

De Geestelijke Gezondheidszorg voor kinderen tot en met 12 jaar

bevindingen uit het Register Geestelijke Volksgezondheid

door G. H. M. M. ten Horn, J. L. Wouters en A. Brug

Inleiding

Er is in Nederland betrekkelijk weinig bekend over het gebruik van de voorzieningen voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) door peuters, kleuters, kinderen en hun gezinsleden. Jaarverslagen bieden kwantitatieve overzichten per instelling, terwijl aparte studies zich voornamelijk richten op het volgen van een bepaalde groep van kinderen of het evalueren van een bepaalde behandelmethode. Epidemiologische gegevens waarin de totale cliëntèle van alle voorzieningen voor een omschreven bevolking wordt betrokken, zijn vrijwel niet beschikbaar.

Sedert 31 december 1973 worden in het Register Geestelijke Volksgezondheid alle contacten met extra-, semi- en intramurale GGZ-instellingen van inwoners van een stedelijke gemeente in het noorden des lands verzameld (Giel en Ten Horn, 1976; Brook en Ten Horn, 1983). We besloten de daarin aanwezige gegevens over kinderen tot en met de lagere-schoolleeftijd onder de loop te nemen. We worden daarmee niet gewaar welke problemen en stoornissen zich thuis of op school voordoen en zich bij de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk, de politie, de vertrouwensarts, de stichting Jeugd en Gezin, de Raad voor Kinderbescherming of justitie aandienen*. Het beeld dat we hier kunnen schetsen beperkt zich tot het terrein van de GGZ. In de extramurale sector betreft dit de contacten van één jeugdteam uit een

* Hopelijk komt een dergelijk beeld wel naar voren uit het experiment 'Stichting Ontwikkelingsproject' in de stedendriehoek, waar sedert de zomer in Overleg- en Adviesteams hulpverleners van diverse van deze instellingen zijn verenigd. Zie GGZ-GAZET, 1983, 11, no. 3, p. 10.

Schrijvers zijn respectievelijk sociologe afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit, Groningen, psycholoog bij het Drents Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg en maatschappelijk werkende bij deze instelling

Regionaal Instituut voor Ambulante GGZ (RIAGG). Aanvankelijk functioneerden voor de Registrergemeente een Medisch Opvoedkundig Bureau en een Jeugd Psychiatrische Dienst, welke sedert 1977/78 in een gezamenlijke huisvesting als één jeugdteam werken. Daarnaast bestaat in de Registrergemeente de mogelijkheid ambulante hulp te verkrijgen van een polikliniek voor de zwakzinnigenzorg en van een $\pm$ 30 km van de Registrergemeente gelegen, universitaire polikliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Daar bestaat tevens de mogelijkheid klinisch behandeld te worden, evenals in twee andere kinderpsychiatrische instellingen die in de eind zeventiger jaren in de regio startten.

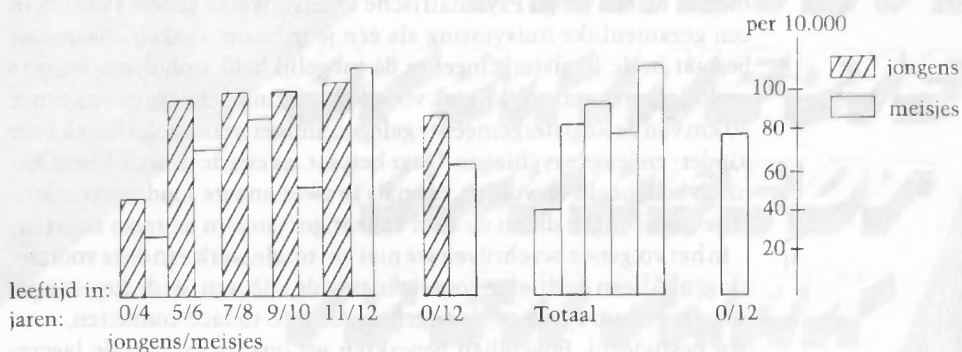
In het volgende beschrijven we niet het totale werk van deze voorzieningen. Alleen de directe contacten met de cliënten uit de Registrergemeente en hun systeem, de zogenaamde face-to-face-contacten, worden bestudeerd. Bovendien beperkten we ons tot en met de lagere schoolleeftijd en hopen we in een volgende publikatie op de groep van 13- tot en met 18-jarigen, een groep die veel heterogener is qua kenmerken en hulpverlening, in te gaan.

Wanneer het Register zou worden uitgebreid wordt het mogelijk verschillen tussen de plattelands- en stedelijke bevolking te bestuderen. Wanneer de registratie ook de contacten met derden uit het systeem van een cliënt zou omvatten zijn we in staat meer van het totale werk van de GGZ-hulpverlener te laten zien. We menen echter dat de huidige beperkte gegevens al voldoende de moeite van het bestuderen waard zijn.

De onderzochte groep

Alle kinderen tot en met 12 jaar uit de Registrergemeente, die tussen 1 juli 1979 en 1 juli 1981 voor het eerst door een van de Registerinstellingen in het Register werden ingeschreven, zijn door ons onder de loep genomen. We vervolgden ze één jaar vanaf hun eerste face-to-face-contact. Het ging om 119 cliënten: 68 jongens en 51 meisjes, ofwel om 7.05 cliënten per 1000 kinderen tot en met 12 jaar van de bevolking. Absoluut en per 1000 van de bevolking waren er meer jongens dan meisjes, behalve in de leeftijdsgroep van 11-12-jarigen (zie figuur 1). Meer aanmeldingen van jongens dan meisjes betekent niet dat meer jongens dan meisjes problemen hebben of geven. Het kan zijn dat voor meisjes vaker buiten de hier bestudeerde instellingen hulp gezocht wordt. In de volwassenenpsychiatrie vinden we meer aanmeldingen van vrouwen dan van mannen (Giel en Ten Horn, 1981). Wat dit betreft benadert de groep van 11-12-jarigen dichter het volwassen beeld van de psychiatrie. Verder merken we op dat de verschillen tussen jongens en meisjes kleiner zijn dan enkele jaren eerder (Giel e.a., 1983). In hoeverre dit een gevolg is van bijvoorbeeld veranderende opvattingen in de maatschappij over de rollen van de seksen zou nadere bestudering vergen.

Figuur 1: Het aantal nieuwe cliënten per jaar naar geslacht en leeftijd per 10.000 van de betreffende groepering in de bevolking op 1 januari 1980



Figuur 1 laat verder zien dat het aantal cliënten per 1000 van de bevolking tot de leeftijd van 7-8 jaar oploopt, dan even afneemt en vervolgens weer stijgt bij de leeftijd van 11-12 jaar. Oorzaken voor dit verloop kunnen in meer richtingen gezocht worden, waaronder schoolonderzoeken en de beschikbaarheid van andere voorzieningen. In elk geval zien we dat indien de capaciteit van de hulpverlening en berekeningen van de volumegroei uitsluitend op bevolkingsaantallen gebaseerd worden, deze nuances vermoedelijk niet tot hun recht komen.

Het merendeel had een of meer broertjes of zusjes: 17% was enig kind, 45% het oudste, 26% het jongste en 8% één van de middelste kinderen. Bijna één op de vier kinderen (24%) behoorde tot een onvolledig gezin. De kinderen kwamen uit alle sociale lagen van de bevolking, en voor zover ze een vader hadden nam deze meestal deel aan het normale arbeidsproces. Van de moeders werkte 10% part-time of full-time. De kinderen woonden verspreid over de gehele Registratiegemeente, van een extra groot aantal per 1000 in een bepaalde wijk, was geen sprake. Al met al krijgt men de indruk dat ze een normale doorsnee van de bevolking vormden. Dit betekent dat met de toename van onvolledige gezinnen, gezinnen met een werkloze ouder en buitenlandse gezinnen in de bevolking, het aantal GGZ-clients uit dergelijke gezinssituaties zal groeien. Zo verdubbelde het aantal cliënten uit onvolledige gezinnen in vergelijking tot eerder onderzoek (Giel e.a., 1983).

Verwijzingen

Vaak wordt het kind tegelijkertijd met één of meer gezinsleden aangemeld (42%). Tabel 1 laat zien dat dit bij allerlei problemen en bij diverse verwijzers voorkomt. Er zijn wel accenten, zoals leerproblemen via school en eigen verwijzing en psychosomatische klachten via huisarts of specialist. De huisarts nam het grootste deel voor zijn rekening,

Tabel 1: Aanleiding tot het contact met de GGZ, de verwijzer en het percentage meerpersoonsaanmeldingen

Aanleiding	Verwijzer onbekend	eigen initiatief ouders	school(arts) en School Advies Bege- leidingsdienst	AMW/ MWGG kinder- besch.	huisarts kleuter- bureau	kinderarts en andere specialisten	totaal	horiz. % meer- persoons- aanmelding
gezinsproblemen	2	3	1	4	7	4	21	38%
gezins- + schoolproblemen	-	2	2	1	5	1	11	55%
leer- + gedragsproblemen	-	4	6	2	3	1	16	25%
algemene gedragsproblemen	1	6	5	1	8	3	24	29%
(psycho)somatische en psychische klachten	-	3	1	3	9	7	23	43%
verzoek informatie	-	-	1	2	1	-	4	25%
advies onbekend	2	4	3	1	6	4	20	75%
Totaal	5	22	19	14	39	20	119	
vert. % meerpers. aanmelding	60%	36%	37%	29%	41%	60%	42%	

maar veel komen via de kinderarts, de school[arts] of op eigen initiatief. Ten opzichte van de somatische gezondheidszorg heeft de tweede en derde lijn GGZ met een grote diversiteit aan verwijzers te maken.

Aanleiding en gezinssituatie

De in tabel 1 gepresenteerde 7 groepen aanleidingen tot een contact met de GGZ hebben we nader bestudeerd. De meest opmerkelijke bevindingen waren de volgende:

- gezinsproblemen werden vaker genoemd bij kinderen uit onvollledige gezinnen (38% t.o.v. 24% van het totaal), en nog vaker bij meisjes (57%);
- de combinatie van gezins- en schoolproblemen vonden we vaker bij jongens (91%) en bij 5-6-jarigen (36% t.o.v. 16% van het totaal); het merendeel van deze kinderen was het oudste in het gezin (82%);
- middelste kinderen kwamen vaker met 'leer- en gedragsmoeilijkheden' (31%); bij deze aanleiding was het percentage werkende moeders hoger (19%);
- bij algemene gedragsproblemen vielen de 9- en 10-jarigen op (29% t.o.v. 19% van het totaal);
- psychosomatische klachten werden vaker bij jongens (70%) en bij 11-12-jarigen (39% t.o.v. 26% van het totaal) genoemd; het percentage jongste kinderen met deze klachten was hoog (43%);
- bij de onbekende aanleidingen kwamen meer kinderen uit onvollledige gezinnen (35%) en meer meisjes (65%) voor.

Verschillende soorten aanleidingen lijken dus samen te hangen met verschillende gezinssituaties. Het Registermateriaal is echter te beperkt om hierover duidelijke uitspraken te doen.

Bijna alle kinderen (114) hadden hun eerste GGZ-contact met een hulpverlener van het jeugdzorgteam van de RIAGG. Twee begonnen elders ambulantly en drie werden opgenomen*. In verhouding tot de psychiatrie voor volwassenen, waarin de poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen en van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen een flink aandeel hebben, vervult de RIAGG voor de kinderpsychiatrie dus een centrale rol.

Het aantal kinderen met slechts één contact bleek gering. Het ging om 5 jongens en 1 meisje in de leeftijd van 8 tot 12 jaar, die met leer- en gedragsproblemen, uit zichzelf of via de school waren gekomen; en om een jongetje van drie jaar dat door de kinderarts wegens opvoedingsproblemen was verwezen. Het merendeel van de kinderen bleef langer dan drie maanden in zorg (zie tabel 2). De kinderen die maximaal drie maanden in zorg bleven kan men in twee vrijwel even grote groepen verdelen, namelijk met gemiddeld tenminste één contact per twee weken gedurende de periode van het eerste tot en met het laatste

* Zie verderop, waarvan één later in het jaar ook ambulante zorg kreeg.

De verleende zorg in het eerste jaar vanaf het eerste face-to-face-contact in de periode 1-7-'79/1-7-'81
kinderen van 0 t/m 12 jaar, naar duur en frequentie

Soort zorg: patroon van zorg	Aantal Kinderen		Aantal Contacten		Gemiddeld aantal contacten per kind
	abs.	(%)	abs.	(%)	
ambulant contact	7	(5,9)	7	(0,5)	1,0
er dan 3 maanden, minder dan 1 contact weken	11	(9,2)	39	(2,6)	3,5
er dan 3 maanden, tenminste 1 contact weken	14	(11,8)	70	(4,7)	5,0
er dan 3 maanden, minder dan 1 contact weken	49	(41,2)	579	(38,8)	11,8
er dan 3 maanden, tenminste 1 contact weken	31	(26,1)	727	(48,7)	23,4
thuis en ambulante zorg*	7	(5,9)	69	(4,6)	9,9
	119	(100,0)	1492	(100,0)	12,5

van 2 kinderen geen ambulante zorg hadden

contact, en met gemiddeld minder dan eens per twee weken. In tabel 2 zien we dit weerspiegeld in het gemiddelde van 5.0 en 3.5 contacten per kind.

Bij kinderen met één contact of maximaal drie maanden zorg, kwam eenmaal speltherapie voor, viermaal een gerichte behandeling van de ouder(s) en bij een derde begeleiding of behandeling van het gezin.

Twee derde van alle kinderen (67.3%) was langer dan drie maanden in ambulante zorg. Een op de drie kreeg tenminste één contact per twee weken gedurende de periode van het eerste tot het laatste contact, en twee op de drie hadden minder dan eens per twee weken contact. Het gemiddelde aantal contacten van de laatsten was dan ook de helft van dat van de eersten: 11.8 t.o.v. 23.4. Bij deze kinderen kwamen speltherapie (16%), ouder- (41%) en gezinsbehandeling (36%) vaker voor. De zorg hangt dus samen met de duur van de periode waarover de hulpverlening zich uitstrekt en met het gemiddelde aantal contacten, dat door de duur van de zorgperiode en de hoge frequentie van de contacten groter blijkt bij kinderen met één van bovengenoemde drie soorten behandeling.

Zeven kinderen (5.9%) werden opgenomen: vier in een instelling voor de zwakzinnigenzorg, van wie drie ook ambulante zorg kregen, en drie in een klinisch-psychiatrische voorziening, van wie twee met ambulante zorg. Tabel 2 laat zien dat deze kinderen vrij veel ambulante contacten kregen: gemiddeld 9.9 contacten.

Voordat we dieper ingaan op de kwalitatieve aspecten van vooral de ambulante hulp, staan we nog even stil bij de omvang van de hiervoor geschetste zorg.

De hoeveelheid zorg

Aan de totale groep van 119 kinderen werden gedurende het jaar vanaf het eerste GGZ-contact 1492 ambulante contacten besteed, ofwel 88.4 per 1000 kinderen uit de bevolking tot en met 12 jaar. Het gemiddelde aantal contacten per nieuwe cliënt (12.5) ligt boven dat van volwassen cliënten (Giel en Ten Horn, 1981), voor een deel door de langere duur van de zorg, maar vooral door de hogere frequentie. Weliswaar is het aantal cliënten dat per 1000 van de bevolking bij de GGZ terechtkomt kleiner dan bij volwassenen, maar de aan hen besteedde zorg is relatief omvangrijk (Giel en Ten Horn, 1976).

De hulpverleners

We beperken ons tot de ambulante zorg. Het merendeel van de kinderen (63%) werd door meer dan één ambulante behandelaar gezien. Bij kinderen die kort in zorg waren, was dit iets minder vaak het geval, vooral wanneer het bij één contact bleef of wanneer ze minder dan eens per twee weken contact hadden (tabel 3).

Tabel 3: Aantal behandelaars in het eerste jaar naar het patroon van zorg in het eerste jaar

Patroon van zorg*	Aantal behandelaars				totaal	
	één abs.	(%)	twee of meer abs.	(%)	abs.	(%)
1	5	(71)	2	(29)	7	(100)
2	6	(55)	5	(45)	11	(100)
3	5	(36)	9	(64)	14	(100)
4	17	(35)	32	(65)	49	(100)
5	9	(29)	22	(71)	31	(100)
Totaal	42	(37)	70	(63)	112	(100)

* Zie tabel 2 voor betekenis nummers; patroon 6 werd in deze tabel buiten beschouwing gelaten.

Wat betekent het dat een cliënt met meer hulpverleners contact heeft? Het kan gebeuren dat meer hulpverleners bij één contact aanwezig zijn, omdat dit bij een bepaalde behandeling de gewoonte is, omdat iemand wordt ingewerkt (bijv. een stagiaire), of omdat men de cliënt overdraagt etcetera. Bij 21% van alle 1492 contacten waren meer hulpverleners gelijktijdig aanwezig.

Het kan ook gebeuren dat een cliënt(systeem) in de loop der tijd met meer hulpverleners te maken krijgt, vanwege multidisciplinaire diagnostiek, omdat dit de gewoonte is bij een bepaalde behandeling (bijv.

het bij speltherapie parallel behandelen van kind en ouders, zie onder andere Fontaine, 1979; De Jong-van Hof, 1979), omdat een 'consult' gevraagd wordt, of omdat de cliënt wordt overgedragen etcetera.

Met de beschikbare Registergegevens is het niet mogelijk aan te geven hoeveel van de contacten met meer hulpverleners vanwege één van bovengenoemde redenen heeft plaatsgevonden. Wel hebben we de indruk dat multidisciplinaire diagnostiek belangrijk was. Meer dan de helft van alle kinderen (54%) heeft namelijk al bij de eerste vijf contacten met tenminste twee hulpverleners te maken gehad.

Verder blijkt dat 55 van de 68 kinderen met meer behandelaars hulpverleners van verschillende disciplines zagen. Met 13 kinderen werd monodisciplinair gewerkt door meer behandelaars van dezelfde discipline, meestal sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Vooral sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen werkten met een psycholoog of een psychiater samen, terwijl ook de twee laatsten nogal eens in combinatie optraden.

De combinaties en het aandeel van de disciplines hangen natuurlijk sterk af van hun beschikbare uren, en kunnen dus elders in het land anders liggen. In ons gebied zag de sociaal-psychiatrische verpleegkundige 59% van de kinderen, de psycholoog 46%, de psychiater 31% en de maatschappelijk werker 26%. Door verschillen in het gemiddelde aantal contacten per cliënt, veroorzaakt door verschillen in de frequentie en de duur van de zorg, komt het percentage contacten waarbij een bepaalde discipline betrokken was niet overeen met de percentages cliënten waarmee deze te maken had.

Aanleiding tot het GGZ-contact en verleende zorg

Ondanks het globale karakter van de categorieën van problematiek (tabel 1) willen we toch nagaan wat hun verband is met de verkregen zorg. Bijna de helft (45%) van de kinderen met leer- en gedragsproblemen of met algemene gedragsproblemen bleef maximaal drie maanden in ambulante zorg. Kinderen met algemene gedragsproblemen werden in die periode wat vaker gezien dan die met leer- en gedragsproblemen: 33% respectievelijk 13% tenminste eenmaal per twee weken, 8% respectievelijk 13% minder dan eens per twee weken en 4% respectievelijk 13% slechts éénmaal.

Kinderen met gezinsproblemen of met psychosomatische klachten waren merendeels (75 resp. 79%) langer dan drie maanden in zorg. De eersten met een hogere frequentie dan de laatsten: respectievelijk 43 en 22% hadden langer dan drie maanden tenminste eens per twee weken contact. Van de kinderen met psychosomatische klachten werden relatief veel opgenomen (13%).

Van het groepje kinderen met gezins- en schoolproblemen had één slechts éénmaal contact, terwijl alle anderen langer dan drie maanden in zorg waren, veelal (36%), soortgelijk als de kinderen met alleen

gezinsproblemen, met een hoge contactfrequentie.

Gezinsbehandeling (33%) van alle kinderen) gebeurde relatief vaak bij psychosomatische klachten (48%) of bij algemene gedragsproblemen (46%), en niet minder dan verwacht bij gezinsproblemen (29%) of bij gezins- en schoolproblemen (27%).

Discussie

Epidemiologische gegevens over kinderen met psychiatrische stoornissen in Nederland zijn vrijwel niet beschikbaar (Van Engeland, 1983). Deze leemtes hebben wij niet kunnen opvullen, want maar een deel van hen wordt aangemeld bij de GGZ, de rest krijgt elders zorg of helemaal geen hulp. We hebben wel kunnen laten zien hoeveel kinderen in de GGZ terechtkomen, voor een deel zelfs bij meer dan één GGZ-instelling binnen één jaar. Verder toonden we wat voor zorg ze kregen en hoeveel. De bevindingen zijn alleen geldig in regio's met vergelijkbare voorzieningen en soortgelijke werkwijzen.

Van min of meer algemene aard lijken ons de volgende punten:

De noodzaak van een goed multiaxiaal classificatiesysteem. Veelal betreft een aanmelding meer personen dan alleen het kind met de stoornis. Bij de behandeling of begeleiding worden vaak meer personen uit een cliëntsysteem betrokken. Aan het stellen van de diagnose en de prognose en het kiezen van een behandeling nemen meestal meer behandelaars deel, met elk hun eigen optiek. Het zal de lezer zijn opgevallen, dat bij de presentatie van de bevindingen de problematiek van de bestudeerde cliënten ternauwernood ter sprake is geweest. Dit komt omdat een systematische en betrouwbare vastlegging die iedereen bevredigt, niet plaatsvindt. De typisch kinderpsychiatrische classificatiesystemen (ICD, DSM-III) zijn volgens sommigen niet valide en betrouwbaar (Verhulst, 1983) en laten volgens anderen te weinig ruimte voor psychosociale en puur sociale problematiek.

Juist in deze sector waarin vaak door meer behandelaars, dikwijls multidisciplinair, wordt samengewerkt aan de problematiek van een cliëntsysteem, is het van groot belang over een door allen geaccepteerd, multiaxiaal classificatiesysteem te beschikken. Het is te hopen dat de initiatieven die hiertoe op verschillende plaatsen in ons land worden genomen spoedig resultaat zullen hebben, ten behoeve van het multidisciplinair werken (Pyck, 1980), de evaluatie van bepaalde behandelmethoden of van kosten-batenanalyses.

Risicogroepen. Helaas zijn er vrijwel geen gegevens die ons kunnen helpen bij a) het opstellen van een preventief beleid en b) de vroegtijdige opsporing en behandeling van gestoorde kinderen en hun gezinnen. De cliëntenpopulatie van de GGZ dekt waarschijnlijk maar een deel van de totale morbiditeit onder kinderen. Pas wanneer alle instellingen op het terrein van de jeugd hun informatie hebben gebundeld, kunnen uitspraken worden gedaan over eventuele risicogroepen. Het is te

rискant om alleen af te gaan op gegevens van enkele van de voorzieningen (bijvoorbeeld alleen de GGZ).

Niet alleen face-to-face-contacten dienen te worden geregistreerd. Het is niet gemakkelijk om systematisch en betrouwbaar alle contacten met cliënten in de AGGZ te registreren, onder andere doordat nu eens op cliënten en dan weer op cliëntsystemen wordt gelet. Moeilijker wordt het wanneer andere activiteiten moeten worden vastgelegd. De door ons gepresenteerde bevindingen betroffen alleen face-to-face-contacten met cliënten en eventueel hun gezin. Het jeugdteam van de betrokken RIAGG is van plan een proefregistratie uit te voeren van de andere essentiële contacten met personen die thans buiten de registratie vallen: bijvoorbeeld contacten met de huis- of schoolarts, met de school, de onderwijzer, met het algemene of het psychiatrische ziekenhuis en met het tehuis of internaat. Om dergelijke activiteiten landelijk goed te kunnen vergelijken, moet eerst een systematische en betrouwbare registratie worden ontwikkeld. Dat dit een waardevolle aanvulling op de huidige gegevens betekent illustreert de volgende casus, waarin duidelijk naar voren komt dat meer hulpverleners betrokken zijn bij de behandeling en dat blijkt meer regel dan uitzondering.

Het gezin bestaat uit: man, vrouw en 3 kinderen in de leeftijd van 10, 5 en 3 jaar. Voor het oudste kind vragen de ouders hulp. Als klacht wordt genoemd agressief gedrag, hetgeen zowel thuis als op school voor veel conflicten zorgt. Er wordt een gezinsintake gedaan, wat ongeveer het volgende beeld geeft.

Het aangemelde kind is een voorkind van moeder. Moeder komt uit een slecht pedagogisch milieu. Ze ging een relatie aan met de vader van het betreffende kind, om te kunnen ontsnappen aan de ouderlijke situatie. Haar relatie liep vrij snel stuk, waarna er jaren volgden van heen en weer zwerven met het kind. Gedurende deze periode had deze vrouw contact met diverse hulpverlenende instanties.

Er ontstond pas een wat stabielere situatie toen ze erin slaagde een nieuwe relatie aan te gaan.

De opvoedingssituatie voor haar zoon was zeker niet optimaal te noemen en bleef problemen geven.

Dit manifesteerde zich vooral in sterke agressieve problematiek bij het kind die de moeder niet kon hanteren. Ze voelde zich door problemen weer falen terwijl haar partner nog slecht in staat was haar in haar rol van opvoeder te steunen. Daarnaast werd de zoon door de stiefvader slecht geaccepteerd.

De gezinsintake werd in het team besproken en er werd besloten tot nadere diagnostiek van het aangemelde kind. Een psychologisch onderzoek en een psychiatrisch onderzoek werden gedaan met aanvullende gegevens van de schooladvies- en -begeleidingsdienst.

Het behandelbeleid dat met behulp van deze gegevens werd opgesteld zag er als volgt uit: speltherapie voor het kind door de kinderpsychiater en ouderbegeleiding van een ander teamlid. Daarnaast volgde overleg met leerkrachten van de school en SABD en werd na enig overleg gekozen voor

schoolwijziging—omdat dit kind met normale intellectuele mogelijkheden in de schoolsituatie was vastgelopen zowel naar de leerkracht als naar de medeleerlingen.

Het kind werd overgeplaatst naar een kleinere school met meer mogelijkheden voor persoonlijkere aandacht. De nieuwe schoolsituatie werd door de twee betrokken hulpverleners begeleid gedurende een paar maanden en was erop gericht de leerkracht te steunen in het omgaan met deze problematische jongen.

Literatuur

- Brook, F. G., en G. H. M. M. ten Horn (1983), Een korte kennismaking met het Register Geestelijke Volksgezondheid, *VMBI-mededelingen*, 12, 18-22.
- Engeland, H. van (1983), *Child mental health and psychosocial development in the Netherlands: a national case study*. November.
- Fontaine, P. J. (1979), Werken met ouders in ambulante zorg. *T. v. orthoped. Kinderpsych.* IV, 4, 196-204.
- Giel, R., en G. H. M. M. ten Horn (1976), Een psychiatrisch register als basis voor planning, *T. v. Soc. Geneesk.*, 54, 148-153.
- Giel, R., en G. H. M. M. ten Horn (1981), De verhouding tussen hulpvraag en -aanbod: risicogroepen in de GGZ, *T. v. Psychiatrie*, 23, 504-521.
- Giel, R., en anderen (1983), Zorg afhankelijk, afhankelijk van de zorg. *Voor- dracht bijeenkomst registerinstellingen* 11 april, afd. Sociale Psychiatrie, RU Groningen.
- Jong-van Hof, B. H. de (1979), Kinderpsychiatrie, en de ouders in een ambulante setting. *T. Orthoped. Kinderpsych.* IV, 4, 192-195.
- Pyck, K. (1980), Multidisciplinaire samenwerking in de kinder- en jeugdpsychiatrie praktijk. *J. Orthoped. Kinderpsych.* V, 2, 77-89.
- Verhulst, F. C. (1983), DSM-III in de kinderpsychiatrie. *T. v. Psychiatrie*, 25, 127-141.