwillig naar de instelling zijn gegaan? Wie gedwongen in een instelling is opgenomen (of dat zo voelt), geeft de instelling sowieso een slechter cijfer dan de vrijwillig opgenomen ex-cliënten. De gedwongen opnames rapporteren ook vaker/meer geweld tijdens het verblijf in de KJP. De juridische of sociale dwang bij plaatsing als zodanig is niet direct ervaren als geweld. Maar vrijwillige of gedwongen opname heeft dus wel degelijk invloed op hoe het verblijf in de KJP is ervaren. Zie verder de bijlage over het survey-onderzoek.

3.2 Wie plaatst de jeugdigen in de KJP?

Bij de meeste jeugdigen gaat plaatsing in de KJP niet via een rechterlijke machtiging. Uit diverse epidemiologische onderzoeken eind jaren tachtig blijkt, dat het al dan niet hulp inroepen voor problemen van het kind vooral afhankelijk is van het oordeel van de ouders. In de instellingsarchieven zijn voor de vroege periodes wel gegevens in dossiers opgenomen met verzoeken tot observatie van de kindbescherming, maar ook van huisartsen, de schoolarts, de polikliniek, de GGD en het Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB). Meestal hebben ouders via het MOB aan het begin van de opname gestaan. De MOB's zijn onlosmakelijk met de geschiedenis van de jeugd-GGZ verbonden; zij speelden tussen 1927 en 1982 een rol in het vestigen van de kinderpsychiatrie als specialisme (Meijer, 2011; Weijers, 2002). Bij de MOB's melden zich in de eerste periode (ouders met) kinderen tussen de 2 en de 18 jaar met een psychiatrische hulpvraag; ze worden ambulant behandeld. Er werken in de jaren zestig psychiaters, kinderpsychiaters, maatschappelijk werkers en psychologen; de werkwijze is multidisciplinair. Als de kinderen 'debiel' waren, meervoudige problematiek hadden en/of er was niet samen te werken met de ouders, kwam plaatsing in de KJP in beeld (Meijer, 2011).²⁴

3.3 Drie fasen in opname: observatie, diagnose en behandeling

Een opname in de KJP kent vaak drie fasen en dit geldt voor de gehele onderzoeksperiode: observatie, diagnose en behandeling. In het begin wordt het kind geobserveerd. Dat is een gedetailleerd proces waarvan gedetailleerd verslag wordt gedaan door professionals aan elkaar. In de dossiers van pupillen zijn observaties over fysieke kenmerken, onderzoek naar neurologische aandoeningen (1945-1985), beschrijvingen van individueel leergedrag en competenties (1965-heden) en sociaal gedrag in de groep (1965-heden) terug te vinden. De dossiers bevatten ook gedetailleerde verslagen van psychologische en psychiatrische onderzoeken. De observaties staan vaak in dienst van de diagnose en de behandeling. Niet voor iedereen is een diagnose even makkelijk vast te stellen, zo blijkt uit de archieven en uit de ervaringen van de surveyrespondenten (Dane en Van der Klein, 2019; Van der Klein en Horrevorts, 2019). Zodra er in de instellingen klachtencommissies verschijnen (vanaf 1995 is het verplicht om een klachtencommissie te hebben), verschijnen er ook klachten van ouders die het gebrek aan diagnose of foutieve diagnoses aan de orde stellen. Veel geïnterviewden en surveyrespondenten in dit sector-onderzoek geven aan onwetend te zijn geweest omtrent hun eigen diagnose: *Ik had geen flauw idee waarom ik daar zat*. Dit komt in alle perioden voor.

Problemen in verband met diagnosestelling leiden volgens de stukken ook vaak tot behandlingsverlegenheid. Bovendien is de vertaling van een diagnose naar een behandelplan ook niet één op één gemaakt. In de archieven zijn regelmatig opmerkingen van groepsleiders in de trant van *nog steeds geen behandelplan voor A, B of C*.²⁵ Ook dit fenomeen is in alle perioden aan de orde. Tot op de dag van vandaag komen er bij de inspectie meldingen binnen: *Oneens met de kwaliteit van zorg*, heet het dan vaak. Maar de klachten gericht op individuele behandelplannen worden door de inspectie categorisch terugverwezen naar de klachtencommissies van de instellingen.²⁶

24 De dichteres Vasalis werkte als kinderpsychiater bij het MOB in Groningen, zie onder andere voor meer info over de werkwijze van de MOB's in de biografie over Vasalis van Maaike Meijer (2011, hoofdstuk 28).

25 Archief Curium, doos Klachtencommissie. In het Curium-archief ook een brief d.d. 27 oktober 1998 van XX aan de klachtencommissie. Over wat er anders moet in de contacten met ouders. De inspecteur heeft aanbevolen om ook na de diagnostische fase meer informatie in het dossier op te nemen over wat er van de voorgenomen behandeling besproken is met de ouders en het kind. Per 1 januari 1998 is de Cliëntenraad op Curium ingesteld, bestaande uit ouders. Zie Dane en Van der Klein, *Bronstudie archiefonderzoek*.

26 Archief Inspectie Gezondheidszorg Jeugd [hierna als: Archief IGJ], meldingsdossiers KJP7633, KJP2719 en KJP7946.

3.4 De behandelvisies in de verschillende periodes

Verskillende visies op de psychiatrie volgden elkaar op in de KJP; daarmee liep deze sector grotendeels in de pas met de volwassenpsychiatrie. In de jaren dertig, veertig en vijftig domineerde de medische psychiatrie, terwijl de jaren zestig, zeventig en tachtig de tijd van de sociale psychiatrie waren. In de jaren negentig kreeg de neurobiologie in de KJP minder voet aan de grond dan in de volwassenpsychiatrie; wat betreft kinderen was er sprake van psychosociale en een biologische processen die elkaar wederzijds voortdurend beïnvloeden (zie Bakker et al., 2017; Bolt en de Goei, 2008; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, 2008).

In alle decennia tussen 1945 en heden stoelt de behandeling van de pupillen op twee pijlers: medicatie en gedragstherapie, waarbij er in de loop van de tijd niet perse minder maar wel meer gedifferentieerde medicijnen ter beschikking komen van kinderpsychiaters. Dankzij de toepassing van psychofarmaca krijgen de behandelaars en het verplegend personeel vanaf de jaren zestig steeds meer tijd en ruimte voor socio- en psychotherapeutische activiteiten. Er werken tot in de jaren tachtig gediplomeerde verplegers A, B en Z in de KJP. Heden ten dage wordt HBO-V of MBO-V aan de verpleegkundigen gevraagd.

De visies van waaruit men de kinderen behandelt, veranderen in de loop van de onderzoeksperiode. Tot halverwege de jaren tachtig overheerst de psychoanalyse als leidend theoretisch referentiekader bij behandelingen in de KJP. Het gezin waar het kind uitkwam speelt in dit gedachtegoed een grote, maar niet perse positieve rol. Ouders – en met name moeders – werden gezien als belangrijk oorzaak van de problematiek bij de kinderen. In de meeste gevallen werd het gezin als “ziek makend” beschouwd, en moest de pupil losgemaakt worden van dit gezin, of in elk geval los van dit gezin behandeld worden. *Parentectomy* is tot eind jaren zestig gebruikelijk in de Nederlandse KJP. Als kinderen ter observatie kwamen hoort daar lange tijd een periode van zes weken bij waarin ze hun ouders niet mogen zien. Pas in de loop van de jaren tachtig verandert dat en zijn ouders steeds vaker welkom op de instelling en worden zij ook meer en meer toegelaten in de behandeling van hun kinderen. Nu is het ondenkbaar dat ouders geen plaats krijgen in de behandeling van hun kinderen.²⁷

Eind jaren zestig komt de antipsychiatrie op – een verzameling van professionals die de aanval inzetten op de gevestigde psychiatrie en die menen dat niet de geesteszieke maar de maatschappij gestoord was.²⁸ In de KJP is de zenuwarts Jan van de Lande een van de belangrijkste vertegenwoordigers van de antipsychiatrie geweest. Binnen de muren van kliniek Amstelland zette hij in 1971 een jeugdafdeling als therapeutische leefgemeenschap op (Van 't Hof et al., 1997). De afdeling die plaats biedt aan 35 jongens 35 meisjes tussen de 12 en de 21 jaar; werkt vanuit: “*democratisering, permissiviteit, realiteitsconfrontatie, uniformiteit in de behandeling en communaliteit*”. Voor de opgenomen jeugd waren “*bewegingsvrijheid en tolerantie jegens grensoverschrijdend gedrag van groot belang*” (Van 't Hof, 1997). De reactie van de ander, de groep, vormde de (enige) realiteitsconfrontatie, ook bij seksueel overschrijdende relaties. De motivatie van een jongere was belangrijk bij de opname, belangrijker dan die van familie en verwijzers. En eenmaal binnen was men vrij om te gaan en te staan waar men wilde, destijds was dit iets bijzonders in de KJP (Van 't Hof, 1997).

Hoewel begin jaren tachtig het experiment van Amstelland z'n beste tijd heeft gehad en er inmiddels een scheiding van leef- en behandelgroepen is doorgevoerd op de jeugdafdeling, is de tijd van de klassieke, formele psycho-analytische KJP ook definitief voorbij. In het hele land komt aandacht voor de betrokkenheid (en de rechten) van de patiënt, de kwaliteit van zorg, voor minder dwang in de behandeling en voor preventie van seksueel geweld (mede naar aanleiding van de zaak-Finkensieper, zie: Timmerman et al., 2012).

27 Voor het begrip *parentectomy*, gemunt door de Amerikaanse arts M. Murray Peshkin, zie: Dane (2018). Voor de visies op behandelen in deze periode zie ook Meijer (2011) en Bolt en de Goei (2008). De term ‘koelkastmoeder’ stamt ook uit deze periode. Volgens neo-Freudiaanse psychiaters vormde met name kille moeders de bron van veel, zo niet alle problematiek bij kinderen. Journaliste Sera Anstadt heeft hier – in de behandeling van haar schizofrene zoon – meer dan eens mee te maken gehad. Zij heeft tegen deze benadering ook meer dan eens geageerd. Zie de necrologie van Hageman over Anstadt in Trouw: <https://www.trouw.nl/home/sera-anstadt-1923-2008~a76ca920/>

28 Zie onder andere: Goffmann (1961); Laing (1969); Foudraine (1971).

3.5 Pragmatisch eclecticisme

De sector reageert vanaf halverwege de jaren tachtig steeds meer pragmatisch en eclecticisch op individuele problematieken en gezinssituaties. Naast de psychoanalytische visie op behandeling komen er steeds meer andere visies in beeld. De tijd van de psychoanalyse is langzamerhand over. Langzaam maar zeker verandert ook de vaste gang van zaken bij emotionele uitbarstingen van jonge patiënten in de KJP. Was isolatie en fixatie voor de jaren zeventig een gangbare oplossing in zo'n geval, vanaf eind jaren tachtig wordt het steeds gebruikelijker om daar vraagtekens bij te zetten. Nut en noodzaak van het apart zetten, of tijdelijk 'prikkelarm' in een isoleercel plaatsen, worden in twijfel getrokken. Mede in reactie op klachten, tijdschriftartikelen en zwartboeken van ouders en kinderen – maar ook van professionals –, over onnodig of hardvochtig isoleren.

In de loop van de jaren tachtig ontstaan familieorganisaties rond patiënten met psychische ziekten, zoals Ypsilon. En ook de ouderbeweging groeit: in 1987 wordt Balans opgericht. Balans is een landelijke vereniging voor ouders van kinderen met een leer- en/of gedragsstoornis die ijverde voor betrokkenheid van ouders bij de behandeling van hun kinderen.²⁹ De opkomst van de ouderbeweging is van belang geweest voor het benoemen en aan de orde stellen van klachten in de KJP. 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, vanuit de idee dat de ouder-kind-dynamiek medeverantwoordelijk was voor de oorzaak van de problematiek van de pupillen, tot in de jaren tachtig vaak op een afstand gehouden. Kinderen mochten in de eerste zes weken van hun opname geen contact met hun ouders hebben. Vanaf de jaren tachtig zoeken professionals in de KJP juist steeds vaker de betrokkenheid van ouders bij de therapie, bij de instellingen en bij de behandeling. Er komen familieraden in de volwassenpsychiatrie en in de KJP (Bakker et al., 2017). En vanaf eind jaren tachtig worden er ook 'ouderbegeleiders' aangenomen in de KJP-instellingen. Een functie die er tot de dag van vandaag is, zo blijkt uit de groeps gesprekken met de professionals.³⁰

3.6 Kortere opnames, steeds meer ambulant

In de loop van de naoorlogse periode zien we de opnameduur van kinderen in de KJP teruglopen. De verblijfsduur van jongeren wordt met het veranderen van de visies op het vak en de behandelmogelijkheden steeds korter. In de eerste periode, van 1945 tot 1965, bevatten de archieven gegevens over opnames van langer dan vier jaar in één instelling. In de tweede periode, 1966-1985, lijkt dat meer uitzondering dan regel te worden. Opnames van twee of drie jaar in dezelfde instelling komen dan wel voor.

In de derde periode, van 1986 tot 2005, wordt het gebruikelijk om de opnameperiode te beperken tot één jaar. In 1984 komt de overheid met de '*Nieuwe Nota' Geestelijke Volksgezondheid*,³¹ die voorstelt om psychiatrische patiënten – anders dan tot dan toe gebruikelijk was – kleinschaliger te laten wonen en veel meer ambulant te gaan behandelen. De scheiding tussen wonen en behandelen in de psychiatrie wordt verder doorgevoerd. Zoals een journalist het op dat moment samenvat:

*Wonen doe je niet in een psychiatrisch ziekenhuis.*³²

Naar het opnamebeleid in de KJP vertaald betekent deze tijdgeest: laat kinderen zo lang mogelijk thuis wonen, vermijd klinische opnames zo lang mogelijk en als het dan nodig is, zo kleinschalig mogelijk, met een zo groot mogelijke betrokkenheid van de ouders. Het wordt wenselijk ouders bij de oplossing en de

29 <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/over-ons/patientenorganisaties-ouderverenigingen/>

30 Voor de patiëntenbeweging in de psychiatrie, zie: Hunsche (2008).

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

32 Doortje Kal, in: *De Waarheid*, 20-05-1985. Later werd Doortje Kal lector aan de Hoge School Utrecht, specialisatie GGZ.

behandeling te betrekken, zodat kinderen ook weer eerder terug naar huis kunnen. Vanaf 1996 koerst men over het algemeen op een opnametijd tussen de zes weken en één jaar. Dat betekent niet dat langere opnames uitgesloten zijn (door serieel steeds in een andere instelling opgenomen te worden, kunnen sommige kinderen toch nog heel lang achter elkaar residentieel verblijven). Maar het betekent wel dat het niet meer wenselijk wordt geacht om jeugdigen voor lange tijd op te nemen. De ziektekostenverzekeraars spelen hier ook een rol in.

In de meest recente periode vanaf 2006 wordt de ideale opnametijd nog weer flink korter. Het aantal bedden in de instellingen daalt dan ook drastisch, zo blijkt uit de gegevens bij het CBS en uit de groepsgesprekken met professionals. Er wordt steeds vaker gekoerst op dagbehandeling (*stoelen* in plaats van *bedden*), ambulante behandeling en deeltijdbehandeling van jeugdigen. En als er opgenomen moet worden, gebeurt dat vaak in een regime van crisisopname, ambulante behandeling, crisisopname (zie: de Herlaarhof groepsgesprek en archiefonderzoek). Voor klinische opname is nu bovendien een eigen bijdrage van ouders nodig.³³

3.7 Dwang in de behandeling

Dwangmaatregelen zijn lange tijd als onvermijdelijk en noodzakelijk onderdeel van de behandeling gezien. Bij psychose, angst- en of woedeaanvallen van de patiënten werden dwangmedicatie, holding en insluiting (isoleer) regelmatig toegepast in de KJP.³⁴ Sommige experts relateren *het excessief gebruik van dwangmiddelen* aan periodes van tekort aan deskundig personeel in de sector.³⁵ De professionals bevestigen in de groepsgesprekken dat fixatie en isolatie onderdeel zijn (geweest) van de behandeling in de KJP, al benadrukken zij dat deze maatregelen incidenteel werden genomen. En ze betreuren dat relatief veel ex-patiënten de afzondering in de isoleer op zichzelf al als traumatiserend hebben ervaren en soms zelfs als 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 wordt 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 in de separeer.

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. In de jaren zeventig en tachtig wordt vanuit de cliëntenbeweging en de acties vanuit de Belangenvereniging Minderjarigen aandacht gevraagd voor de negatieve (traumatische) kanten van dwang in de behandeling: de isolatiepraktijken in de KJP kwamen ter discussie te staan. De politiek pakte deze kwestie op: er kwamen vragen vanuit de Tweede Kamer en vanaf 1979 werd het Middelen en Maatregelen register weer nieuw leven ingeblazen. Dwangmaatregelen moesten geregistreerd worden ook voor patiënten die vrijwillig waren opgenomen

Dwangopnames en dwang in de behandeling van (minderjarige) psychiatrische patiënten blijven in de jaren tachtig op de politieke agenda staan. Dat leidt uiteindelijk tot de invoering van de BOPZ (1994/1995). Sinds de BOPZ is het gebruik van middelen en maatregelen wettelijk verankerd. Het gaat in principe om een eenmalig ingrijpen voor ten hoogste zeven dagen zonder behandel doelstelling. Onder middelen en maatregelenregistratie wordt fixatie, isolatie en dwangmedicatie begrepen. Dwang moet vastgelegd worden in het dossier en als cliënten zich verzetten moet het gemeld worden bij de inspectie. De veronderstelling is dat men bewuster en daardoor beperkter dwangmaatregelen zou inzetten. Onderzoekers van het Trimbos Instituut constateerden na de invoering van

33 <http://blogs.kenniscentrum-kjp.nl/2015/01/06/wim/dagbehandeling-kinder-en-jeugdpsychiatrie-uit-de-tijd>

34 Zie ook Van der Werf (2003).

35 Aan de Stegge (2012), p.

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 bijvoorbeeld: ook dat was veelal ongewenste dwang in de behandeling van jeugdigen.

Vanaf 2012 wordt in het systeem Argus elke inzet van dwangmaatregelen geregistreerd.³⁶ Ook nu de KJP onder de Jeugdwet valt (2015) is de BOPZ nog in de sector van kracht en zijn gedwongen opnames en dwang in de behandeling aan strikte regels gebonden: een kind moet een gevaar zijn voor zichzelf of zijn omgeving om gedwongen te kunnen worden opgenomen, een psychiater moet dat beoordelen en de burgemeester moet heden ten dage toestemming geven. Isolatie (insluiting) van minderjarigen mag tegenwoordig alleen maar als er een professional bij is. En fixatie moet plaats vinden volgens gecontroleerde en veilige holdingtechnieken.

Vanaf de inwerkingtreding van de BOPZ (1995) is binnen de KJP meer discussie over nut en noodzaak van dwangmiddelen en is er meer aandacht voor het disproportioneel gebruik van geweld bij isolatie van jeugdige patiënten. 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. Tegenwoordig gaat het personeel massaal om de situatie met de pupil heen staan, in plaats van hem of haar met kracht tot rust te manen. De kans op disproportioneel institutioneel geweld – bij fixatie en isoleren – is sinds 1995 kleiner geworden. Sinds de invoering van de BOPZ wordt ook binnen de KJP meer aandacht besteed aan de grenzen tussen pedagogische maatregelen, dwangmaatregelen en vrijheidsberoving (Bakker et al., 2017). Waar ligt de lijn tussen opvoedkundige maatregelen en dwangmiddelen en –maatregelen?

36 Argus registratie (2012).

4 Dagelijks leven in de KJP: groepen, bedden, school en therapie

De jeugdigen worden in deze sector vaak in leeftijdsgroepen behandeld die corresponderen met de schoolleeftijden: kleuterschool (0-6 jaar), lagere school (6-12 jaar) en middelbare school (12-18 jaar). De groepen zijn steeds kleiner geworden. In instellingen is vanaf de jaren tachtig voor steeds kleinschaliger groepen gebouwd. In Curium vond de verhuizing naar de kleinschalige nieuwbouw rond 1982 plaats.

De pupillen in de residentiële KJP hebben individuele therapie en groepstherapie. Daarnaast delen ze het dagelijks leven met elkaar. Ze wonen met hun huisgenoten op de groep, ze zien van elkaar hoe ze behandeld en bejegend worden en delen een dagelijks bestaan en vrijetijdsbesteding; ze eten samen, hebben vaak een huiskamer waar bijvoorbeeld gezamenlijk TV wordt gekeken of "gehangen" wordt. De groepsleiding deelt vanaf de jaren zestig, zeventig zakgeld uit. Tot in de jaren tachtig doet de groepsleiding ook de was en andere huishoudelijke werkzaamheden. Tot begin jaren tachtig draait de groepsleiding ook 24 uursdiensten, hetgeen een intensieve band met de pupillen oplevert. Later komen er vanwege de bezuinigingen en nieuwe CAO-afspraken kortere diensten voor gespecialiseerd personeel. Dan komen er niet psychiatrisch gediplomeerde nachtwachten en werkstudenten in de nacht. In het weekend gingen de kinderen vaak naar huis, maar als dat niet mogelijk was, gingen zij in de eerste helft van de onderzoeksperiode ook wel eens met groepsleiders mee.

Er is in de loop van de tijd – volgens de professionals met wisselend succes – gevarieerd met plaatsing in verschillende groepen voor verschillende ziektebeelden en stoornissen. Ex-cliënten van alle decennia klagen in de survey en in de interviews over het dagelijks leven in de groep. De samenstelling rond eenzelfde stoornis levert problemen op: *Ik was vaak getuige van snijparties*, zegt een surveyrespondent – op een groep waar veel automutilatie voorkomt. Terwijl groepen met een grote variatie in problematiek ook nadelen hebben:

Dat verschillende ziektebeelden op de groep dwars door elkaar zaten was niet fijn.

Drukke en agressieve kwetsbare kinderen leven dagelijks samen met teruggetrokken timide kwetsbare kinderen, waardoor de eersten alle aandacht lijken te krijgen.

4.1 Minder vaak bij volwassenen geplaatst

Ook de plaatsing van jongeren (16, 17 jaar) bij volwassenen is voorgekomen in het verleden aldus de respondenten van de survey en de geïnterviewden. Dit komt vaker voor in de periode tot 1985 dan daarna. Drie respondenten in ons onderzoek, die vóór 1985 zijn opgenomen, vertellen dat zij als enige jeugdige in de volwassenpsychiatrie tussen volwassen patiënten werden geplaatst ('oorlogsslachtoffers' en mensen met 'dementie' worden als medepatiënten genoemd). Dat is als *intimiderend* ervaren door deze respondenten. Na 1985 lijkt alleen in het geval van crisisopvang nog jongeren bij volwassenen terecht gekomen te zijn. In de survey wordt dat tot 2005 nog vier keer gerapporteerd (1x slapen op één kamer met een verslaafde).

De literatuur en onze surveyrespondenten laten zien dat met name na 1996 – toen de overheid zich uitsprak voor 112 bedden meer in de KJP-crisisopvang (gekoppeld aan BOPZ-plaatsen voor de gedwongen opvang) – plaatsing bij volwassenen niet meer voorkwam.³⁷ Uit de archieven bij de inspectie blijkt dat de capaciteit in de crisisketen overigens nog steeds een zorg is. Bij de inspectie komen in 2017 bijvoorbeeld twee signalen binnen van professionals over het

³⁷ In 2004 blijkt dat de uitbreiding van het aantal crisisbedden op dat moment overigens nog niet gehaald is. Nog 27 van de 112 bedden zijn op dat moment niet gerealiseerd. Kamerbrief 25 763 Evaluatie Wet Bopz Nr. 4 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal Den Haag, 11 augustus 2004. Aanbeveling 21 van de begeleidingscommissie.

tekort aan acute plaatsen op crisisafdelingen in de jeugd-GGZ en de onverkwikkelijke situaties die dat met zich meebrengt: geleur met de minderjarige patiënt in kwestie en onrust op de groep waar patiënt, na geweldgebruik, toch maar weer teruggeplaatst wordt omdat er op dat moment geen plaats is in het land.³⁸

4.2 Privacy neemt toe

Surveyrespondenten en voor dit onderzoek geïnterviewden die tussen 1966 en 2005 in de KJP zaten, klagen veel over het gebrek aan privacy in hun dagelijks leven op de groep. Met name de slaapzalen en het drukke groepsleven overdag – na school – worden genoemd. Tussen 1945 en 1965 zijn slaapzalen met meer dan tien pupillen geen uitzondering; jongens en meisjes sliepen apart.³⁹ De volgende twee decennia komt het in het kader van de seksuele revolutie en de daaruit voortkomende permissiviteit ook wel voor dat op groepen jonger dan 12 jaar gemengd geslapen wordt. Op Amstelland *mocht alles* dus in de jaren zeventig is daar van alles voorgevallen tussen jongens en meisjes van allerlei leeftijden. Amstelland lijkt overigens een van de eerste klinieken met éénpersoonskamers te zijn geweest in de KJP (Van 't Hof, 1997).

Voor een aantal pupillen was het door het gebrek aan privacy (in combinatie met de reeds genoemde permissiviteit) 'onveilig' in de KJP. Na 1985 wordt er onder andere naar aanleiding van het steeds vaker aan het licht komen van seksueel overschrijdend gedrag (van professionals, maar ook van pupillen onderling) in jeugdzorg en psychiatrie, niet meer gemengd geslapen. Maar twee pupillen op één kamer is nog steeds geen uitzondering. Voor meisjes geldt dat volgens de ex-professionals trouwens ook vaak als beschermende maatregel. Als er dan iemand ongewenst op de kamer komt, kan er makkelijker alarm worden geslagen. In de Herlaarhof zijn er pas sinds enkele jaren aparte kamers voor iedereen. Veel mensen zijn blij met deze privacy,

maar er zijn ook bijvoorbeeld meisjes die er angstig van worden, die het juist wel fijn vinden om met een maatje op een kamer te slapen,

aldus een van de professionals in het groepsgesprek.

4.3 Beroepsgroepen en het dagelijks leven

Het meeste over het dagelijks leven in KJP-instellingen weten we via de groepsgesprekken met de ex-professionals en het archiefonderzoek op de instellingen. Daar wordt ook uit duidelijk hoe minutieus de kinderen door diverse groepen professionals in hun dagelijkse doen en laten worden gevolgd. Er waren en zijn vele beroepsgroepen betrokken bij de behandeling en het dagelijks leven van KJP-jeugd. In de jaren vijftig en zestig is niet iedereen die met de kinderen te maken heeft, even deskundig op het psychiatrisch of pedagogisch terrein. Er zijn ook leken en nonnen, bij het dagelijks leven betrokken. Koks, huishoudsters, conciërges en directeurs die zichzelf het liefst als vader of moeder van een groot gezin zien met kwetsbare kinderen, zijn naast psychiaters en A- B- en Z-verpleegkundigen (Aan de Stegge, 2012) allemaal aanwezig op de instellingsterreinen, waar ze in de vroege periode soms ook zelf wonen.

In de jaren zeventig is kennis van pedagogiek of psychiatrie niet altijd even belangrijk. Er treden dan maatschappelijk werkers, sociotherapeuten en psychologen in dienst van de KJP. Vanaf de jaren zeventig komen er steeds meer beroepsgroepen bij die gedetailleerde verslagen over de kinderen en hun ouders bijhouden: individuele therapeuten – psychiaters, psychologen, speltherapeuten, sociotherapeuten, orthopedagogen – spraaktherapeuten, groepsleiders, peda-

38 Archief IGJ, meldingendossier KJP100747.

39 Zie ook geschiedenis van Tulpenburg en Curium, respectievelijk Van 't Hof (1997) en De Goei en Bolt (1995).

gogische medewerkers et cetera, et cetera.⁴⁰ Tot halverwege de jaren tachtig nemen en krijgen de professionals op Curium elke week een dag om de pupillen, de groepsdynamiek op de units en de onderlinge samenwerking te bespreken. Het werken in de KJP vergt veel van de meestal jonge professionals. Regelmatig treffen zij 's ochtends een niet al te hygiënische bende aan (uitwerpselen op de muur bijvoorbeeld).⁴¹

In de verslagen en de pupillendossiers worden de fysieke en neurologische afwijkingen van de kinderen genoteerd en staan beschrijvingen van het gedrag van het kind in therapie, in de groep, over het gezin van herkomst, het contact met de ouders bij halen en brengen, medische onderzoeken (psychiatrisch onderzoek, neurologisch onderzoek, psychologisch onderzoek, IQ testen) en informatie over aanpassingen in de medicatie. De Herlaarhof had tot in de jaren tachtig een medisch fotograaf in dienst, die bij wijze van standaardprocedure foto's van de ontklede kinderen maakte: foto's van voor-, zij- en achteraanzicht zitten nu nog in de pupillendossiers uit die tijd.

Van de behandeling is vaak minder materiaal terug te vinden. Uit het archiefonderzoek en de groepsgesprekken met de voormalige professionals blijkt dat tot halverwege de jaren tachtig bijvoorbeeld, nauwelijks genoteerd wordt wat er in de besloten behandelrelatie tussen pupil en psychiater plaatsvindt. Wat er tussen therapeut en jeugdige in een één-op-één situatie gebeurde is lange tijd niet transparant geweest en, – gezien de aard van de individuele behandelrelatie nog steeds –, ook niet altijd even controleerbaar. Uit de interviews, de survey en de zaak van psychiater Finkensieper blijkt dat psychiaters lange tijd dokters met macht en aanzien waren. Per instelling verschilde de individuele vrijheid die behandelende therapeuten kregen en namen.

40 Dane en Van der Klein (2019).

41 Archief Curium, Groepsgesprekken met ex-professionals van Curium en Herlaarhof. Zie ook: De Goei en Bolt (1995).

5 Toezicht en inspectie

5.1 Tot jaren tachtig weinig aandacht

Staatstoezicht op de psychiatrie bestaat al sinds 1842. De belangrijkste taak was om [1] toezicht te houden op naleving van de wet en [2] de kwaliteit van de zorg te bewaken. In de loop van de tijd hebben 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) zich met toezicht op de KJP bezig gehouden (Dane & Walhout, 2016). Na 1945 werd dit toezicht decennia lang door een zeer kleine groep inspecteurs verricht, die de gehele GGZ-sector, inclusief de KJP-sector, voor hun rekening nam. Onder andere door het geringe aantal inspecteurs was het toezicht op de KJP niet bijzonder intensief.

In 1955 bijvoorbeeld werkten er naast de hoofdinspecteur in Den Haag nog drie regionale inspecteurs bij de Inspectie Geestelijke Volksgezondheid. De inspecteurs reisden per trein de instellingen af. Historicus Kappelhof merkt op dat het indertijd ingewikkeld was voor de inspectie om aan geschikt personeel te komen: *een psychiater of zenuwarts kon elders een beter salaris krijgen*.⁴² In 1975 waren er vijf regionale inspecties; uitrusting en behuizing waren pover, aldus Kappelhof. De inspectie Gelderland-Overijssel bijvoorbeeld diende toezicht te houden op circa 150 inrichtingen en tehuizen – inrichtingen voor volwassenen en kinderen. Op basis van deze en andere gegevens kan geconcludeerd worden, dat intensief toezicht op de KJP-sector tot medio jaren tachtig niet of nauwelijks mogelijk/aanwezig is geweest.⁴³

Als er in deze periode al inspectie op de KJP-locatie werd uitgevoerd – de volwasseninrichtingen kregen meer aandacht –, dan was deze tamelijk formeel: er werd vooraf aangekondigd dat er geïnspecteerd zou worden, de inspecteur bekeek het gebouw op eventuele gebreken, controleerde of het personeel de juiste diploma's had, en men controleerde ook het voedingspatroon van de pupillen. De alledaagse praktijk van de KJP-sector werd niet geobserveerd en/of geïnspecteerd. Zoals Corrie van Eijk-Osterholt constateerde over de volwassenpsychiatrie:

De inspectie [kan] haar taak niet naar behoren uitoefenen wegens gebrek aan mankracht en wegens het feit dat zij te veraf staat van het gebeuren binnen de inrichtingen.⁴⁴

Hier gaat het om dezelfde inspectie die toezicht houdt op de KJP. Ook hier geldt overigens – evenals bij de geschiedschrijving – dat de kinder- en jeugdpsychiatrie in vergelijking met de volwassenpsychiatrie weinig aandacht heeft gekregen van toezichthoudende instanties.

Dat laatste merkte de overheid eigenlijk pas goed op, toen de eerste zwartboeken verschenen (vanaf begin jaren zeventig), toen er een beweging van ouders opkwam en later opnieuw, toen bleek dat KJP-instellingen na de invoering van de BOPZ (1994) niet voldoende gespitst waren op dwang in de behandeling van jeugdigen in de psychiatrie. Onderzoekers van het Trimbos Instituut constateerden destijds – 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 bijvoorbeeld: ook dat was veelal

⁴² Kappelhof (1990), p. 119.

⁴³ Kappelhof (1990) p. 115-117. Zie ook Vander Esch (1980), p. 106-107.

⁴⁴ Van Eijk, De Commissie Van Dijk, (1981) 185.

ongewenste dwang in de behandeling van jeugdigen. De dwangmiddelenregistratie was in 1979 ingevoerd, voor de volwassenen en de kinder- en jeugdpsychiatrie. Maar het had een grotere werkdruk bij de inspectie tot gevolg, wat het toezicht op de KJP weer niet ten goede kwam.⁴⁵

Vanaf de jaren tachtig zijn er wel patiënten vertrouwenspersonen, maar die hebben een andere rol en zijn bovendien alleen aanspreekpunt voor de jeugdigen. In 1985 constateert een inspecteur:

*De [instelling] heeft een patiënten-vertrouwenspersoon. Deze mag alleen klachten van kinderen behandelen. Het zou goed zijn als het óók mogelijk zou zijn dat de ouders hem inschakelen.*⁴⁶

5.2 Vanaf 1985 advies en inspectie

Vanaf halverwege de jaren tachtig en negentig kwam van de kant van de inspectie aandacht voor de preventie van geweld in de sector: preventie van seksueel geweld en preventie van niet proportioneel institutioneel geweld. De overheid maakte vanaf de jaren negentig meer regelgeving voor de psychiatrische sector en die regelgeving was ook van toepassing op de KJP. Maar er was weinig menskracht om die regelgeving te handhaven en er was binnen de KJP zelf een sterke behandelingstraditie die geweld bij fixatie en isolatie includeerde en die gesteund werd door de beroepsgroep van psychiaters en de besturen van individuele instellingen.

Het toezicht op instellingsniveau vindt sinds 1995 via de sinds de WKcz (1995) verplichte klachtencommissies plaats. Daarvoor is er geen intern toezicht in de KJP en over incidenten in instellingen tussen 1945 en 1985 is weinig bekend. Via media-onderzoek in de zoekmachine Delpher – gedigitaliseerde krantenbank van de Koninklijke Bibliotheek – zijn er zo nu en dan berichten over calamiteiten en geweld op instellingen, die aandacht krijgen omdat ze in de Tweede Kamer besproken worden. Ook via die wegen zijn er signalen van ontslag vanwege seksueel geweld. Het ontslag van psychiater Finkensieper – bij een instelling die overigens niet specifiek voor de KJP was ingericht – is daar natuurlijk het meest beruchte voorbeeld van. In de groepsgesprekken met de oud-professionals voor deze sectorstudie zijn er ook ontslagen wegens seksueel misbruik naar voren gebracht – in twee gevallen vond dat misbruik niet met KJP-pupillen en buiten de muren van de instelling plaats (op een school op het terrein, en in de thuissituatie van de medewerker in kwestie) De medewerkers werden evenwel toch ontslagen.

Inspecteurs, zo merkte een inspecteur met een lange staat van dienst op, hadden vanaf de jaren negentig meer een adviserende dan een inspecterende functie: een directeur van een KJP-instelling belde met een inspecteur met het verzoek op bezoek te komen om een probleem, een calamiteit, te bespreken.⁴⁷ Misstanden of klachten van ouders en pupillen kwamen daarbij zelden ter sprake; volgens de inspecteurs gingen de gesprekken vooral over problemen met personeel.

Rond 2000 pakt de Inspectie op de Gezondheidszorg de KJP-sector meer en meer op. Met het eerste 'thematische toezicht' in 2002 doet men onderzoek bij zeven representatief geachte KJP-instellingen. De Inspectie is dan blij met de voorzichtige beginnende samenwerking tussen instellingen in de sector, maar er zijn ondanks de hard werkende en zeer betrokken medewerkers wel zorgen, onder andere over insluiting- en medicatiebeleid. In 2010 herhaalt de Inspectie het thematische toezicht in de KJP. De algemene conclusie is dan dat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verbeterd is ten opzichte van 2001. Dat er

45 De dwangmiddelenregistratie wordt tot op de dag van vandaag bijgehouden in het systeem Argus. Argus registratie (2012).

46 Nationaal Archief Den Haag. Archief hoofdinspectie geestelijke volksgezondheid 2.27.5035, inv.nr. 621, Verslag Lamping-Goois, 11-06-1985.

47 Gesprek met inspecteur xx door J. Dane, 26-06-2018.

nog geen eenduidigheid [is] in registratie en vergelijkbaarheid bij reductie van insluitingen [dat] het psychofarmacabeleid veiliger kan en dat het beleid rond bejegening en behandeling sterk verbeterd is.⁴⁸

In 2010 verscheen een IGJ-document over de gehele psychiatrie waarin het standpunt met betrekking tot “vastpakken en vasthouden” werd verwoord. Voor de gezondheidszorg waar de KJP tot 2015 onder viel gelden strikte regels: landelijke wetten, richtlijnen, zorgstandaarden, een registratiesysteem in een beroepen-register, kwaliteitsregels en klachtrecht. Voor de KJP geldt daarnaast ook nog de BOPZ. Voor de BOPZ is een apart registratiesysteem opgezet, waarvan we bij de inspectie geen materiaal hebben kunnen inzien.

Vanaf 2015 hoort de KJP bij de Jeugdzorg en zijn de gemeenten verantwoordelijk voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Vanaf dat jaar bepaalt de Wet op de Jeugdzorg wat als calamiteit of geweldsincident wordt beschouwd in de sector (zie hoofdstuk 2). Anno 2018 werken er ongeveer 39 fte aan inspecteurs binnen het domein jeugd; deze inspecteurs houden toezicht op jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-LVB.⁴⁹ De inspectie jeugd-GGZ blijft tegenwoordig over het algemeen op afstand en komt pas in werking als er calamiteiten zijn, die de instelling zelf heeft gemeld. Samen met de instelling onderzoekt de inspectie 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.⁵⁰ In tegenstelling tot de naoorlogse decennia bezoeken de inspecteurs nu ook onaangekondigd instellingen voor de jeugd-GGZ:

De inspectie gebruikt als uitgangspunt dat het toezicht in principe van te voren niet wordt aangekondigd. Als aankondiging toch noodzakelijk is, dan bevat het toezicht onverwachte elementen. Dit kan bijvoorbeeld zijn dat een instelling niet weet wanneer de inspectie exact langskomt, dat vooraf niet bekend wordt gemaakt wat het onderwerp van toezicht is, welke dossiers de inspectie in wil zien of welke personen de inspectie wil spreken. Welke van deze elementen wel of niet van tevoren bekend worden gemaakt, hangt af van de aard van het toezicht, het onderwerp van het toezicht en het beoogde effect.⁵¹

Er kan door de inspectie advies aan de instellingen gegeven worden, dat kan opgevolgd worden door onaangekondigd bezoek van de inspecteur; er kunnen boetes uitgedeeld worden (sinds 2012) en een instelling kan onder toezicht gesteld worden.

De inspectie houdt momenteel bewust alleen toezicht op wat door de wet als geweld of calamiteit wordt aangemerkt. Bij klachten omtrent individuele behandeling verwijst de inspectie bijna altijd terug naar de klachtencommissie op de instelling zelf. De vernederingen en het gevoel niet serieus genomen te worden, waar vele respondenten in het surveyonderzoek voor deze sectorstudie aan refereren, kwamen en komen niet bij de inspectie terecht.

De meeste meldingen bij de inspectie komen van de instellingen. Af en toe zijn er ouders of professionals die aan de bel trekken. Maar niet alle meldingen worden onderzocht. In triage wordt bij de Commissie Meldingen Jeugd (CMJ) besloten of de melding over de KJP onderzocht wordt of niet. De triage wordt door drie inspecteurs gedaan waarvan één de instelling goed kent en de andere twee per week roulerende inspecteurs zijn. Suïcidepogingen worden altijd wel nader onderzocht, dat wil zeggen, de inspectie vraagt de instelling dan de zaak nader te onderzoeken en daar rapport over uit te brengen. Deze rapporten hebben een vast stramien.⁵² Als de inspectie aan het eind tevreden is met de analyse en de verbetermaatregelen die de instelling voorstelt, sluit de inspectie de melding af. Ook als er naar aanleiding van een incident aangifte gedaan is bij de politie, wordt de zaak onderzocht. Bij suïcide en aangifte is het overigens ook verplicht om

48 Citaat uit Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010), *Kwaliteit van klinische*, p.5. Zie ook Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002), *Kwaliteit van zorg*, p.7.

49 Met dank aan inspecteur drs. B.W.A. (Jurgen) Agterberg (mail aan J. Dane d.d. 10-10-2018).

50 Dit is het beeld dat oprijst uit de onderzochte inspectiedossiers uit het laatste decennium.

51 *Jaarwerkprogramma Toezicht jeugd 2015*, p.7.

52 De instelling maakt een – 1. onderzoeksopzet – 2.een reconstructie (van het voorval), – 3. een analyse met conclusies n.a.v. dit voorval .. hoe kon het zo komen? – 4. Verbetermaatregelen. Elk onderdeel van het rapport van de instelling krijgt een beoordeling van de inspectie: goed, voldoende, onvoldoende.

bij de inspectie te melden. Daarnaast zien we in de recente periode een inspectie die bijhoudt of de melding in kwestie mediagevoelig is: de CMJ bepaalt dan in triage of de melding op de agenda moet vanwege

*Actuele veiligheidsrisico's en/of media aandacht, maatschappelijke onrust.*⁵³

5.3 Intern toezicht: verplichte klachtencommissies door de WKcz (1995)

Met de introductie van de WKcz (1995) verschijnen klachtencommissies in de instellingen (Dane en Van der Klein, 2019). Er waren vanaf de jaren tachtig al cliëntenraden, patiënt-staf meetings en Patiënten Vertrouwens Personen (PVP) in KJP-instellingen, maar vanaf halverwege de jaren negentig zijn de rechten van patiënten, ook die van minderjarige patiënten en hun ouders danig versterkt.⁵⁴ Het is vanaf dan verplicht om als instelling in de KJP een klachtencommissie te hebben.

De klachtencommissies bestaan uit minstens drie externe personen waarvan in elk geval één psychiater met KJP-ervaring en één jurist die ervaring heeft met familierecht of jeugdzaken, zo blijkt uit de archiefstukken. De leden wonen idealiter in de buurt van de instelling, en handelen de klachten binnen afzienbare tijd af. De commissies zijn onafhankelijk, functioneren los van het bestuur van de instelling, verzamelen – met toestemming van ouders – informatie rond de klachten. Ze organiseren gesprekken tussen instelling en klagers, geven een eindoordeel, zorgen voor schriftelijke afhandeling en informeren de besturen daarover zodat de KJP-bestuurders naar aanleiding van de klacht meer algemene maatregelen kunnen nemen.

De WKcz en de klachtencommissies zijn vooral belangrijk geweest voor de afhandeling van klachten van ouders over gelegitimeerd en disproportioneel geweld in de individuele behandeling van hun kinderen. Dat wil zeggen in de afhandeling van klachten over institutioneel geweld dus (dwangmedicatie, fixatie, en isoleergebruik) en onveilig klimaat.⁵⁵ Fysiek, psychisch en seksueel geweld door professionals worden zelden bij klachtencommissies aan de orde gesteld. Seksueel geweld tussen kinderen onderling wel. De klachtenprocedures die met de WKcz in het leven zijn geroepen vragen dat ouders en besturen van behandelende instellingen instelling er - net als daarvoor - samen uit moeten zien te komen. Een aantal jaren geleden is ook de mogelijkheid ingevoerd om anoniem te melden wanneer er sprake is van een geweldsincident. En er zijn sinds 2014 in het kader van de Gezondheidswet MIP (Melding Incidenten Patiëntenzorg) commissies op instellingen, waardoor incidenten en calamiteiten gelijk aan de ouders gemeld worden en alle betrokkenen (kind, ouders en professionals) nazorg krijgen.⁵⁶

Klachten dienen in de KJP voor indiening eerst met het hoofd van de betrokken afdeling en het personeel in kwestie besproken te worden. Een deel van de klachten en incidenten komt dus nooit bij een klachtencommissie terecht. Bovendien moet het voor ouders en cliënten het duidelijk zijn dat de klachtencommissie er (voor hen) is. Uit het archiefonderzoek blijkt dat bij sommige instellingen – zeker in het begin - onvoldoende bekendheid is gegeven aan de klachtencommissie. Dat heeft een rol gespeeld bij het voortduren van het regelmatige onderlinge seksuele geweld en het meer incidentele institutionele geweld in de KJP.

Bij het in behandeling nemen van klachten op instellingsniveau speelt ook de leeftijd van de pupillen mee en het individuele karakter van de behandelrelatie. 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 klach-

53 Zie bijvoorbeeld Archief IGJ, meldingendossier KJP101074.

54 Archief Curium, doos Klachtencommissie 1995-2003, contract tussen Curium en Stichting Vertrouwenspersoon Geestelijk Gezondheidszorg Utrecht, 21 oktober 1997. Document van 4 februari 1998, afspraken met de PVP voor Curium, met als bijlage taakomschrijving van PVP uit 1982. In 1982 is Stichting PVP opgericht, in eerste instantie omdat psychiatrische instellingen het niet voor elkaar kregen om hun eigen ombudsmannen te organiseren.

55 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 17 oktober 2012 aan het Ministerie van VWS, in reactie op voorstel stelselwijziging. Dane en Van der Klein (2019).

56 Bekker et al, 2005; <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/leren-van-incidenten.htm>

tencommissies hebben klachten van ouders over een onveilig klimaat op de instelling daarom niet-ontvankelijk verklaard. Soms vanwege de privacy van de jeugdige cliënt, en soms met het argument dat er niet getreden kan worden in de in de individuele behandelrelatie tussen professional en minderjarige. Daarmee staan ouders bij interne klachtencommissies soms met lege handen en bij de inspectie vangen zij dan ook bot. Bij klachten omtrent individuele behandeling verwijst de inspectie bijna altijd terug naar de klachtencommissie op de instelling zelf. In een enkel geval wordt dan de kantonrechter ingeschakeld.⁵⁷

Kinderen zelf dienen zelden een klacht in. Dat is zo vóór en na de invoering van de WKcz. Vanaf de jaren tachtig konden de jonge patiënten zelf al terecht bij 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. Mogelijke verklaring is dat de drempel voor kinderen en jongeren om naar de PVP, de klachtencommissie of de inspectie te stappen te hoog is. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat jongeren verwachten dat er niets gedaan wordt met hun klachten of dat het ontmoedigd werd om een klacht in te dienen.

In de voorstudie bij dit onderzoek naar geweld in de KJP verklaart

*André de Mol van de Stichting PVP verklaart het betrekkelijk kleine aantal meldingen door te stellen dat de drempel (voor kinderen en jongeren) om naar de PVP te stappen te hoog zal zijn.*⁵⁸

De auteurs van de voorstudie constateren in aansluiting dat

*de kinderen en jongeren [misschien] eerder aan hun ouders en/of (andere) hulpverleners [rapporteren]. Deze gedachte wordt onderschreven door [een adviseur] beleid en belangenbehartiging van het Landelijk Platform-GGZ. Volgens [deze adviseur] zijn er ook signalen dat er een lagere drempel is om met klachten naar een patiëntenvereniging te stappen. Een andere oorzaak kan zijn het feit dat de verblijfsduur en het aantal bedden in de KJP stelselmatig afneemt de laatste jaren, waardoor ook de gelegenheid tot 'geweld' afneemt.*⁵⁹

57 Archief IGJ, meldingendossier KJP3053.

58 Bakker et al. (2017), p.25.

59 Idem, p.25, 26.

6 Tot slot

In vergelijking met de volwassenpsychiatrie is historisch onderzoek naar de KJP-sector karig bedeed. Niet alleen door geschiedschrijvers is de KJP lange tijd veronachtzaamd, ook door toezichthouders, politici en maatschappij. Het beeld van de KJP-sector in de naoorlogse decennia is daarom beperkt, versnipperd en onvolledig. Uit deze contextstudie komt naar voren dat vanaf de jaren tachtig de overheid, met in het kielzog de inspectie, zich intensiever met de sector gaat bemoeien: wetgeving en intensivering van de inspecties waren er op gericht de sector te verbeteren.

Vanaf de jaren tachtig wordt ook het contact tussen de ouders van de KJP-jeugd en de instellingen geïntensiveerd. Onder andere onder druk van de patiëntbeweging waarin ook ouders van minderjarigen plaats innemen. Ouders worden vanaf dan beter geïnformeerd over en betrokken bij de behandeling van hun kind. Als de ouders het niet eens zijn over de behandeling, dan kan er vanaf 1995 een klacht worden ingediend bij een daarvoor ingestelde commissie in de instelling. Bij de behandeling van klachten gaat nog wel een iets mis: als ouders zich bij een klacht tot de inspectie wenden, worden ze vaak teruggestuurd naar de instelling, waar men niet gehoord wordt. Dit roept een gevoel van onmacht en frustratie op.

Deze contextstudie laat zien dat de KJP een ingewikkelde sector is die lange tijd meer bij de gezondheidszorg en de volwassenpsychiatrie heeft gehoord dan bij de jeugdzorg. De KJP is een behandelsetting voor kinderen met complexe, meervoudige psychische problemen, die seksueel grensoverschrijdend en agressief gedrag vertonen naar hun medebewoners en af en toe ook naar de in deze sector werkzame professionals. Middelen als isoleren en fixeren komen de gehele onderzoeksperiode voor, tot aan de dag van vandaag, en maken onderdeel uit van het behandelingsarsenaal.

7 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.

Bekker, J.M.A.H.M.J. de, en F.C.B. van Wijmen (2005), "Leren van incidenten". <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/leren-van-incidenten.htm>

Bolt, Timo, en Leonie de Goei. *Kinderen van hun tijd: zestig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland, 1948-2008*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2008.

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.

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

Dane, Jacques, Evelien Walhout, Saskia Bultman, Linda Terpstra (2019). *Sporen van geweld in de jeugdzorg na 1945, bekeken vanuit de sectoroverstijgende kernthema's professionalisering, toezicht en inspectie en zwartboeken*. Den Haag: Commissie Geweld in de Jeugdzorg.

Dane, Jacques (2018), "De wereld van een schooljongen met astma. Kees Hubert (1947-1963)", in: Hilda Amsing, Nelleke Bakke, Mineke van Essen en Sanne Parlevliet (2018), *Images of education. Cultuuroverdracht in historisch perspectief*, Groningen, Uitgeverij Passage, pp. 248-261.

Eijk, Corrie van (1981). *Laten ze het maar voelen. Een verhaal over psychiatrische inrichtingen, belangenbehartiging en de commissie-van Dijk*. Amsterdam: Van Gennep. *De werkgroep rechtspositie patiënten in de psychiatrische ziekenhuizen*. De Commissie Van Dijk.

Engelen, Nienke van, Lets talk about sex. Een onderzoek naar de handelingsverlegenheid van professionals in de residentiële jeugdzorg omtrent het thema seksualiteit. Afstudeerscriptie Avans Hogeschool 2016. <http://gezondseksueelgedragrj.nl/wordpress/wp-content/uploads/Lets-talk-about-sex-0-9-publicatie-versie.pdf>

Esch, P. van der (1980). *Geschiedenis van het Staatstoezicht op Krankzinnigen. Deel III*. Leidschendam: Uitgave van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

Fikkert, Lydia, en Paul Robben. *Vijf jaar evaluatie van toezicht*. Den Haag: Inspectie voor de volksgezondheid.

Foudraïne, Jan (1971). *Wie is van hout? Een gang door de psychiatrie*. Bilthoven: Ambo.

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.

Goei, Leonie de, Eveline van 't Hof, en Judith Broerse (1995). *Curium 1955-1995: bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

Goffman, Erving (1961). *Asylums. Essays on the social institution of mental patients and other inmates*. Gaerden City (NY): Anchor Books.

Groot, Caroline, en Marianne Donker (2002). *Evaluatie Wet [...] Deelonderzoek 6 De wet BOPZ in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Den Haag: Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hageman, Esther. "Sera Anstadt 1923-2008". Trouw, 5 november 2008.

<https://www.trouw.nl/home/sera-anstadt-1923-2008~a76ca920/>

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.

Hubben, Joep. "De IGZ: van stille kracht naar publieke waakhond", in: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 36 (2012): 96-108.

Hunsche, Petra (2008). *De strijd bare patiënt. Van gekkenbeweging tot cliëntenbewustzijn, portretten 1970 – 2000*. Haarlem: Het Dolhuys.

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.

Jaarwerkprogramma Toezicht jeugd 2015. Den Haag: Ministerie VWS/Ministerie J&V. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/jaarplannen/2015/01/16/jaarwerkprogramma-toezicht-jeugd-2015>

Jacobs, Curd, en Rob Bijl (1991). *GGZ in getallen 1991: kwantitatief overzicht van de geestelijke gezondheidszorg: instellingen, zorgcircuits, trends 1980-2000*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke Volksgezondheid..

Jacobs, Curd en Rob Bijl (1992). *GGZ in getallen 1992: kwantitatief overzicht van de geestelijke gezondheidszorg: instellingen, zorgcircuits, trends 1980-2000*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke Volksgezondheid.

Kal, Doortje. "Wonen doe je niet in een psychiatrisch ziekenhuis." In *De Waarheid*, 20 mei 1985. https://www.canonsociaalwerk.eu/1982_Moratorium-psychiatrie/Doortje%20Kal-De%20Waarheid-1985.pdf

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

Kappelhof, Antonius C. M. (1992). *Reinier van Arkel 1442-1992: de geschiedenis van het oudste psychiatrische ziekenhuis van Nederland*. 's-Hertogenbosch: Psychiatrisch Ziekenhuis Reinier van Arkel.

Klein, Marian, van der, Jacques Dane en Majone Steketee (2019). *Eindrapport over geweld in de kinder- en jeugdpsychiatrie, 1945-heden. Ervaringen, risicofactoren en doorwerking in het latere leven*. Met medewerking van Esther Horrevorts en Katinka Lünemann. Den Haag: Verwey-Jonker Instituut.

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.

Laing, Ronald D. (1961). *Self and others*. London: Tavistock.

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

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

Meijer, Maaike (2011). *M. Vasalis. Een biografie*. Amsterdam: G.A. van Oorschot.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. "Reactie NVvP concept wetsvoorstel Jeugdwet". Utrecht, 17 oktober 2012.

https://vng.nl/files/vng/pagina_attachments/2012/20121017_reactie_jeugdwet_nvvp.pdf

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.

Ooyen, Marianne van, Erna Gaal, Hanneke van de Klippe en Marianne Donker (1999). *Richtlijn Wet Bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie, Richtlijn*. Utrecht: Trimbosinstituut.

Reichart, C.G. "Transitie jeugdzorg in volle gang". *Tijdschrift voor de psychiatrie*, September 2015. <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/57-2015-9-artikel-reichart.pdf>

Robben, Paul, Roland Bal, en Richard Grol. "Overheidstoezicht Door De Inspectie Voor De Gezondheidszorg." Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), Januari 2012. <http://hdl.handle.net/1765/38505>.

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 H. van Loon (1989). *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

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

Weijers, Ido (2002). "Zestig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland (1920-1980)", in: ' *Kind en Adolescent. Tijdschrift voor pedagogiek, psychiatrie en psychologie* 23, p. 82-96.

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

Relevante websites

Blok, Gemma. "De vermaatschappelijking van de Nederlandse psychiatrie". Historisch nieuwsblad, Maart 2006. <https://www.historischnieuwsblad.nl/nl/artikel/6774/de-vermaatschappelijking-van-de-nederlandse-psychiatrie.html>

Gorisen, Wim. "Dagbehandeling in kinder- en jeugdpsychiatrie uit de tijd?". De Kennis-Blogs, 6 Januari 2015.

<http://blogs.kenniscentrum-kjp.nl/2015/01/06/wim/dagbehandeling-kinder-en-jeugdpsychiatrie-uit-de-tijd>

"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/>

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

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

Bijlage 1 Groepsgesprekken met (oud-)professionals in de KJP

Op 20 juni 2018 en 25 september 2018 zijn er groepsgesprekken gevoerd met huidige en ex-professionals in de KJP: kinderpsychiaters, verpleegkundigen, groepsleiders, directeuren, beheerders van klachtenregistraties, nachtwakers, ouderbegeleiders en dergelijke die lange tijd werkzaam zijn (geweest) in de KJP. De gezamenlijke werkervaring bestrijkt de periode van begin jaren zeventig van de vorige eeuw tot heden. Met de (oud)professionals is gesproken over de bevindingen uit het archiefonderzoek, 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 en dergelijke). Wanneer het relevant is, wordt in deze contextstudie verwezen naar deze groepsgesprekken.

Aanwezigen 20 juni 2018

Twee huidige medewerkers in de KJP:

- De contactpersoon voor het archiefonderzoek: sinds de jaren tachtig werkzaam in de KJP, eerst als werkstudent en later als groepsleider bij het Pedologisch Instituut in Amsterdam; daarna als psycholoog/onderzoeker in dienst gekomen van Curium LUMC; vanaf 1999 betrokken bij het management en de opleiding, als klinisch psycholoog.
- Een ouderbegeleider, sinds de jaren tachtig in dienst van Curium (geweest), eerst als groepsleider; tussendoor meer dan zeven jaar ervaring in pleegzorg.

Twee oud-medewerkers in de KJP:

- Een psychotherapeut: begonnen als stagiair begin jaren zeventig, ervaring als psychotherapeut in Curium en Tulpenburg
- Een oud- chef de Clinique, kinder- en jeugdpsychiater: vanaf begin jaren zeventig in opleiding, werkzaam (geweest) in Curium LUMC, Amsterdams Pedologisch Instituut en AMC.

Twee leden van een huidige directie van een KJP-instelling:

- Een directeur Patiëntenzorg, tevens hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie, hoofdonderzoeker bij een andere instelling voor KJP, betrokken bij het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en bestuurslid van de afdeling van de kinder- en jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Een directeur bedrijfsvoering, tevens voorzitter Landelijk platform jeugd-GGZ: werkzaam (geweest) bij Curium LUMC, UMCG en LUMC.

Een voormalig inspecteur voor de Gezondheidszorg voor o.a. Zuid Holland, nu betrokken bij de inspectie op de Jeugdzorg, sinds de jaren negentig betrokken bij de inspectie op de KJP.

Aanwezigen 25 september 2018

Twee huidige medewerkers in de KJP:

- Een psychiatrisch verpleegkundige, nu actief als nachtwaker. Sinds 1980 in verschillende functies verbonden aan de Herlaarhof; eerst in opleiding, daarna als verpleegkundige, groepshoofd en afdelingshoofd.

- Een kwaliteitsfunctionaris betrokken bij registratiesystemen van incidenten op Reinier van Arkel en betrokken bij de invoering van de High Intensive Care voor jeugd (sinds 2 jaar). Circa 15 jaar geleden begonnen als verpleegkundige op de gesloten afdeling (volwassenen).

Twee oud-medewerkers in de KJP:

- (Oud)verpleegkundig directeur van Voorburg: begonnen op de afdeling volwassenenpsychiatrie; tussen 1980 en 1984 i.s.m. een psychiater en een gezinstherapeute verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de Herlaarhof van een kliniek voor geretardeerde kinderen naar een kliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Een kinder- en jeugdpsychiater: van 1985 – 1993 werkzaam bij de Herlaarhof, betrokken bij vijf kindergroepen en een kinderpoli; daarna werkzaam bij de Rekkense Inrichtingen (Zetten), en wederom bij de Herlaarhof in dienst in de periode 2005 – 2016.

Twee huidige bestuurders van een KJP-instelling:

- Een kinder- en jeugdpsychiater, directeur behandelen zaken van Reinier van Arkel: werkzaam geweest in kinder- en volwassenenpsychiatrie. Ook werkzaam (geweest) bij KJP-instellingen in Amsterdam en Utrecht (Altrecht).
- Een psychiater met expertise over volwassenenpsychiatrie, lid van de Raad van Bestuur van Reinier van Arkel, actief in de ontwikkeling van High Intensive Care voor volwassenen en jeugdigen.

Aanvullend gesproken met:

- De contactpersoon bij Reinier van Arkel voor het archiefonderzoek naar de Herlaarhof: begin jaren zeventig opgeleid als algemeen en psychiatrisch verpleegkundige; sinds 1972 in dienst van Reinier van Arkel, eerst als verpleegkundige, verpleegkundig afdelingshoofd daarna als hoofd automatisering, hoofd patiëntenadministratie (kennis van oude archief), nu in de rol van Interne controle functionaris.
- Een secretaris van de Raad van bestuur bij Reinier van Arkel; tevens contactpersoon Familieraden, betrokken bij formulering Reglement Klachtenbehandeling bij KJP instelling.
- Medewerkers van de inspectie Jeugdzorg.

Colofon

Opdrachtgever
Auteurs

Commissie Geweld in de Jeugdzorg
Dr. M. van der Klein
Dr. J. Dane

Omslag
Uitgave

Ontwerppartners, Breda
Verwey-Jonker Instituut
Kromme Nieuwegracht 6
3512 HG Utrecht
T (030) 230 07 99
E secr@verwey-jonker.nl
I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload worden via onze website:
<http://www.verwey-jonker.nl>.

ISBN 978-90-5830-945-7

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2019.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.



VERWEY-JONKER INSTITUUT

Kromme Nieuwegracht 6
3512 HG Utrecht

T 030 230 07 99

E secr@verwey-jonker.nl

I www.verwey-jonker.nl