

Kinderpsychiatrie: een vak en een identiteit

*door J. A. R. Sanders-Woudstra, R. B. Minderaa
en F. Verheij*

Inleiding

In korte tijd zijn er verscheidene rapporten verschenen waarin de kinderpsychiatrie ter sprake is gekomen. In het 'Interimrapport II' van de Interdepartementale Werkgroep Residentiële Voorzieningen voor Jeugdigen (1980) wordt de indruk gewekt alsof de kinderpsychiatrie zich residentiële moet gaan versmallen tot een zeldzame, luxueuze voorziening voor kortdurende, intensieve behandeling. De afstemming van de hulp op de individuele nood dreigt zoek te raken. In de voorstellen van de Nationale Ziekenhuisraad tot normering van de personeelsbezetting in instellingen voor kinderen jeugdpsychiatrie (1980) wordt een algemene karakteristiek van de (residentiële) kinder- en jeugdpsychiatrische hulpverlening gegeven waarin wij onze vakuitoefening redelijk kunnen herkennen. Onvoldoende duidelijk wordt gemaakt wat kinderpsychiatrie is en wat kinderpsychiaters doen. In 'Over voorzieningen voor kinderen met psychosociale problemen', een rapport van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1981), keert gelukkig de gedachte terug (die in het Interimrapport afwezig is) dat problematiek en hulpverlening op een continuüm zijn af te zetten. Het valt te betreuren dat de kinderpsychiatrie als vak en de kinderpsychiater als beoefenaar van een unieke discipline niet onderkend worden: de vaagheid over het begrip kinderpsychiatrie heeft ons er toe doen besluiten onze visie op de kinderpsychiatrie en de kinderpsychiater te expliciteren, zodat niet langer te stellen is dat 'het verschijnsel kinderpsychiatrie een verscheidenheid aan modaliteiten is dat wazige grenzen heeft' (citaat uit het laatstgenoemde rapport). Wij zien er van af elk van de rapporten samen te vatten.

Kinderpsychiatrie, een vak?

In onze optiek is kinderpsychiatrie een vak en niet de optelsom van

Schrijvers zijn resp. hoogleraar, chef de polyclinique en chef de clinique, verbonden aan de afdeling kinderpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Erasmus Universiteit Rotterdam, Postbus 70029, 3000 LL Rotterdam.

een aantal modaliteiten. Het denken waarin klinisch-organisch denkende, psycho-analytisch denkende, gedragstherapeutisch denkende, Rogeriaans denkende, (gezins) systeem denkende, Gestalttherapeutisch denkende behandelaars en nog vele andere behandelaars samen te voegen zijn tot de definitie van de kinderpsychiatrie (Rapport Geneeskundige Hoofdinspectie) is onjuist. Het denken en handelen van de arts, de psycholoog, de pedagoog, de groepsleidster, de maatschappelijk werker en de creatief therapeut kan men evenmin gezamenlijk tot kinderpsychiatrisch denken en handelen bestempelen. Er zijn ons geen specialisaties bekend die uitgeoefend worden door mensen die daartoe niet opgeleid zijn. Iemand met kennis van zaken zal de neurochirurg niet gelijk stellen met de neuroloog. Het is ons onduidelijk waarom men in officiële rapporten zo'n gelijkstelling, die voorbijgaat aan de identiteit van de kinderpsychiater, hanteert t.a.v. de kinderpsychiatrie. Het erkennen van het Paedologisch Instituut te Amsterdam als kinderpsychiatrisch instituut illustreert de 'officiële' gedachtengang. Er zijn verklaringen voor een denken waarin de kinderpsychiatrie niet als een vak beschouwd wordt. De kinderpsychiatrie is een jong vak, is volop in ontwikkeling, heeft slechts een geringe traditie, heeft zich onvoldoende geprofileerd en moet zich nog maatschappelijk waarmaken. Ook spelen meer algemene mechanismen een rol. Ieder mens wil zich graag een mensenkenner achten en vele mensen denken uitstekende behandelaars van andere mensen te zijn.

Kinderpsychiatrie, een vak!

De kinderpsychiatrie is een medisch specialisme waarbinnen de *bio-psycho-sociale diagnostiek* centraal staat. Kinderpsychiaters zijn niet in de eerste plaats psycho- en/of pharmacotherapeut, maar biopsychosociaal diagnosticus. De kinderpsychiatrie als vak streeft voor de bedreigde emotionele ontwikkeling van kind en jeugdige een totaal-visie op kind en gezin na. Hierin staat doorzien c.q. diagnostiek centraal. Deze diagnostiek vindt haar basis in een geïntegreerd en gestructureerd denkmodel dat gevoed wordt vanuit verschillende richtingen (waarover zo dadelijk meer). Kinderpsychiatrie is een vak dat zijn beoefenaars bij uitstek in staat stelt de problemen van het gezin te analyseren en aldus tot een diagnose van de problematiek van het aangemelde kind te komen. Het biedt de mogelijkheid om vast te stellen welke facetten in het leven van kind(eren) en ouders ernstige consequenties kunnen hebben voor de psychosociale en emotionele ontwikkeling van het kind. Kinderpsychiaters geven aan wanneer er sprake is van dreigende of reeds opgetreden stoornissen in de persoonlijkheidsontwikkeling. De biopsychosociale diagnostiek, die gebaseerd is op kennis van de psychopathologie, functioneert als noodzakelijk kader waarbinnen een behandelingsstrategie opgesteld kan worden, die uitmondt in therapiedoelstellingen. Een behandeling die aanvangt zonder diagnostiek c.q. zonder dat de persoonlijkheidsstructuur en de

stoornissen daarin begrepen worden betekent een kunstfout. De takken van wetenschap die het biopsychosociale diagnostisch denkmodel voeden komen tot uiting in de opleiding van de kinderpsychiater die:

- arts is;
- zich vijf jaar gespecialiseerd heeft tot psychiater en kinderpsychiater;
- psychopathologie-kenner en psychodiagnosticus bij uitstek is;
- de normale ontwikkeling in zijn variatiebreedte kent;
- psychotherapeutisch geschoold wordt;
- soms ook beleidsdeskundig geschoold is (klinisch management).

Zoals het vak paediatric gevoed wordt vanuit de biologie, de anatomie, de biochemie, etc., etc., zo wordt ook het vak kinderpsychiatrie gevoed vanuit:

- *het biologisch denkmodel*. Hoe bepalen c.q. beïnvloeden constitutionele, genetische, aangeboren of verworven organische factoren de ontwikkeling? Hoe beïnvloeden stress opwekkende factoren de rijping van het cerebrum? Welke invloed hebben ziekte en medisch ingrijpen op de emotionele ontwikkeling van een kind?
- *het cognitieve denkmodel*. Hoe beïnvloedt de cognitieve ontwikkeling het emotionele en sociale functioneren en omgekeerd. Kent de aanwezige leerproblematiek organische oorzaken? Zijn er formele denkstoornissen die het leren beïnvloeden? Is de emotionele problematiek (mede) de oorzaak van de leerproblematiek?
- *het psychodynamische en psychosociale denkmodel*. Hoe zijn de relaties met sleutelfiguren en hoe is hun onderling verband? Welke invloed heeft dit samenspel op de ik- en gewetensontwikkeling en op het vermogen van het kind om driftmatige impulsen in de hand te houden?
- *het leertheoretisch denkmodel*. Op welke wijze speelt insufficiënte modeling of training een rol in de kinderlijke problematiek? Is er al dan niet sprake van positieve bekrachtiging in het kinderlijk leefmilieu?
- *het groepsdynamisch en systeemtheoretisch denkmodel*. Hoe gaan gezinsleden met elkaar om? Hoe functioneert het kerngezin t.o.v. de resterende familie? Op welke wijze heeft het gezin een plaats in de sociale context? Heeft het individuele gezinslid een plaats in groepen (school, werk, clubs, etc.)? Op welke wijze is de individuele problematiek verweven in de gezins- en sociale context?
- *het denken met een gezond verstand*.

Voor de in de residentiële kinder- en jeugdpsychiatrie werkzame beleidspsychiater volstaat deze opsomming niet geheel en moeten hieraan in ieder geval toegevoegd worden:

- de opvoedkundige c.q. *pedagogische modellen*;
- de *modellen voor motorische, musische en creatieve ontwikkeling*;
- de *managementsmodellen*.

De integratie van de genoemde modellen in een totaal-visie op kind en gezin maakt van de medicus die zijn kennis (en persoonlijkheid)

uitbouwt d.m.v. opleidingen tot psychiater, kinderspsychiater en psychotherapeut een unieke specialist van de kinderlijke ontwikkeling. De geïntegreerde manier van denken van de kinderspsychiater is niet te bereiken via een andersoortige opleiding dan de hier geschetste en is dus onbereikbaar voor de (kinder)psychotherapeut zonder kinderspsychiatrische opleiding. Dit impliceert dat biopsychosociale diagnostiek, gevoed vanuit de zojuist genoemde denkmodellen, een monopolie van de kinderspsychiater inhoudt. Deze diagnostiek vindt zijn startpunt in kennis van de somato- en psychopathologie en dient als uitgangspunt voor verder hulpverlenend handelen.

In onze visie is de kinderspsychiatrie dus een *monodisciplinair* vak, maar is een jeugdpsychiatrische dienst, een polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie of een kinder- en/of jeugdpsychiatrische kliniek een *multidisciplinaire* instelling. Het functioneren van zo'n instelling is er op gericht om kinderspsychiatrische hulpverlening te bieden. De multidisciplinaire samenwerking binnen zo'n instelling maakt dat de kinderspsychiater binnen zijn methodische grenzen blijft, terwijl de verschillende disciplines de primaire taak versterken en ondersteunen. De aanvullende diagnostiek (op indicatie) van de psycholoog, de opvoedkundige advisering van de (ortho)pedagoog, de opvoedende, verzorgende en behandelende taken van de pedagogisch medewerkers (groepsleiding), het begeleiden van ouders door maatschappelijk werkers en het ook door psychologen-psychotherapeuten doen verrichten van psychotherapieën zijn hiervan voorbeelden.

De organisatorische consequenties

We noemden zojuist een kinder- en jeugdpsychiatrische instelling multidisciplinair en het vak kinderspsychiatrie monodisciplinair. Er bestaat veel verwarring over de termen multi- en interdisciplinair. Heijnsdijk (1970) definieert de term multidisciplinair als volgt: 'Er is sprake van een *multidisciplinaire* benadering wanneer de verschillende monodisciplinaire inbrengen worden gesommeerd in die zin, dat vertegenwoordigers van verschillende monodisciplines met elkaar in contact worden gebracht in het kader van een poging tot geïntegreerde probleemoplossing'. Vanuit onze visie is een kinderspsychiatrische instelling een instituut waar:

- kinderspsychiaters biopsychosociale diagnostiek verrichten;
- kinderspsychiaters het beleid gestalte geven;
- kinderspsychiaters in zo ruime mate aanwezig zijn, dat het observatie-, crisisinterventie- en/of behandelingsmilieu overwegend bepaald wordt door de kinderspsychiatrische visie, waarvan de integratie van de diverse factoren die bij de ontwikkeling – normaal of niet – een rol spelen de kern is;
- kinderspsychiaters zich dagelijks en intensief in klinische settingen met het leef- en opvoedingsklimaat bemoeien.

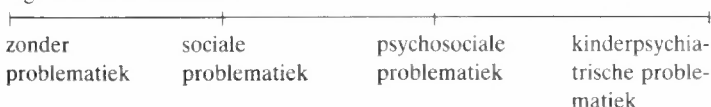
Op een paediatrische afdeling domineren niet de biochemici of de röntgenologen en op een psychologische faculteit niet de pedago-

gen en psychiaters. Hetzelfde geldt voor een kinderpsychiatrische instelling; ook daar staat het monodisciplinaire vak centraal. De beoefenaars ervan vinden ondersteuning en verrijking in een multidisciplinair werkverband, waarbij de kinderpsychiatrische diagnostiek en hulpverlening centraal blijven staan.

De continuümgedachte

Met de continuümgedachte bedoelen wij dat gezondheid en ziekte (c.q. stoornis of problematiek) zijden van een spectrum zijn, waarbij tussen uiterst gezond en ernstig ziek vele in elkaar overgaande gradaties bestaan. Wanneer deze gedachte onderkend wordt, vloeit hieruit logisch voort dat op de nood gerichte hulpverlening zich vanuit eenzelfde en parallel geschakeld continuüm organiseert. Het is om deze reden dat wij teleurgesteld zijn in de 'hoogvlakke' en 'piramiden' van het IWRV-rapport en blij zijn met de keuze voor het continuüm in het rapport van de Hoofdingspectie. Het kind dat in zijn emotionele en sociale ontwikkeling bedreigd wordt is op een spectrum te classificeren tussen de uitersten, n.l. zonder problematiek (c.q. gezond) en met ernstige kinderpsychiatrische problematiek. Sociale problematiek en psychosociale problematiek zijn tussenstappen c.q. gradaties op dit continuüm m.b.t. de ernst van de problematiek en de intensiteit van de noodzakelijke hulpverlening.

Figuur 1: Het continuüm



Kinderpsychiatrie is vanuit het zojuist geschetste denken een vak dat zich met 'ziek' c.q. met 'ernstige problematiek' bezighoudt en is in deze dus een facet van de volksgezondheid. Waarschijnlijk om deze reden ressorteren kinderpsychiatrische instellingen onder de minister van volksgezondheid en milieuhygiëne; een situatie die wij gehandhaafd zouden willen zien. Het Interimrapport II miskent niet alleen de continuümgedachte, maar ook de plaats van de kinderpsychiatrie als medisch specialisme binnen de volksgezondheid. Dit rapport adviseert voor de kinderpsychiatrie een interdepartementale beheersvorm en concludeert 'dat het moeilijk is een scherpe grens te trekken tussen kinder-/jeugdpsychiatrische en andere voorzieningen of tussen kinderpsychiatrische en andere problemen'. Wanneer dit citaat uitgangspunt voor beleid wordt, valt te vrezen dat de langer durende residentiële kinderpsychiatrische behandeling in Nederland verdwijnt en de kinderen die deze hulpverlening behoeven inadequaaf 'behandeld' gaan worden.

Continuüm en netwerk

De basisgedachte van het Interimrapport II, dat hulpverlening

dicht bij huis hoort te worden geboden, willen wij allereerst nog extremer stellen:

- waar geen hulp gevraagd wordt en/of nodig is, behoort deze niet gegeven te worden;
- waar een 'gezond' individu hulp vraagt, dient bekeken te worden of zijn systeem hulp behoeft en dient niet per definitie de hulpvraag, zoals deze gesteld is, beantwoord te worden;
- waar gezinsleden een ander gezinslid goed helpen of waar de familie of de omgeving adequaat helpen, is – zelfs bij een hulpvraag – professionele hulp foutief.

Vervolgens willen we de basisgedachte van het Interimrapport dat 'hulpverlening – uitzonderingen daargelaten – ook meer kans van slagen heeft wanneer de hulp dicht bij huis wordt gegeven', verlaten. Hulpverlening hoort ons inziens altijd op de nood afgestemd te zijn. Het effect ervan kan slechts door te repliceren effectstudies vast komen te staan. Geloof in een eenzijdige vorm van netwerkdenken, waarbij een economisch verantwoorde huishouding meer het uitgangspunt lijkt dan de afstemming op de nood van het individuele kind, verwerpen en betreuren wij. De IWRV (blz. 52) onderschrijft ten dele het ontbreken van een samenhangende visie op jeugdwelzijnsbeleid en stelt dat 'zij van mening is, dat orde op zaken stellen, ook in beheerstechnische zin, een voorwaarde voor een kwalitatief hoogstaande hulpverlening is'. Hulpverlening afgestemd op het kind lijkt het kind van de rekening te worden en dreigt opgeofferd te worden aan de grauwe hoogvlakte en de afgeslankte piramiden.

Werkelijk netwerk-denken, zoals het ontstaan is in de USA zal op elk moment, in elke fase, bij elke situatie en/of problematiek vanuit een dynamisch denken trachten te streven naar functionele netwerken. Individuen voelen zich slechts 'gezond' wanneer zij ingebed zijn c.q. adequaat functioneren in meerdere netwerken c.q. in een functionele sociale context. In samenhang met het eerder beschreven continuüm kan dit betekenen dat men adequaat functioneren primair met zo min mogelijk en liever met natuurlijke dan professionele hulp tracht te bereiken. Deze consequentie omdraaien en stellen dat 'algemene residentiële hulpverlening' (de hoogvlakte) de nood behoort op te vangen waarbij er nauwelijks ruimte blijft voor gespecialiseerde residentiële hulpverlening (de piramide) tast de kern van netwerkdenken aan. Volgens ons is het mede daarom onjuist om aan te nemen dat de (semi)-residentiële kinderpsychiatrische behandeling een verhouding kent tussen dagbehandelingsplaatsen, observatie en kortdurende klinische hulpverleningsplaatsen en voortgezette klinische hulpverleningsplaatsen van 4:6:1 (Rapport Hoofdinspectie). Onze Rotterdamse gegevens, gebaseerd op de meest effectieve en gelijktijdig minst ingrijpende hulp aan kind (en gezin), wijzen op een verhouding van 1 à 2: 1 à 2: 7 à 8. Deze gegevens bestrijken de bestaansduur van onze kliniek (11 jaar) en zijn strijdig met economische cijferspelletjes of met de multifunctionele hoogvlakte die een piramide kinderpsychiatrie tolereert waar: 'men zich moet richten op de opvang van acute

psychiatrische problematiek en op de behandeling van jonge kinderen met bijzonder ernstige gedrags- en ontwikkelingsstoornissen' (Interimrapport II).

Werkelijk netwerk-denken zou betekenen dat de geprofessionaliseerde hulpverlening groter of kleiner kan worden wanneer de hulpvraag toe- of afneemt. Tevens zou via ingebouwde terugkoppeling een bepaald hulpaanbod moeten verminderen of verdwijnen (of zich richten op opkomende hulpvragen) wanneer de hulpvraag afneemt of stopt. De enorme toename van kinderen met vroege ontwikkelingsproblematiek heeft binnen ons vak aanleiding gegeven tot toenemend steunend voor kind en gezin werken met inbouw van vaste punten voor het kind. Residentieel moeten wij d.m.v. een geïntegreerd behandelingsmilieu waarvan een gezinsachtig leefmilieu, onderwijs, therapievormen en gezinsbegeleiding deel uitmaken, langduriger en intensiever behandelen om tot resultaat te komen. Voor ieder kind (en gezin) geldt: liever geen behandeling. Wanneer het toch moet, dan liever ambulant; lukt ambulante behandeling niet, dan semimuraal en lukt dit niet, dan muraal. Beslissend is echter dat hulp effectief moet zijn omdat eerst dan het bedreigde kind en zijn gezin gediend worden. In elke situatie hoort men te kiezen voor kort behandelen t.o.v. langdurig bezighouden; bij kinderen is het echter ons inziens onethisch wanneer volwassenen er voor kiezen het kind kortdurend bezig te houden i.p.v. langdurig te behandelen (zelfs het economisch rendement zal op de lange termijn negatief zijn). Om deze keuze te kunnen maken is een gedegen biopsychosociale diagnostiek van kind en gezin noodzakelijk. Uit onze consultatiegegevens blijkt dat kinderen reeds twee tot acht ambulante instellingen gepasseerd zijn alvorens kinderpsychiatrische consultatie wordt aangevraagd.

De plaats van de kinderpsychiater op het continuüm

De hulpverlening aan het emotioneel en sociaal in zijn ontwikkeling bedreigde kind behoort op een twee-assig stelsel te worden afgezet, waarbij de ene as van geen hulp via sociale zorg en psychosociale zorg naar kinderpsychiatrische hulp loopt en de tweede van ambulante via semimurale naar murale hulp verloopt.

Sociale zorg: het gezinsmilieu is tijdelijk of langdurig dermate insufficiënt dat de kinderlijke ontwikkeling bedreigd wordt zonder reeds nadelig beïnvloed te zijn. Steun aan het gezin (en kind) is geïndiceerd ter preventie; soms is zelfs uithuisplaatsing niet uit te sluiten. De Geneeskundige Hoofdingspectie stelt dat in de groep die de sociale zorg behoeft, het gezinsondersteunende, gezinsaanvullende en gezinsvervangende van het aangeboden milieu prevaleert. Waar uithuisplaatsing of langdurige hulp noodzakelijk is, zal door een kinderpsychiater in een adviserende of consulterende rol bekeken moeten worden in hoeverre er toch geen weerslag is van het dysfunctionele milieu op de emotionele en sociale ontwikkeling van het kind. Op deze wijze kan een adequaat behandelingsplan opgesteld worden.

Psychosociale kinder- en jeugdzorg: het kind verkeert niet in de optimale omstandigheden voor een goede psychosociale ontwikkeling; er bestaat gevaar voor mogelijk blijvende of eerst na intensieve behandeling te corrigeren stoornissen in de kinderlijke persoonlijkheidsontwikkeling. De Hoofdinspectie stelt dat de sociale zorg onverminderd én geprofessionaliseerd voor kinderen binnen deze doelgroep aan de orde is. Tevens noemt zij de noodzaak van sociaal-wetenschappelijke ondersteuning en behandelingsmogelijkheden, zodat *milieu en behandeling* hand in hand gaan.

Ons inziens behoort de kinderpsychiater als biopsychosociaal diagnosticus in de multidisciplinaire psychosociale teams een plaats én een geaccepteerde inbreng te hebben. Voorkomen moet worden – in het belang van het hulpbehoevende kind en zijn gezin – dat onvoldoende onderscheiden wordt wat primair of secundair is (vanuit een daartoe niet opgeleid zijn). Het gevaar dreigt dat een deel van de ontwikkelings- en relationele stoornissen ten onrechte opgevat gaat worden als reactieve problematiek of als faseproblematiek.

Binnen b.v. een team voor psychosociale jeugdzorg betekent dit dat de kinderpsychiater participeert in de multidisciplinaire samenwerking. Binnen deze multidisciplinaire samenwerking horen in de preventietaak de specifieke kennis en ervaring van de kinderpsychiater omtrent kinderen met ernstige emotionele stoornissen benut te worden. Zowel bij de intakeprocedure als bij het uitvoeren van therapieën voor kinderen met een verstoord ontwikkelingsproces moeten zijn diagnostische kwaliteiten optimaal benut worden en is een algemene consultatieve functie op zijn plaats.

Kinderpsychiatrische hulpverlening: in het kind en vaak ook in één of meer van de gezinsleden heeft de persoonlijkheidsproblematiek zich reeds duidelijk uitgekristalliseerd. De behandeling-behoevende, emotioneel ernstig bedreigde kinderen en hun gezinnen zijn de doelgroep. Intensieve behandeling is onontkoombaar en noodzakelijk en kan slechts adequaat zijn als deze zich niet tot het emotionele beperkt, aangezien ernstige emotionele problematiek in de regel interfereert met multi-pele deelaspecten van de kinderlijke ontwikkeling. De ernst van de problematiek en – in de regel – een etiologie over jaren geven aan dat slechts zelden kortdurende behandeling voldoende is.

De kinderpsychiater is zowel in de poliklinische- als in de residentiële praktijk primair de diagnosticus, die tracht te bepalen of er sprake is van kinderpsychiatrische problematiek in de zojuist genoemde betekenis. Kinderpsychiatrische *diagnostiek* geeft aan of sociale, psychosociale of kinderpsychiatrische hulp vereist is. De kinderpsychiatrische instelling behandelt niet alleen kinderen met een uitgekristalliseerde persoonlijkheidsproblematiek maar tevens hun gezinnen. De Hoofdinspectie geeft aan de *behandeling* in de kinderpsychiatrie de hoogste prioriteit en gaat voorbij aan de diagnostische kerntaak. De kinderpsychiater is ons inziens binnen de kinderpsychiatrische behandeling degene die diagnostiseert, coördineert, het geheel van behandeling bewaakt en ten dele ook zelf behandelt.

Samenvatting

Wij besloten n.a.v. een drietal publikaties, waarbij wij met twee niet gelukkig waren, ons vak en ons functioneren als kinderpsychiaters nader te profileren. Wij hopen dat wij hierin geslaagd zijn zodat in de belangrijke beslissingen die op diverse beleidsniveaus genomen gaan worden niet slechts economische overwegingen, maar vooral een hulp die afgestemd is op de nood de doorslag gaat geven. Wij hopen dat aanvankelijke duurkoop op langere termijn goedkoop zal blijken en zullen trachten dit met effectstudies te onderbouwen.

Literatuur

- Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (januari 1981), *Over voorzieningen voor kinderen met psychosociale problemen*. Leidschendam.
- Heijnsdijk, J. (1970), *De interdisciplinaire benadering in wetenschapsbeoefening en wetenschapstoepassing*. Universitaire pers, Rotterdam.
- Interdepartementale Werkgroep Residentiële Voorzieningen voor Jeugdigen (oktober 1980), *Interimrapport II*. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage.
- Nationale Ziekenhuisraad, sectie geestelijke gezondheidszorg, subsectie psychiatrie (1980), *NZR-voorstellen tot normering personeelsbezetting in instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie*. Utrecht.