

Honderd jaar kinderpsychiatrie en overheid – *back to the future*

F. BOER

ACHTERGROND De Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie maakt een ingewikkelde periode door met de invoering van de Jeugdwet die haar heeft gepositioneerd onder gemeentelijke regie.

DOEL Onderzoeken hoe deze ontwikkeling moet worden geplaatst in historisch perspectief.

METHODE Raadplegen van geschiedkundige bronnen.

RESULTATEN De gemeente is vanaf het begin van de twintigste eeuw een belangrijke regisseur van een deel van de jeugd-ggz geweest. Pas in de jaren tachtig is die rol verschoven naar de landelijke overheid, om in deze eeuw terug te gaan naar het lokale niveau.

CONCLUSIE Aan elk niveau waarop de overheid regie voert over jeugd-ggz kleven voor- en nadelen. Tot nu toe leidde dit tot overhevelingen van het ene niveau naar het andere. Het lijkt beter verschillende niveaus te combineren en voor onderdelen van jeugd-ggz het passende niveau te kiezen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)12, 866-870

TREFWOORDEN jeugd-ggz, kinder- en jeugdpsychiatrie, gemeente, overheid



ARTIKEL



De Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie maakt een ingewikkelde periode door nu de Jeugdwet haar heeft gepositioneerd binnen de jeugdzorg onder gemeentelijke regie. Velen zijn bang dat dit vakgebied hier ernstig onder zal lijden. Sommigen denken dat er ook kansen liggen. Ik wil een stap terug doen in de tijd en trachten de recente ontwikkelingen historisch te plaatsen. Misschien levert kennis van ons verleden bruikbare kennis op voor nu. *Back to the future.*

1900

Er zijn altijd mensen zijn geweest die geboeid werden door uitzonderlijke kinderen, om ze, waar nodig, te helpen. Kinderpsychiatrie is van alle tijden. De moderne vorm begint rond 1900. De visie op het kind en zijn opvoeding verandert. Er ontstaan initiatieven om het kind dichter bij het leven te brengen en meer rekening te houden met zijn individualiteit. De Zweedse schrijfster Ellen Key vertolkt dit standpunt in haar boek met de profetische titel *De eeuw van het kind* (1909). Zij roept op te investeren in de opvoe-

ding van kinderen, om zo tot een betere maatschappij te komen.

In Nederland is 1900 een concrete mijlpaal, het jaar waarin bij wet de leerplicht voor kinderen van zes tot twaalf jaar wordt ingevoerd. Nu gaan ook kinderen uit arbeidersgezinnen onderwijs volgen. Vaak zijn hun ouders te arm om medische zorg te kunnen betalen, waardoor scholen bang zijn voor besmettelijke ziektes. Al in 1905 leidt dit tot de aanstelling van de eerste schoolarts, in de gemeente Zaan- dam. Veel huisartsen verzetten zich omdat zij concurrentie vrezen, maar het gemeentebestuur zet door, van mening dat nu de overheid kinderen verplicht naar school te gaan, zij ook verplicht is hun gezondheid te beschermen (Boer 2008). In hedendaags jargon: er vindt een transitie van jeugdgezondheidszorg naar de gemeente plaats.

Kort daarna worden nog twee kindervetten aangenomen. De civielrechtelijke en de strafrechtelijke. De kinderrecht- er die deze wetten moet uitvoeren, wordt gesteund door rapportage van deskundigen. Daarom worden in verschil- lende steden door de overheid observatiehuizen opgericht,

waarbij vaak in kinderen geïnteresseerde psychiaters de leiding nemen.

De jaren twintig en dertig

Een van hen is de Leidse hoogleraar Carp. Van zijn ervaringen in het observatiehuis in Den Haag doet hij verslag in een reeks lezingen voor de Volksuniversiteit, gebundeld in het boek *Het misdadige kind in psychologisch opzicht* (1932). Het zou, vertaald in modern Nederlands, niet misstaan als leerboek forensische kinder- en jeugdpsychiatrie. A eerder is de Amerikaanse neuroloog William Healy zich gaan bezighouden met psychologisch georiënteerd onderzoek van jeugdige delinquenten. In 1909 richt hij het Juvenile Psychopathic Institute op, dat de kinderrechter moet adviseren.

Carp is in meer opzichten pionier geweest. In de jaren dertig richt hij een psychiatrische kinderopklinik op in de Oegstgeestse Jelgersmakliniek. Eerder dan Carp heeft de latere Utrechtse hoogleraar Psychiatrie Rümke een vergelijkbaar initiatief genomen in de Amsterdamse Valeriuskliniek (De Goei 1992). Ruim tien jaar later, in 1931, begint in het Amsterdamse Wilhelmina Gasthuis psychiater Grewel met een kinderopklinik. Ook hij was verbonden aan een observatiehuis.

Zeker zo belangrijk voor de kinder- en jeugdpsychiatrie is de oprichting in 1928 van het eerste Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) in Amsterdam.

De jaren veertig en vijftig

In 1939 telt Nederland zeven MOB's. Vooral vanaf 1945 groeit dit aantal sterk. De werkwijze is multidisciplinair en wordt verzorgd door psychiatrisch sociaal werkers, psychologen, psychiaters en een consulent kinderarts. De multidisciplinaire werkwijze is kenmerkend voor kinderpsychiatrie en wordt ook in andere instellingen ingevoerd. De latere hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie te Groningen, Th. Hart de Ruyter, wordt in 1946 schoolarts bij de gemeente Amsterdam. Het hoofd van de GGD, de latere hoogleraar Sociale Geneeskunde, A. Querido, ziet dat Hart de Ruyter graag met kinderen werkt en moedigt hem aan binnen de GGD een Jeugdpsychiatrische Dienst (JPD) op te richten (De Goei 1992). Deze komt tot stand in 1946.

Waar het MOB zich richt op in hun ontwikkeling bedreigde kinderen, richt de JPD zich vooral op kinderen met een verstandelijke beperking en delinquenten kinderen (Bolt & De Goei 2008). De gemeente heeft dus een belangrijke taak op het gebied van jeugd-ggz. Daarbij spelen sociaaleconomische aspecten een rol. Het MOB wordt vooral op vrijwillige basis geconsulteerd door beter gesitueerden, terwijl de zorg van de JPD op initiatief van de dienst zelf tot stand kan komen en zo ook minder bedeeden bereikt.

AUTEUR

FRITS BOER, emeritus hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie, AMC/de Bascule en voormalig voorzitter van de sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de NVvP.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Frits Boer, Linnaeusparkweg 71,
1098 CS Amsterdam.
E-mail: f.boer@amc.uva.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-2-2015.

De sectie kinder- en jeugdpsychiatrie

Aan het eind van de jaren dertig speelt de vraag of kinderpsychiatrie een apart vak moet worden, los van de psychiatrie, of daarvan juist deel moet uitmaken. Hart de Ruyter bepleit rond 1938 bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie het eerste standpunt. Grewel is het hier niet mee eens (De Goei 1992). Wel is de laatste initiatiefnemer voor de oprichting, in 1947, van een sectie (nu: afdeling) kinderpsychiatrie binnen de vereniging. Binnen de sectie zet de discussie over wel of niet verzelfstandigen zich voort. In 1954 stelt het sectiebestuur dat kinderpsychiatrie zozeer een apart specialisme is geworden dat een eigen opleiding met erkende opleidingsplaatessen essentieel wordt geacht (Bolt & De Goei 2008). Na jarenlange beraadslagingen met de sectie, inmiddels 'kinder- en jeugdpsychiatrie' geheten, besluit de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) in 1975 tot het instellen van een interne aantekening kinder- en jeugdpsychiatrie. Deze aantekening kan men verkrijgen door twee opleidingsjaren aan kinder- en jeugdpsychiatrie te besteden, hetgeen in de praktijk meestal inhoudt dat men na het volgen van een keuzestage in de reguliere opleiding nog een extra jaar kinder- en jeugdpsychiatrie doet. Door allerlei formaliteiten wordt deze pas per 1 januari 1987 van kracht (Bolt & De Goei 2008).

De jaren zestig tot en met tachtig

Wanneer de sectie begin jaren zestig het kinderpsychiatrische veld in kaart brengt, levert dat een imposant beeld op (Reichart 2014). Er zijn 83 MOB's, vier universitaire kinderpsychiatrische klinieken, drie pedologische instituten, tien inrichtingen voor zwakzinnige kinderen, acht inrichtingen voor (pre)delinquenten kinderen, een dagziekenhuis voor predelinquenten kinderen, een inrichting voor visueel gehandicapte kinderen, twee voor epileptische kinderen en een tehuis voor neurotische kinderen. In deze opsom-

ming ontbreken de Jeugdpsychiatrische Diensten, maar die zijn er zeker in grote en middelgrote gemeenten, als onderdeel van gemeentelijke Sociaal Psychiatrische Diensten.

Behalve de universitaire klinieken worden de meeste van deze voorzieningen in stand gehouden door stichtingen of verenigingen, vaak van confessionele aard. In het nog sterk verzuilde Nederland zijn er protestantse (van verschillende aard), katholieke, joodse en algemene organisaties. De financiering is deels afkomstig van de achterban, maar er zijn ook bijdragen van de gemeente. Zo schrijft bestuurslid van het Amsterdamse MOB, de eerdergenoemde Querido (1963), dat de inkomsten voor 4% afkomstig zijn van ouders, voor 10% van justitie en voor 25% van de gemeente, die betaalt wanneer ouders naar haar oordeel wel voor behandeling of onderzoek in aanmerking komen, maar de volle kosten niet kunnen betalen. De overige 50% komt binnen in de vorm van subsidies van Rijk, Provincie en Praeventiefonds.

In de jaren zeventig komt steeds meer sociale wetgeving tot stand, met de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) als sluitstuk (Vos 2011). Dit geeft de landelijke overheid de mogelijkheid om tot een centraal sturend beleid te komen. Het is de tijd waarin de ideologie van de verzorgingsstaat dominant is. Hierbij past een ontwikkeling naar een regionalisering van de geestelijke gezondheidszorg. In plaats van de versnipperde voorzieningen op levensbeschouwelijke basis, zal er een samenhangend, evenwichtig en toegankelijk stelsel moeten komen. Het leidt ertoe dat ambulante voorzieningen als Sociaal Psychiatrische Diensten, Medisch Opvoedkundige Bureaus, Consultatiebureaus, Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en Instituten voor Medische Psychotherapie in een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg) worden ondergebracht.

Een persoonlijke noot

In 1976 begin ik mijn loopbaan als kinder- en jeugdpsychiater, met een aanstelling bij het Medisch Opvoedkundig Bureau in Zaandam. Het MOB is gevestigd in hetzelfde gebouw als de Jeugdpsychiatrische Dienst (JPD), het Bureau voor Levens- en Gezinsvragen en de gezinsvoogdij-instelling ProJuventute, dat niet alleen jeugdbeschermingstaken heeft, maar ook een Adviesbureau voor Ouders en Jongeren kent. We lopen makkelijk bij elkaar binnen.

De goede onderlinge samenwerking wordt in 1978 geformaliseerd met de oprichting van Stichting Opperdan, waarin al deze organisaties worden samengevoegd (de JPD later dan de andere). Er is dus sprake van geïntegreerde jeugd-ggz, jeugdzorg, jeugdbescherming en (zoals we het nu noemen) basis-ggz voor volwassenen. Er is meer. Als kinderpsychiater leid ik een consultatiegroep voor huis-

artsen, terwijl ik ook de kinderarts in het Zaanse ziekenhuis regelmatig spreek. Onze psychologen en maatschappelijk werkers hebben nauw contact met de scholen in de regio, vooral met die voor speciaal onderwijs. Stichting Opperdan biedt het soort samenhangende zorg op gemeentelijk niveau waar nu van gedroomd wordt.

Wanneer per 1 januari 1982 de regering besluit tot oprichting van Riagg's moet Stichting Opperdan worden ontmanteld. Het MOB wordt een jaar later onderdeel van de Riagg, terwijl jeugdzorg en jeugdbescherming daar buiten blijven. Ik herinner me mijn bezoek aan de raadadviseur bij het ministerie van Volksgezondheid. Voor mijn betoog dat een uniek samenwerkingsproject om zeep wordt geholpen, toont zij zich doof.

De jaren negentig tot heden

Maatschappelijk ontstaat een andere visie op de rol van de overheid, waarbij verzorgingsstaatdenken plaatsmaakt voor het toekennen van eigen verantwoordelijkheid aan de burgers met een rol voor particulier initiatief en samenwerking (Vos 2011). In 1989 wordt de ggz ondergebracht in de AWBZ. Het curatieve deel van de ggz wordt in 2008 weer overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, met daarbij de invoering van diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Het is ook de periode waarin steeds grotere ggz-organisaties ontstaan door fusies van algemene psychiatrische ziekenhuizen met Riagg's.

Wat men van deze ontwikkelingen mag vinden, ze gaan gepaard met aanzienlijke groei in het ggz-aanbod, ook van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Er is ook groei in het aantal kinder- en jeugdpsychiaters. Het aantal beschikbare fte's bedraagt 183 in 1996 en is in 2012 met 113% gestegen tot 389 (Boer 2013).

In de jeugdzorg is er vanaf de jaren zeventig steeds meer onvrede over versnippering en verkokering (Van Montfoort 2014). In 1998 wordt de Wet op de jeugdhulpverlening aangenomen, waarbij hulp die onder de afdeling Welzijn van het ministerie van vws valt, wordt gedecentraliseerd naar de provincies en de grootstedelijke regio's. De Medische Kleuterdagverblijven gaan over van Volksgezondheid naar de provincies. De jeugdbeschermingsinstellingen, de Raad voor de Kinderbescherming en de jeugd-ggz blijven buiten deze wet. Dit geeft onvrede, waarop in 1994 het regeringsstandpunt Regie in de Jeugdzorg verschijnt, dat de aanzet vormt tot de instelling van Bureaus Jeugdzorg en een verdere integratie door middel van de Wet op de Jeugdzorg (2005). Het is de bedoeling dat ook de jeugd-ggz/kinder- en jeugdpsychiatrie voortaan alleen toegankelijk zal zijn via het Bureau Jeugdzorg. De NVvP en haar sectie kinder- en jeugdpsychiatrie verzetten zich hiertegen en ijveren er met succes voor dat ook huisarts en medisch specialist kunnen blijven verwijzen.

Ondertussen ontstaat maatschappelijke onrust over de toename van bij kinderen vastgestelde psychische stoornissen, vooral ADHD en autisme, en over de toename in het gebruik van psychofarmaca voor ADHD. Er komt in 2014 een Jeugdwet waarin staat dat de samenleving gebaat is bij een demedicalisering van de jeugdzorg. Dezelfde jeugdwet maakt de kinderpsychiatrie los van de algemene psychiatrie en geneeskunde en integreert haar in een jeugdzorg onder gemeentelijke regie.

BESCHOUWING

Al meer dan een eeuw bepalen maatschappelijke opvattingen de kaders waarbinnen kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen opereren. Aanvankelijk zijn dit de lokale overheid en particulier initiatief, vooral van kerkelijke aard. Daardoor was er versnippering, maar op het 'snipper-niveau' kon een natuurlijke integratie van de verschillende typen zorg bestaan, zoals ik mocht meemaken in de Zaanstreek. In de jaren tachtig heeft de landelijke

overheid de zorg naar zich toegetrokken, met onder andere de vorming van Riagg's. Deze eeuw zien wij de beweging terug naar het gemeentelijk niveau. De samenhang die daar ooit organisch kon groeien, moet nu versneld, geforceerd zo u wilt, tot stand worden gebracht.

Organisatie op elk niveau kent voor- en nadelen. De politiek opereert vanuit een kort geheugen, stelt nadelen vast van een situatie en gooit die drastisch om. De les van de geschiedenis is dat er niet voor een niveau, maar voor een gedifferentieerd toepassen van niveaus moet worden gekozen. Naarmate aandoeningen en problemen vaker voorkomen, is er meer reden de zorg op lokaal niveau te organiseren, maar daarbij wel te profiteren van kennis op landelijk en internationaal niveau. Gaat het om zeldzamer problemen, is het de taak van de overheid op provinciaal of landelijk niveau passende voorzieningen te treffen. Het vinden van de juiste differentiatie is een gezamenlijke opdracht aan overheid en kinder- en jeugdpsychiatrie.

LITERATUUR

- Boer F. Van observeren naar beïnvloeden. In: F Verheij, PhDA Treffers. Klassiekers van de kinder- en jeugdpsychiatrie II. Verschuivende denkbeelden. Assen: Van Gorcum; 2008. p 119-23.
- Boer F. De Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie in de praktijk; ontwikkelingen in de afgelopen vijftien jaar. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 619-24.
- Bolt T, de Goei L. Kinderen van hun tijd. Zestig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland 1948-2008. Assen: van Gorcum; 2008.
- Carp EADE. Het misdadige kind in psychologisch opzicht. Amsterdam: Scheltema & Holkema; 1932.
- Goei L de. In de kinderschoenen. Ontstaan en ontwikkeling van de universitaire kinderpsychiatrie in Nederland, 1936-1978. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid; 1992.
- Querido A. 'Geld, of de kinderen wakker'. Maanblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, speciale uitgave 35 jaar M.O.B. 1963: 3-5.
- Reichart C. De Afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van de NVvP. In: FC Verhulst, GC Dieleman, MB Hofstra, IM Demmendaal, red. Veertig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie – terugblikken en vooruitzien. Assen: van Gorcum; 2014. p 55-60.
- Montfoort A van. Het kind centraal? Over integraal beleid en het Bureau Jeugdzorg. In: FC Verhulst, GC Dieleman, MB Hofstra, IM Demmendaal, red. Veertig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie – terugblikken en vooruitzien. Assen: van Gorcum; 2014. p 13-9.
- Vos J. 'Pleitbezorger van de psychiatrie' – De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1871-2011. Utrecht: de Tijdstroom; 2011.

SUMMARY

A hundred years of child psychiatry and changes in the governance of the youth mental health services in the Netherlands– back to the future

F. BOER

BACKGROUND Dutch child- and adolescent psychiatry (CAP) is going through a complex phase now that the Youth Law has decreed that CAP is to be placed under control of the municipality (i.e. local government) instead of the national government.

AIM To explain and discuss this development from a historical perspective.

METHOD Information was obtained from historical sources.

RESULTS The municipality, i.e. local government, has played an important role in parts of youth mental health since the beginning of the 20th century. In the 1980s, however, governance was transferred to the national government, only to be passed back to the municipality in the early years of the 21st century.

CONCLUSION The level of governance, be it local or national, can bring both advantages and disadvantages to the youth mental health services. Up till now there have been several transfers from one level of governance to the other. It would be better if the two levels of governance were combined and the various parts controlled by a combination of the most appropriate types of governance.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)12, 866-870

KEY WORDS child- and adolescent psychiatry, government, municipality, youth mental health