

Verwijscriteria JGZ-richtlijn 'Voeding en eetgedrag' geven aanleiding tot veel verwijzingen

Jacqueline A. Deurloo, Paula van Dommelen, Jeroen de Wilde, Paul H. Verkerk

Samenvatting

Inleiding

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) richtlijn 'Voeding en eetgedrag' heeft onder andere als doel het tijdig signaleren van (een risico op) een voedingsstoornis of eetstoornis. Op basis van consensus zijn verwijscriteria op basis van biometrische gegevens opgesteld. Het doel van dit onderzoek is nagaan tot hoeveel verwijzingen de verwijscriteria zullen leiden bij het strikt toepassen hiervan.

Methoden

Een retrospectieve cohortstudie. Er is gebruik gemaakt van geanonimiseerde biometrische gegevens verzameld bij 38.026 kinderen waarvan de ouders in Nederland zijn geboren (2012-2016, JGZ Den Haag). Per leeftijdperiode is voor elk verwijs criterium gericht op lengte en/of gewicht onderzocht welk percentage kinderen hieraan voldoet.

Resultaten

Het percentage kinderen dat voldeed aan de verwijscriteria varieerde, afhankelijk van het criterium, van 2% (afname in gewicht-naar-lengte, 1 - <4 jaar) tot 85% (afname in lengtegroei, 0 - <1 jaar).

Beschouwing

Een deel van de verwijscriteria gebaseerd op biometrische gegevens leidt bij strikte toepassing tot hoge verwijpercentages. Vanwege de belangrijke rol van omgevings- en psychosociale factoren zijn anamnese en lichamelijk onderzoek van cruciaal belang bij het bepalen van vervolgstappen. Verschillende verwijscriteria dienen op korte termijn te worden aangepast. Tevens dient er een validatiestudie te worden opgezet.

Auteursgegevens

Dr. Jacqueline A. Deurloo, Arts Maatschappij en Gezondheid, onderzoeker. TNO Child Health, Leiden, Nederland. Tevens werkzaam bij GGD Hollands Noorden, Alkmaar, Nederland.

Dr. Paula van Dommelen, Statisticus, onderzoeker, TNO Child Health, Leiden, Nederland

Dr. Jeroen de Wilde, Arts Maatschappij en Gezondheid, jeugdarts, universitair hoofddocent. Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland

Dr. Paul H. Verkerk, arts Maatschappij en Gezondheid niet praktiserend en epidemioloog. TNO Child Health, Leiden, Nederland

Correspondentieadres: Jacqueline Deurloo: TNO Child Health, Postbus 3005, 2301 DA Leiden. Jacqueline.deurloo@tno.nl.

Summary

Objective

One of the goals of the guideline 'Nutrition and eating behaviour' for Dutch Preventive Youth Health Care is to timely detect children with (a risk of) malnutrition or eating disorder. Referral criteria based on biometric data have been established through consensus. The goal of this study is to determine the number of referrals based on strict application of the referral criteria in the guideline.

Methods

A retrospective cohort study based on anonymized biometric data collected from 38.026 children whose parents were born in the Netherlands (2012-2016, Preventive Youth Health Care, The Hague). Per age category, for each referral criterion, the percentage of children meeting the criterion was examined.

Results

The percentages of children meeting the referral criteria varied, depending on the criterium, from 2% (decrease in weight-for-height, 1 - <4 years) to 85% (decrease in height growth, 0 - <1 year).

Conclusion

Some of the referral criteria based on biometric data would lead to high referral rates if they would be strictly followed. Because of the important role of environmental and psychosocial factors, medical history and physical examination are crucial when determining if referral is necessary. Several referral criteria need to be adjusted in the short term. Additionally, a validation study should be conducted.

Trefwoorden/keywords (max 5):

Groei, lengte, gewicht, ondervoeding.

Growth, height, weight, malnutrition.

Inleiding

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) krijgt veel vragen van ouders of verzorgers over voeding, eetgedrag en groei. In 2013 verscheen de JGZ-richtlijn 'Voeding en eetgedrag' (1). Deze richtlijn bevat aanbevelingen voor voorlichting, advies, signaleren/verwijzen en begeleiding bij voedings- en eetproblemen in de JGZ. Bij de ontwikkeling werd nauw samengewerkt met onder andere de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). De NVK ontwikkelde tegelijkertijd de richtlijn 'Somatische oorzaken afwijkend voedingsgedrag' (2). In de JGZ-richtlijn worden dezelfde verwijscriteria gebruikt als die in de NVK-richtlijn voor het vroegtijdig signaleren en verwijzen bij (een risico op) een voedingsstoornis of eetstoornis. Zowel in de samenvatting als in de hoofdtekst van de JGZ-richtlijn zijn verwijscriteria geformuleerd die uitsluitend gebaseerd zijn op basis van biometrische gegevens. Er staat dus niet bij dat naast deze criteria ook anamnese en lichamelijk onderzoek meegenomen moeten worden bij de beoordeling tot verwijzing. Elders in de richtlijn dan waar de verwijscriteria staan staat wel dat "*Aan de hand van de bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek, in samenspraak met ouders, wordt beoordeeld of verwijzing geïndiceerd is.*". Zoals het nu in de richtlijn staat is het niet duidelijk dat deze bevindingen ook bij de biometrische verwijscriteria meegenomen moeten worden.

De verwijscriteria op basis van biometrische gegevens zijn op basis van consensus tot stand gekomen, onderzoek naar de validiteit van deze criteria ontbreekt. Chronische ondervoeding wordt gedefinieerd

als een afbuiging in de lengtegroecurve van 0,25 SD binnen 1 jaar bij kinderen vanaf 4 jaar (2). In een eerdere studie (3) is een criterium onderzocht dat hiermee overeenkomt, alleen verschilde de leeftijd waarop dit criterium van toepassing was. In plaats van ≥ 4 jaar werd in deze eerdere studie uitgegaan van jongens van 3-10 jaar en meisjes van 3-9 jaar. Het bleek dat dit criterium leidt tot onacceptabel veel verwijzingen (31,5%). Het vermoeden bestaat daarom dat ook de verwijscriteria uit de JGZ-richtlijn 'Voeding en eetgedrag' gepaard kunnen gaan met een groot aantal verwijzingen.

Het doel van dit onderzoek is nagaan tot hoeveel verwijzingen de verwijscriteria van de JGZ-richtlijn 'Voeding en eetgedrag' zullen leiden bij strikte toepassing.

Methode

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens uit het digitaal dossier van de JGZ Den Haag in de periode 2012-2016. Het betreft alle metingen van lengte en gewicht van Nederlandse kinderen, zowel van de reguliere contactmomenten als van de contactmomenten op indicatie.

Lengte standaarddeviatie score (SDS) is gebaseerd op de Vijfde Landelijke Groeistudie (4), gewicht en gewicht-naar-lengte SDS is gebaseerd op de Derde Landelijke Groeistudie (5). Deze laatste groeistudie wordt beschouwd als 'gezonde normpopulatie' van voor de obesitas-epidemie. In de huidige gewicht en gewicht-naar-lengte groeidiagrammen zijn ook de referenties gebaseerd op deze Derde Landelijke Groeistudie gebruikt, om te voorkomen dat de referentiewaarden verschuiven omdat er steeds meer kinderen met overgewicht zijn. Extreme waarden op lengte SDS en gewicht zijn beschouwd als uitbijters en verwijderd. Als meerdere metingen binnen een week plaatsvonden, werd alleen de eerste meting geselecteerd.

Het verwijscriterium *Gewichtsverlies > 10% (of meer dan -2,5 SD) in eerste elf levensdagen* is niet onderzocht, omdat er geen data over het geboortegewicht beschikbaar waren en de JGZ over het algemeen pas vanaf de leeftijd van 14 dagen het gewicht bepaalt.

De volgende selectiecriteria zijn toegepast:

- Geslacht en leeftijd aanwezig;
- Lengte of gewicht aanwezig;
- Minimaal 7 dagen en maximaal 18 jaar oud;
- Kinderen met Nederlandse ouders (om het effect van etniciteit op de groei uit te sluiten).
- De aanwezigheid van minimaal twee metingen binnen een specifieke periode en leeftijdsgroep, bij de verwijscriteria die gaan over een verandering binnen 3 maanden of 1 jaar binnen een leeftijdsgroep (0 - <1 jaar, 1 - <4 jaar, 4 - <19 jaar);
- De aanwezigheid van minimaal twee metingen die minimaal één jaar uiteen liggen binnen een leeftijdsgroep, bij verwijscriteria die gaan over een afname per jaar vanaf de leeftijd van 1 jaar.

Vervolgens is per verwijscriterium onderzocht welk percentage van de kinderen aan dit criterium voldeed.

Een deel van de verwijscriteria was niet correct of logisch geformuleerd. Bij verwijscriteria die een bovengrens aangeven, hebben we deze bovengrens verwijderd. Bijvoorbeeld een afname in lengtegroei 0,5-1 SD/jaar is omgezet naar een afname van $\geq 0,5$ SD/jaar, omdat een bovengrens niet logisch is bij dit

criterium. Een afname in lengtegroei 0,25 SD/jaar hebben wij geïnterpreteerd als $\geq 0,25$ SD/jaar. Bij het verwijscriterium dat gaat over een afname van minimaal 0,5 lengte SD/jaar in het eerste levensjaar kan geen enkel kind per definitie een geheel jaar hebben voltooid gezien het verwijscriterium. We nemen daarom aan dat er gecorrigeerd moet worden voor de tijdsduur tussen twee metingen (bijvoorbeeld 0,25 SD per 6 maanden komt overeen met 0,5 SD/jaar en voldoet daarmee aan het criterium, etc.). Verandering in gewicht/leeftijd > -1 SD binnen 3 maanden hebben wij geherformuleerd naar afname in gewicht-naar-lengte > 1 SD binnen 3 maanden. Ook verandering in gewicht/lengte van > -1 SD binnen 3 maanden hebben we geherformuleerd naar afname in gewicht-naar-lengte > 1 SD binnen 3 maanden.

Ethische goedkeuring

Dit onderzoek valt niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO). Het onderzoek is goedgekeurd door de interne toetsingscommissie mensgebonden onderzoek van TNO (dossiernummer: 2023-115).

Resultaten

In totaal waren data van 38.026 kinderen (49% meisjes, 51% jongens) beschikbaar voor de analyses. Van deze kinderen waren er 133.403 lengtemetingen en 156.393 gewichtmetingen aanwezig. Van deze metingen vond 49% tussen 0 - <1 jaar plaats, 30% tussen 1 - <4 jaar en 21% tussen 4 - <19 jaar.

Voor de leeftijdsperiode 0 - <1 jaar bevat de JGZ-richtlijn twee verwijscriteria op basis van biometrische gegevens: verandering in gewicht-naar-leeftijd en afbuigende lengtegroei (tabel 1). Het verwijscriterium gebaseerd op gewicht leidde tot een verwijsperscentage van 12%. Het verwijscriterium gebaseerd op afbuigende lengtegroei leidde tot een verwijsperscentage van 85%.

Voor de leeftijdsperiode 1 - <4 jaar bevat de richtlijn twee verwijscriteria op basis van biometrische gegevens: verandering in gewicht-naar-lengte en afname in lengtegroei (tabel 1). Het verwijscriterium gebaseerd op verandering in gewicht-naar-lengte leidde tot een verwijsperscentage van 2%. Het verwijscriterium afname in lengtegroei leidde tot een verwijsperscentage van 19%.

Voor de leeftijdsperiode 4 - <19 jaar bevat de richtlijn één verwijscriterium op basis van biometrische gegevens: afname in lengtegroei (tabel 1). Dit criterium leidde tot een verwijsperscentage van 8%.

Tabel 1. Verwijscriteria gebaseerd op biometrische gegevens uit de JGZ-richtlijn ‘Voeding en eetgedrag’ (2013), weergegeven per leeftijdperiode (N=38.026). Per verwijs criterium is berekend welk percentage van de kinderen aan dit criterium voldeed.

Leeftijd	Criterium zoals beschreven in richtlijn	Criterium zoals gehanteerd in dit artikel	Den Haag data – NL ouders% (95%BI) verwijzingen (kinderen met volledige gegevens: zie voetnoot)
0 - <1 jaar	Verandering in gewicht/leeftijd > -1 SD binnen 3 maanden	Afname in gewicht-naar-leeftijd > 1 SD binnen 3 maanden	12,1 (11,5-12,7) ¹
	Afname in lengtegroei 0,5-1 SD/jaar	Afname in lengtegroei $\geq 0,5$ SD/jaar ongeacht de tijdsduur tussen de twee metingen ²	85,2 (84,5-85,8) ³
1 - <4 jaar	Verandering in gewicht/lengte van > -1 SD binnen 3 maanden	Afname in gewicht-naar-lengte > 1 SD binnen 3 maanden	2,2 (1,6-3,0) ¹
	Afname in lengtegroei 0,5-1 SD/jaar, verwijzing overwegen	Afname in lengte-naar-leeftijd $\geq 0,5$ SD/jaar	19,0 (18,2-19,9) ³
4 - <19 jaar	Afname in lengtegroei van 0,25 SD binnen 1 jaar	Afname in lengte-naar-leeftijd $\geq 0,25$ SD/jaar	8,2 (7,5-9,0) ⁴

BI = betrouwbaarheidsinterval; SD = standaarddeviatie

¹Gebaseerd op kinderen met minimaal 2 metingen binnen 3 maanden in deze leeftijdperiode.

²Gecorrigeerd voor de tijdsduur tussen twee metingen (bijvoorbeeld $\geq 0,25$ SD per 6 maanden, etc.), omdat geen enkel kind per definitie een geheel jaar kan hebben voltooid volgens het criterium.

³Gebaseerd op kinderen met minimaal 2 metingen in deze leeftijdperiode.

⁴Gebaseerd op kinderen met minimaal 2 metingen met een tijdsduur van minimaal 1 jaar tussen de metingen.

Beschouwing

In dit onderzoek is onderzocht tot hoeveel afwijkende uitslagen de verwijscriteria uit de JGZ-richtlijn ‘Voeding en eetgedrag’ leiden. De percentages kinderen die voldoen aan de verwijscriteria blijken voor de meeste verwijscriteria (zeer) hoog te zijn. Eén criterium (*Afname in lengtegroei van minimaal 0,5 SD/jaar* in de periode 0-1 jaar) leidde zelfs tot een verwijspercentage van 85%. Oftewel 85% van alle kinderen zou in het eerste levensjaar bij strikte toepassing naar een huisarts of kinderarts verwezen moeten worden.

Bij de uitvoering van dit onderzoek bleek dat de verwijscriteria soms niet correct of logisch waren. Dit kan bij JGZ-professionals leiden tot verschillende interpretaties en toepassing van de criteria. Zo lijkt het criterium ‘*Afname in lengtegroei 0,5-1 SD/jaar in de periode 0-1 jaar*’ een bovengrens van 1 SD/jaar te impliceren, maar een bovengrens is niet logisch bij dit criterium. Verder is het onduidelijk dat er gesproken wordt over een afname van 0,5-1 SD/jaar terwijl de leeftijdperiode waarvoor dit geldt slechts 1 jaar duurt (0-1 jaar). Het is niet duidelijk hoe dit verwijs criterium kan worden geïnterpreteerd door de JGZ-professional als de tijdsduur tussen 2 metingen korter is dan een jaar. Mogelijk wordt bedoeld dat de tijdsduur tussen twee metingen in deze leeftijdperiode omgerekend moeten worden naar een jaar (0,3 SD in 3 maanden is omgerekend 1,2 SD/jaar), maar dit wordt niet uitgelegd in de richtlijn. Voor het criterium ‘*Verandering in gewicht/lengte van > -1 SD binnen 3 maanden*’ is onduidelijk of het hier alleen om een afname van gewicht-naar-lengte gaat, of dat een toename ook tot verwijzing moet leiden. Het is daarom aannemelijk dat JGZ-professionals de criteria mogelijk niet uniform toepassen.

Het verwijscriterium '*Afname in lengtegroei van 0,25 SD binnen 1 jaar*' bij kinderen ouder dan 4 jaar is in het verleden al eens onderzocht. Van Buuren et al. concludeerden toen dat dit verwijscriterium zou leiden tot een verwijsperscentage van 31,5% (3). Dat is aanzienlijk hoger dan de 8,2% dat in het huidige onderzoek is gevonden. De verklaring voor dit verschil is te vinden in de gehanteerde definitie van het criterium. In de studie van Van Buuren et al. zijn alle metingen meegenomen, ook de metingen die minder dan een jaar uit elkaar lagen (3). Er is vervolgens gecorrigeerd voor een jaar. Als bijvoorbeeld het verschil tussen 2 metingen in 6 maanden tijd 0,2 SD was, dan is het verschil over een jaar gelijkgesteld aan 0,4 SD. In het huidige onderzoek is uitgegaan van minimaal een jaar tussen twee metingen en metingen met een kortere tijdsduur tussen de metingen zijn niet meegeteld. Daarnaast kan mogelijk meespelen dat in de studie van Van Buuren (3) meer meetpunten per kind aanwezig waren dan in deze studie. Hoe meer meetpunten een kind heeft, hoe groter de kans is dat een kind voldoet aan een verwijscriterium.

Het doel van de verwijscriteria is het tijdig signaleren van (een risico op) een voedingsstoornis of eetstoornis. Het is daarom interessant om te kijken naar de prevalentiecijfers van deze aandoeningen en hoe deze zich verhouden tot onze bevindingen. Recente cijfers van het aantal kinderen en jongeren met een eetstoornis ontbreken. Onderzoek uit 1997 laat zien dat ongeveer 0,6 procent van de 13- tot 18-jarigen lijdt aan anorexia of boulimia nervosa (7). De verwijscriteria gericht op chronische ondervoeding, waaronder mogelijke eetstoornissen ('*Afname in lengtegroei 0,5-1 SD/jaar*' en '*Afname in lengtegroei van 0,25 SD binnen 1 jaar*') leiden tot een verwijsperscentage van respectievelijk 19% en 8%. Hieruit blijkt dat de verwijsperscentages fors hoger liggen dan de geschatte prevalentie van eetstoornissen.

De verwijscriteria die zijn gebaseerd op biometrische gegevens zijn opgesteld op basis van expert opinion. Het is wenselijk dat verwijscriteria in de JGZ op basis van onderzoek worden gevalideerd. Het gaat hier namelijk om een vorm van screening, waarbij biometrie wordt gebruikt om te bepalen of er mogelijk sprake is van een aandoening. De verwijscriteria uit de JGZ-richtlijn, die zijn bedoeld voor een screening van de algemene populatie, komen overeen met sommige diagnostische criteria die de NVK-richtlijn hanteert voor groeiachterstand. Het lijkt erop dat ten onrechte is aangenomen dat deze criteria ook geschikt zouden zijn voor een screening in de algemene populatie. Een screening dient aan veel eisen te voldoen (6). Eén van de vereisten is dat aangetoond moet zijn dat de test een voldoende hoge sensitiviteit en specificiteit heeft voor het opsporen van de betreffende aandoeningen, namelijk een voedingsstoornis of eetstoornis. Om de validiteit te bepalen is een gouden standaard nodig voor deze aandoeningen. Dit zou bijvoorbeeld een door een kinderarts of kinderpsychiater gestelde diagnose kunnen zijn. In de richtlijn ontbreekt informatie over de testeigenschappen. Daarnaast dient nagegaan te worden of deze screening ook voldoet aan de andere eisen die aan een screening gesteld moeten worden, zoals de aanwezigheid van een herkenbaar vroeg symptomatisch stadium en overeenstemming over de vraag wie behandeld moet worden (6).

Men kan zich afvragen hoe het komt dat er, zover ons bekend, geen problemen zijn ontstaan bij huisartsen en kinderartsen als gevolg van het grote aantal verwijzingen waartoe de richtlijn aanleiding zou moeten geven. We vermoeden dat hierbij de volgende verklaringen een rol spelen. De criteria gaan allen over een afbuiging van de groei. Juist JGZ-professionals weten dat veranderingen in de groei vaak voorkomen in de eerste levensjaren (kinderen groeien naar hun groeikanaal toe). De veelal kleine verschillen die in de richtlijn worden genoemd als verwijscriterium in de eerste vier levensjaren, zullen daarom niet snel als alarmerend worden beschouwd. Daarnaast blijkt dat een deel van de JGZ-professionals deze richtlijn niet gebruikt (7).

Het doel van de JGZ-richtlijn is het (onder andere) tijdig signaleren van (een risico op) een voedingsstoornis of eetstoornis. Juist bij deze aandoeningen spelen omgevings- en psychosociale factoren een belangrijke

rol (8). JGZ-professionals werken volgens een integrale benadering van kinderen en jeugdigen, vanuit een biopsychosociaal perspectief. Dat maakt het betrekken van anamnese en lichamelijk onderzoek bij de beoordeling van de biometrie een logische stap voor JGZ-professionals. Hoewel de tekst *‘aan de hand van de bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek in samenspraak met ouders wordt beoordeeld of verwijzing geïndiceerd is’* uit de richtlijn niet genoemd wordt bij de verwijscriteria is het aannemelijk dat veel JGZ-professionals in overleg met de ouders, mogelijk mede naar aanleiding van anamnese en lichamelijk onderzoek, besluiten om niet te verwijzen en nog even af te wachten.

Wij concluderen dat een deel van de verwijscriteria gebaseerd op biometrische gegevens in de JGZ-richtlijn ‘Voeding en eetgedrag’ niet correct en logisch geformuleerd is. Sommige van deze biometrische criteria leiden daarnaast bij strikte toepassing tot zeer veel afwijkende uitslagen. Voor het signaleren van (een risico op) een voedingsstoornis of eetstoornis zijn anamnese en lichamelijk onderzoek van cruciaal belang. Daarom dienen anamnese en lichamelijk onderzoek in een herziening van de richtlijn, naast de biometrische gegevens, betrokken te worden in het bepalen van de vervolgstappen en opgenomen te worden bij de verwijscriteria. De verwijscriteria gebaseerd op biometrische gegevens dienen op korte termijn te worden aangepast. Verder is een validatiestudie gewenst waarin nagegaan wordt of er verwijscriteria opgesteld kunnen worden met een voldoende hoge sensitiviteit en specificiteit.

Bijdrage per auteur:

- Dr. Jacqueline A. Deurloo: heeft bijgedragen aan de analyse van de resultaten en het schrijven van het manuscript.
- Dr. Paula van Dommelen: heeft bijgedragen aan de onderzoeksopzet, het analyseren van de data en heeft het manuscript kritisch doorgelezen en aangepast.
- Dr. Jeroen de Wilde: heeft bijgedragen aan de onderzoeksopzet, het verzamelen van de data en heeft het manuscript kritisch doorgelezen en aangepast.
- Dr. Paul H. Verkerk: heeft bijgedragen aan de onderzoeksopzet, het verzamelen van de data en het schrijven van het manuscript.

Literatuur

1. Lanting CI, Heerdink-Obenhuijsen N, Schuit-van Raamsdonk HLL, Hofman-van den Hoogen EMM, Leeuwenburg-Grijseels EH, Broerse A, et al. JGZ-richtlijn Voeding en eetgedrag. Utrecht: NCJ; 2013.
2. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Richtlijn Somatische oorzaken afwijkend voedingsgedrag. Utrecht: NVK; 2012.
3. Buuren S van, Bonnemaier-Kerckhoffs DJA, Grote FK, Wit JM, Verkerk PH. Many referrals under Dutch short stature guidelines. Arch Dis Child. 2004;89(4):351-352.
4. Schonbeck Y, Talma H, van Dommelen P, Bakker B, Buitendijk SE, Hirasing RA et al. The world's tallest nation has stopped growing taller: the height of Dutch children from 1955 to 2009. Pediatr Res. 2013;73(3):371-377.
5. Fredriks AM, Buuren S van, Hirasing RA, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. Body mass index measurements in 1996-7 compared with 1980. Arch Dis Child. 2000;82:107-112.
6. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organization, 1968.
7. Deurloo JA, Van Zoonen R, Van den Braak AAEM, Lanting CI. Variatie in gebruik van JGZ-richtlijnen. Tijdschr Jeugdgezondheidsz. 2022 jan 26;54:18-23.
8. P.J. Daansen, E.M. van den Berg. Praktijkboek eetstoornissen. Achtergrond, diagnostiek en behandeling. ISBN 9789036829892. Houten: BSL Media & Learning; 2024.



Dit artikel wordt gepubliceerd onder de licentie Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)