



Detectie van multi-probleemgezinnen via de JGZ

beantwoording in het kader van "Klein maar fijn"

mei 2007

Drs F.A.F. Kreuger,
onderzoekster CEPHIR

Vraagsteller:

Dhr. H. Visch, Afdelingshoofd van de Afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD Zuidhollandse Eilanden.

Datum selectie van de vraag:

5 april 2007

Datum beantwoording van de vraag:

30 mei 2007

Bron van de vraag:

De vraag is ingebracht door de GGD Zuidhollandse Eilanden.

Probleemstelling:

Vanuit de GGD Zuidhollandse Eilanden worden gezinscoaches ingezet in multi-probleemgezinnen. Voor het zoveel mogelijk vroegtijdig opsporen van deze gezinnen zou het wenselijk zijn als er een instrument kon worden ingezet waarmee deze via de JGZ kunnen worden gedetecteerd. Immers, via de JGZ staan het consultatiebureau en de GGD in contact met alle kinderen uit het werkgebied en daarmee indirect met alle gezinnen.

Vraagstelling:

Is er een instrument waarmee via de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar via het contact met het kind multi-probleemgezinnen kunnen worden geïdentificeerd?

Onderzoek uitgevoerd door

Fré Kreuger, onderzoeker CEPHIR, GGD Rotterdam-Rijnmond.

Advies: dr. F. Ory, Senior onderzoeker, TNO Kwaliteit van Leven; Mw. Drs. A. de Ruiter, jeugdarts, GGD Zuidhollandse Eilanden; Mw. M. Boorsma, operationeel manager Ouder- en Kindzorg, Careyn

Antwoord:

Er is apart gekeken voor de periode waarop de kinderen gezien worden op het consultatiebureau, waarop er via de JGZ contact is met de kinderen op de basisschool en waarop er via de JGZ contact is met de kinderen op het voortgezet onderwijs. De reden hiervoor is dat er voor deze drie situaties verschillende mogelijkheden zijn. Bij het antwoord is er zoveel mogelijk aangesloten bij de wijze waarop er momenteel in de regio Zuidhollandse Eilanden wordt gewerkt.

A. Instrument voor signalering van problematische opvoedingssituaties, van kinderen van 0 tot 2 jaar

Er zijn in het land een aantal programma's ontwikkeld voor het vroegtijdig opsporen van problematische opvoedingssituaties via het consultatiebureau met als doel passende ondersteuning te kunnen bieden. Met deze programma's kunnen multi-probleemgezinnen worden gedetecteerd, maar de programma's kijken naar problematische opvoedingssituaties in het algemeen en daarmee dus breder dan alleen naar multi-probleemgezinnen.

Een van de programma's voor het vroegtijdig opsporen van problematische opvoedingssituaties betreft het programma "Stevig Ouderschap" ¹. Dit is een programma dat is ontwikkeld vanuit het Leids Universitair Medisch Centrum. Het betreft een evidence based programma dat werkt met behulp van zes huisbezoeken door een jeugdverpleegkundige: als het kind van zes weken is en na 3, 6, 9, 12 en 18 maanden. Tussen het vijfde en zesde huisbezoek is een telefonisch consult. Tijdens de huisbezoeken komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- hantering van de eigen ontwikkelingsgeschiedenis
- beleving van het ouderschap

- verwachtingen ten aanzien van de ontwikkeling van het kind
- sociale steun
- verwijzing naar de juiste voorzieningen

Afhankelijk van de aard van de problemen kan op verschillende manieren hulp worden geboden:

- als de problemen niet al te ernstig zijn, kan de verpleegkundige zelf het gezin begeleiden
- bij wat ernstiger problemen kan er contact tot stand worden gebracht tussen de ouder en een hulpverlener (bijvoorbeeld maatschappelijkwerk of schuldsanering)
- er kan een vorm van gezinscoaching worden ingezet
- bij ernstige problemen: het gezin wordt voorgelegd aan een taakgroep bestaande uit maatschappelijk werk, bureau jeugdzorg en thuiszorg.

Naast het detecteren van problematische gezinssituaties is het vooral belangrijk dat er een omgeving is gecreëerd waarin zo snel mogelijk hulp kan worden geboden. Daarom is het van belang dat er een samenwerkingsverband wordt gevormd (gemeente, de thuiszorg, maatschappelijk werk, GGD en bureau jeugdzorg) die kan garanderen dat snelle en efficiënte doorverwijzing plaats kan vinden naar passende hulp. Daarbij is het dan natuurlijk van belang dat die passende hulp ook beschikbaar is.

Met mevrouw Boorsma, operationeel manager Ouder- en Kindzorg, is gesproken over de wijze waarop vroegtijdig detecteren van problematische gezinssituaties in haar regio plaatsvindt. In een deel van de regio Zuidhollandse Eilanden wordt gewerkt met het programma "Stevig Ouderschap"; namelijk op Goeree Overflakkee, de Hoekse Waard, en in Brielle en Bernisse. In de andere gemeentes is men geïnteresseerd, maar loopt men aan tegen financiële drempels.

Het advies van mevrouw Boorsma is om het programma "Stevig Ouderschap" ook in de andere gemeentes in te voeren. Daarnaast vindt zij het belangrijk dat er extra aandacht is voor het overkoepelende samenwerkingsverband. Met name vindt zij het van belang dat er afspraken worden gemaakt tussen de gemeentes en de instellingen over de coördinatie van zorg en over het toewijzen van de doorzettingmacht. Met doorzettingmacht wordt hier bedoeld de bevoegdheid om knopen door te hakken bij het maken en het handhaven van samenwerkingsafspraken. Met name in meer complexe situaties is dit van belang. De gemeente voert hierbij de regie. Op de Zuidhollandse Eilanden is dit nog onvoldoende geregeld.

Naast het hierboven genoemde kan nog worden gemeld dat Ouder- en Kindzorg in de regio Zuidhollandse Eilanden van de provincie subsidie heeft ontvangen om ingeval van risico-gezinnen zelf gespecialiseerde zorg in te zetten. Dit houdt in dat de indicatiestelling door bureau Jeugdzorg kan worden omzeild en de benodigde zorg snel kan worden geleverd.

B. Instrument voor signalering van problematische opvoedingssituaties, van kinderen van 4 tot 12 jaar

Voor de signalering van problematische opvoedingssituaties van kinderen tussen 4 en 12 jaar bestaat op dit moment geen specifiek instrument. Wel heeft de gemeente Breda de opdracht gegeven aan TNO Kwaliteit van Leven om via de JGZ op de basisschool problematische opvoedingssituaties op te sporen. Dit project staat echter nog in de startblokken. In overleg met de heer dr. F. Ory, senior onderzoeker JGZ bij TNO Kwaliteit van Leven, is gesproken over de wijze waarop deze vroegtijdige opsporing vorm zou kunnen krijgen. Hierbij is de inzet van de vragenlijst SDQ (strengths and difficulties questionnaire) naar voren gekomen. De SDQ is een vragenlijst die door de GGD Nederland is aangewezen voor het meten van psychosociale problematiek bij kinderen van 7 tot 12 jaar² en die door de ouder ten aanzien van het kind moet worden ingevuld. Het is een relatief eenvoudige vragenlijst die in korte tijd kan worden ingevuld. Omdat het waarschijnlijk wordt geacht dat een problematische opvoedingssituatie zal samengaan met psychosociale problematiek bij het kind, kan de SDQ worden gebruikt als een voorselectie om problematische gezinssituaties op te sporen tijdens de twee contactmomenten van de JGZ op de basisschool (groep 2 en groep 7). Aan de ouder kan voorafgaand aan het contact met jeugdarts of de jeugdverpleegkundige worden gevraagd om deze vragenlijst in te vullen. Bij een positieve score kan een gesprek met de ouder worden aangevraagd. Om in dit gesprek met de ouder problemen in de gezinssituatie naar boven te krijgen, kan gebruik worden gemaakt van het zogenaamde protocol Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling³. Dit protocol is door de afdeling pedagogiek en onderwijskunde van de

universiteit van Amsterdam ontwikkeld voor afname op het consultatiebureau, maar zou kunnen worden aangepast voor ouders met kinderen op de basisschool. Volgens het protocol worden vijf domeinen ter sprake gebracht:

- competentie van de ouder,
- steun van de partner,
- sociaal netwerk,
- gezondheid van het kind
- dagelijkse problemen zoals bijvoorbeeld schulden.

Aangezien de SDQ geen instrument is dat problematische gezinssituaties meet, maar is ontwikkeld ten behoeve van het vaststellen van psychosociale problematiek bij kinderen, moet er rekening mee worden gehouden dat allerhande problematiek bij het kind naarvoren kan komen. Het hulpaanbod zal hierop moeten worden afgestemd. Opnieuw is dus een goed samenwerkingsverband van belang met hulpverlenende instanties.

Aangezien de leerkracht een kind gedurende langere tijd in zijn of haar vizier heeft, is het zinvol om de leerkracht te betrekken. Dit kan bijvoorbeeld door voorafgaand aan het JGZ-contactmoment met de leerkracht te spreken over zijn of haar observaties.

Mogelijk zullen ouders van probleemgezinnen niet altijd op een afspraak met de jeugdarts verschijnen. Het lijkt zinvol om ouders die niet reageren op een afspraak met de jeugdarts of verpleegkundige actief te benaderen. Ook kan via maatschappelijk werk worden nagegaan of deze ouders bij de hulpverlening bekend zijn.

Met mevrouw de Ruiter, jeugdarts bij de GGD Zuidhollandse Eilanden, is gesproken over de huidige werkwijze bij deze GGD. Het blijkt dat er in belangrijke mate al op bovenstaande wijze wordt gewerkt: in groep twee wordt een LSPPK-onderzoek (Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problematiek Kleuters) uitgevoerd, met als doel vroegtijdige signalering van psychosociale problemen bij kleuters. De uitkomst op deze lijst wordt besproken met de ouders. Voor het consult in groep zeven wordt er (nog) niet gewerkt met de SDQ, maar een aantal verpleegkundigen gaat binnenkort op cursus om met deze lijst te gaan werken. In het algemeen is er binnen de GGD Zuidhollandse Eilanden al jarenlang veel extra aandacht voor kindermishandeling. Binnen de scholen zijn een aantal MIS-functionarissen aangesteld. Dit zijn leerkrachten die er op worden getraind om signalen van kindermishandeling te herkennen en om de gesprekken hierover te kunnen voeren met kinderen en met ouders. Er is actief contact tussen scholen en de JGZ- artsen of verpleegkundigen met betrekking tot het melden en bespreken van problemen onder de kinderen. Ook is er een goed functionerend samenwerkingsverband tussen de hulpverlenende instanties waardoor ouders en/of kinderen snel kunnen worden doorverwezen. Op het moment dat ouders niet verschijnen voor een afspraak, wordt er actief contact gezocht met de ouders. De jeugdartsen bepalen zelf hoe zij dat doen en op welk moment zij dat doen.

Door mevrouw de Ruiter wordt wel benadrukt dat het van groot belang is dat er een goede en volledige overdracht plaatsvindt van het dossier van het consultatiebureau naar de jeugdartsen. Op dit moment vindt dat niet altijd plaats. Aansluitend daarop zou er meer systematisch dan nu gebeurt in de werkwijze van de jeugdartsen moeten worden opgenomen dat er in geval van problemen direct contact wordt opgenomen met de ouders als het kind wordt overgedragen vanuit het consultatie-bureau. Dan kan direct hulp worden geboden.

Ook het outreachend werken waarbij ouders die niet reageren op een oproep actief worden benaderd, zou meer systematisch in de werkwijze kunnen worden opgenomen.

C. Instrument voor signalering van problematische opvoedingssituaties, van kinderen van 12 tot 19 jaar

Ook voor de signalering van problematische opvoedingssituaties van kinderen tussen 12 en 19 jaar bestaat op dit moment geen specifiek instrument. In de leeftijd tussen 12 en 19 jaar is één contactmoment met de JGZ; namelijk in klas 3. Voor het bepalen van de psychosociale gesteldheid van een jongere in klas 3 van het voortgezet onderwijs kan mogelijk gebruikgemaakt worden van de (door de jongere) zelf in te vullen versie van de SDQ. Anders dan de ouderversie voor kinderen van 7 tot 12 jaar is deze vragenlijst niet gevalideerd voor de Nederlandse situatie. Net als voor kinderen op de basisschool kan deze vragenlijst worden gebruikt als voorselectie voor problematische gezinssituaties, door in geval van een

positieve score op de SDQ de ouder voor een gesprek uit te nodigen en in dat gesprek de domeinen van het DMO-protocol na te vragen.

Ook hier is het zinvol om de school bij het proces te betrekken en om ouders actief te benaderen op het moment dat zij niets van zich laten horen.

Conclusie:

Er is apart gekeken voor de periode waarop de kinderen gezien worden op het consultatiebureau, via de JGZ op de basisschool en via de JGZ op het voortgezet onderwijs.

Voor het consultatiebureau bestaat er een gevalideerd programma "Stevig Ouderschap" waarmee problematische opvoedingssituaties kunnen worden gesignaleerd en waarmee in een deel van de regio van de Zuidhollandse Eilanden ook wordt gewerkt.

Voor het signaleren van problematische opvoedingssituaties op de basisschool en in het voortgezet onderwijs bestaat geen pasklaar instrument. In deze situatie kan worden gedacht aan een tweetraps - system: Ervan uitgaande dat in veel gevallen problematische opvoedingssituaties samengaan met psychosociale problematiek bij het kind, en ervan uitgaande dat psychosociale problematiek bij het kind een van de belangrijkste redenen is om problematische opvoedingssituaties te signaleren, kan er in eerste instantie worden geselecteerd op kinderen met deze problematiek. Door de GGD Nederland is de SDQ aangewezen als instrument om psychosociale problematiek bij kinderen van 7 tot 12 jaar te signaleren. In de regio Zuidhollandse Eilanden is men bezig om zich op het werken met deze vragenlijst te oriënteren. De SDQ is voor oudere kinderen beschikbaar, zowel in een kind-, als in een ouder- en leerkrachtversie. Voor de oudere kinderen is deze lijst echter nog niet voor de Nederlandse situatie gevalideerd. Als tweede stap kan bij kinderen met psychosociale problematiek een gesprek met de ouder(s) worden aangevraagd waarbij met behulp van het DMO-protocol de opvoedings- en gezinssituatie wordt besproken. Het DMO-protocol is ontwikkeld voor ouders van pasgeboren kinderen en zal dus voor het gebruik bij ouders met oudere kinderen moeten worden aangepast.

Wetenschappelijke verantwoording

1: Stevig Ouderschap

Het project is ontwikkeld en geëvalueerd in de periode tussen 2001 en 2005 in de provincie Zuid Holland, met als doel om een interventie te ontwikkelen die ernstige opvoedingsproblemen kan voorkomen waaronder kindermishandeling.

Bijna 9000 gezinnen in het noordelijk deel van Zuid Holland kregen een vragenlijst via het consultatiebureau om risicofactoren voor kindermishandeling op te sporen. 14% van de gezinnen die reageerden behoorden tot de risicogroep. Uiteindelijk waren 500 gezinnen bereid om deel te nemen aan het onderzoek. Aan de helft van deze gezinnen werd de interventie aangeboden, de andere helft van de gezinnen kreeg de gewone jeugdgezondheidszorg en vulde vragenlijsten in.

De interventie bestond uit zes huisbezoeken in de eerste anderhalf jaar na de geboorte van een kind: na zes weken en na 3, 6, 9, 12 en 18 maanden. Tussen het vijfde en zesde huisbezoek vond een telefonisch consult plaats. Tijdens de huisbezoeken werd door een getrainde wijkverpleegkundige de onderstaande onderwerpen besproken. De keuze voor de onderwerpen is gebaseerd op de theorieën van Belsky, Newberger en Baartman ten aanzien van factoren rondom verwaarlozing en kindermishandeling:

- hantering van de eigen ontwikkelingsgeschiedenis
- beleving van het ouderschap
- verwachtingen ten aanzien van de ontwikkeling van het kind
- sociale steun
- verwijzing naar de juiste voorzieningen

In een derde van de gezinnen uit de interventiegroep verwezen de verpleegkundigen door naar gespecialiseerde gezinszorg, schuldhelpverlening of een relatietherapeut.

Het effect werd gemeten na 12 maanden en na twee jaar. De ouders uit de interventie groep doen het na twee jaar significant beter dan de controlegroep. De kinderen ontwikkelden zich beter. De ouders waren empathischer geworden en gebruikte verschillende alternatieven voor fysieke straffen bij het corrigeren van ongewenst gedrag. Daarnaast gingen deze ouders minder vaak naar de huisarts en kwamen ze de afspraak op het consultatiebureau vaker na. De ouders maakten meer gebruik van psychosociale ondersteuning en het AMK rapporteerde meer meldingen van andere dan de interventie-jeugdverpleegkundigen in de vergelijkingsgroep. Ook waren de ouders uit de interventiegroep zeer tevreden over de huisbezoeken en ervoeren ze het contact met de verpleegkundige als zeer goed. De verpleegkundigen gaven na 13 maanden met de methode te hebben gewerkt aan dat zij moeilijke onderwerpen beter bespreekbaar vonden en dat ze alerter waren op risicosituaties.

Een belangrijk knelpunt van de methode is dat circa 45% van de ouders die met de vragenlijst zijn benaderd, niet reageert. Nonresponsonderzoek toonde aan dat de nonrespondenten significant verschilden van de respondenten. De nonrespondenten bleken in belangrijke mate te lijken op de risicogezinnen die zijn geselecteerd via de vragenlijst. Het wordt erg belangrijk gevonden om een ander instrument in te zetten op de nonrespondenten alsnog te selecteren. De selectievragenlijst is in ieder geval vertaald in het Engels, Frans, Turks en Arabisch, en kan ook mondeling worden afgenomen.

Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2006) *Early Home Visitation in Families at Risk for Child Maltreatment*. Proefschrift; Rotterdam: Optima

2: Gebruik SDQ kinderen 7 tot 12 jaar

De GGD Nederland heeft in 2005 besloten om de ouder-versie van de SDQ in te voeren als instrument voor de JGZ om psychosociale problemen bij 7 tot 12 -jarigen op te sporen. De achtergrond van deze beslissing was een onderzoek van TNO Kwaliteit van leven, in opdracht van de GGD Nederland, waarin drie vragenlijsten (de PSC, de PSYBOBA, en de SDQ) werden vergeleken op hun vermogen om zoveel mogelijk problemen bij kinderen te identificeren. Uitgaande van een specificiteit van tenminste 0,90 voor de JGZ-praktijk en voor signalering gedurende een PGO kwamen de PSYBOBA en de SDQ daarbij min of meer als even geschikt naar voren. De lijsten werden onderzocht op psychometrische eigenschappen, epidemiologische eigenschappen en op bruikbaarheid voor ouders en JGZ- medewerkers. En wordt aanbevolen om de SDQ als een eendimensionaal instrument te gebruiken: de lijst bevat vijf sub schalen, deze zijn afzonderlijk echter minder betrouwbaar.

De uiteindelijke keuze voor de ouder-versie van de SDQ is gebaseerd op het feit dat de Inventgroep dit instrument heeft geadviseerd voor gebruik in verschillende sectoren waaronder, het onderwijs, peuterspeelzalen, kinderopvang en de huisarts. Ook speelt mee dat de SDQ aangevuld met een aantal extra vragen (de lijst heet dan Spsy) gebruikt zal gaan worden bij de bureaus Jeugdzorg en dat het instrument positief is beoordeeld door de landelijke werkgroep Jeugdmonitor. De SDQ is een internationale vragenlijst die beschikbaar is voor een brede leeftijdsgroep in zowel een kind-, ouder- als leerkrachtversie.

Voor een handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg, opgesteld vanuit de GGD Nederland, zie bijlage 1.

AGC Vogels, MR Crone, F Hoeksta, SA Reijeneveld. Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar. TNO Kwaliteit van Leven, 2005.
JJM Hermanns, F Öry, G Schrijvers. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over Vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Inventgroep, September 2005.

3: Protocol DMO

Het protocol is ontwikkeld door de Universiteit van Amsterdam, in opdracht van de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling van de gemeente Amsterdam. De opdracht was om een instrument te ontwikkelen voor het vroegtijdig onderkennen van eventuele hulpvragen van ouders van pasgeboren kinderen. Voor de ontwikkeling van het protocol is uitgegaan van een ontwikkelingsmodel waarin de belangrijkste (risico- en protectieve) factoren zijn verwerkt die van invloed zijn op de hechting tussen ouder en kind: competentie van de ouder, relatie met de partner, sociaal netwerk, welbevinden van het kind en maatschappelijke omstandigheden.

Er is gekozen voor een interview boven een vragenlijst omdat een gesprek het contact bevordert, en het ook mogelijkheden biedt voor een groter bereik, bijvoorbeeld in verband met gebrekkige taalbeheersing van de ouder(s).

De interne en de externe validiteit van het protocol zijn onderzocht met behulp van een experimentele groep en een controlegroep. De interne validiteit geeft aan in hoeverre een instrument datgene meet waar het voor is ontwikkeld en de externe validiteit geeft aan in hoeverre het instrument in een andere situatie dan die waarin het instrument was ontwikkeld nog steeds hetzelfde meet. De experimentele groep bestond uit 58 gezinnen waarvan uiteindelijk vanwege verhuizing en andere persoonlijke omstandigheden bij 16 gezinnen een complete dataset is verzameld. Van de controlegroep zijn van de aanvankelijk deelnemende 198 gezinnen 87 gezinnen tot het eind binnen het onderzoek gebleven. Binnen de steekproef werd gekozen voor gezinnen met een relatief hoog risiconiveau die de Nederlandse taal in ieder geval redelijk beheersten.

De externe validiteit is gemeten door bij een deel van de gezinnen uit de controlegroep de resultaten van de gangbare werkwijze van het consultatiebureau te vergelijken met de uitkomst van het protocol-interview door een onafhankelijk onderzoeker. Hieruit kwam naar voren dat het protocol-interview tenminste evenveel aan risicofactoren kan signaleren als de reguliere praktijk. Ook werd de externe validiteit gemeten door de uitkomsten van het protocol-interview te vergelijken met scores op een aantal gestandaardiseerde vragenlijsten. De uitkomsten van deze vergelijking gaven een matige overeenkomst ten aanzien van de vijf onderscheiden domeinen van het protocol. Ten aanzien van deze matige overeenkomst gaven de ouders aan dat de beschreven situatie verschillend was op de twee meetmomenten (protocol en vragenlijsten). Dit kan worden gezien als een signaal dat wijst op een grote instabiliteit in het gezin in de periode vlak na de geboorte van een kind.

De interne validiteit werd gemeten met behulp van een factoranalyse over met behulp van het protocol-interview afgenomen uitkomstformulieren. Gezien het geringe aantal deelnemende risicogezinnen in het onderzoek waarvan alle data waren verzameld, werden bij deze analyse is ook resultaten betrokken van een proefproject van "Samen Starten" (een met "Stevig Ouderschap" vergelijkbaar programma). Dit project liep vrijwel gelijktijdig en maakte gebruik van hetzelfde DMO-protocol. Uit deze analyse kwam naar voren dat de binnen het protocol onderscheiden vijf domeinen in een belangrijke mate werden teruggevonden in de verzamelde data.

Het effect van de training aan de medewerkers van het consultatiebureau werd gemeten met behulp van video-opnames. Uit opnames gemaakt enkele maanden na afronding van de training blijkt dat het protocol

na verloop van tijd beter werd uitgevoerd dan direct na de training. Door de medewerkers werd zelf aangegeven dat ze enige tijd nodig hadden om zich vertrouwd te maken met het protocol. Uiteindelijk kan worden geconcludeerd dat mits volgens plan uitgevoerd, aan de hand van het protocol meer en sneller gesignaleerd kan worden dan binnen de gemiddelde traditionele praktijk. Verder kan worden geconcludeerd dat de in het protocol verwerkte vijf aandachtspunten ten behoeve van de hechting tussen ouders en kind met het interview ook daadwerkelijk worden gemeten. Er moet wel rekening worden gehouden met een instabiele gezinssituatie vlak na de geboorte van een kind.

NJ Tan, DC van den Boom, JJM Hermans. Protocol ter ondersteuning van de sociaal-emotionele ontwikkeling: een volgsysteem voor consultatiebureaus (0-4 jarigen). Ontwikkeld in opdracht van DMO. Universiteit van Amsterdam. Juli 2005

Bijlage 1:

De handleiding voor het gebruik van de SDQ kunt u vinden op het GGD kennisnet onder zoeknummer 35285