

***Nieuwe cliënten voor bureau jeugdzorg?***



# ***Nieuwe cliënten voor bureau jeugdzorg?***

**Jeugdigen met meervoudige problemen  
waaronder een lichte verstandelijke beperking en  
instrumenten voor herkenning en signalering**

**Jochem Stoll  
Wieneke Bruinsma  
Carolien Konijn**

**NIZW  
Publicatie in het kader van de LVG-pilots**

(c) 2004 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

**Auteurs**

J. Stoll

W. Bruinsma

C. Konijn

**Project**

Deze publicatie is totstandgekomen in het kader van de LVG-pilots

Projectleiding: C. Konijn

Projectuitvoering: J. Stoll en W. Bruinsma

Opdrachtgever: ministerie van VWS, directie Gehandicaptenbeleid

Financier: ministerie van VWS, directie Gehandicaptenbeleid

**ISBN**

90-5957-253-X

**NIZW bestelnummer**

E 23570

NIZW Uitgeverij

Postbus 19152

3501 DD Utrecht

Telefoon (030) 230 66 07

Fax (030) 230 64 91

E-mail [bestel@nizw.nl](mailto:bestel@nizw.nl)

Deze publicatie is ook te downloaden van: [www.jeugdzorg.nl](http://www.jeugdzorg.nl)

# Inhoudsopgave

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 Inleiding.....</b>  | <b>7</b>  |
| <br>   |           |
| <b>2 Omschrijving van de doelgroep .....</b>   | <b>11</b> |
| 2.1 Uitgangspunten .....   | 11        |
| 2.2 Mate van verstandelijke handicap .....   | 19        |
| 2.2.1 Intellectueel functioneren .....   | 19        |
| 2.2.2 Sociale redzaamheid .....  | 23        |
| 2.3 Bijkomende problematiek: opvoed- en<br>opgroeioproblemen .....                               | 25        |
| 2.4 Behoeftte aan ondersteuning.....   | 29        |
| 2.5 Omvang van de doelgroep .....  | 30        |
| <br>   |           |
| <b>3 Signalering en herkenning van de problematiek .....</b>                                     | <b>34</b> |
| 3.1 Screeningsinstrumenten .....   | 35        |
| 3.1.1 Intelligentietests.....  | 36        |
| 3.1.2 Schalen voor sociale redzaamheid .....   | 38        |
| 3.1.3 Algemene screeningsinstrumenten.....   | 41        |
| 3.1.4 Vragenlijsten voor bijkomende problematiek<br>bij (licht) verstandelijk gehandicapten..... | 47        |
| 3.2 Overzicht van de screeningsinstrumenten.....   | 56        |
| <br>   |           |
| <b>Literatuurlijst.....</b>  | <b>63</b> |
| <br>   |           |
| <b>Bijlage .....</b>   | <b>76</b> |



# 1 Inleiding

Wanneer de nieuwe Wet op de jeugdzorg in werking treedt, wordt het bureau jeugdzorg het enige loket voor jeugdigen en hun ouders om toegang te krijgen tot de jeugdzorg: jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ en justitiële jeugdzorg. Daarnaast krijgt het bureau de taak om ook het aanmeldloket te worden voor jeugdigen met een (lichte) verstandelijke beperking en opvoed- en opgroei problemen. Dit is een relatief nieuwe doelgroep voor de jeugdzorg. Voorheen was een verstandelijke beperking immers een contra-indicatie voor jeugdzorg. Dit betekent overigens niet dat er geen jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking in de jeugdzorg verblijven. Diverse publicaties en projecten getuigen van het feit dat jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap weldegelijk geestelijke gezondheidszorg of jeugdhulpverlening krijgen (Van Daal, Plemper en Willems 1997; Van Burik 2000). Maar men is over de hulp aan deze jeugdigen door zowel de jeugdzorg als de gehandicaptensector niet erg tevreden. Doorgaans spreekt men over jeugdigen die tussen wal en schip vallen. Ze zijn te intelligent voor de verstandelijk gehandicaptensector, te beperkt voor de jeugdzorg en - misschien nog wel belangrijker – vaak lastig voor hulpverleners.

Dus hoewel de jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking soms wel bij jeugdzorginstellingen aankloppen, is het tot nu toe geen groep die de gemiddelde jeugdhulpverlener goed kan herkennen en aan wie hij of zij adequaat hulp kan verlenen. Uitzondering hierop vormen op dit moment de Multifunctionele Centra (MFC's) die de hier bedoelde groep jeugdigen en ouders hulp aanbieden vanuit een samenwerkingsverband van jeugd-GGZ en gehandicaptenzorg. Bij bureaus jeugdzorg, die voor deze MFC's moeten gaan indiceren, is op dit moment echter geen of nauwelijks deskundigheid aanwezig om de problematiek van deze jeugdigen goed te signaleren en hen adequaat te indiceren voor zorg. In die zin worden jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking en opvoed- en opgroei problemen met de inwerkingtreding van de Wet op de jeugdzorg een nieuwe doelgroep voor de bureaus jeugdzorg waar de organisatie op ingesteld moet gaan worden.

Naast bureau jeugdzorg kan een jeugdige met een lichte verstandelijke handicap die behoefte heeft aan ondersteuning, nog steeds terecht bij het aanmeldloket en indicatiebureau voor gehandicaptenzorg: het RIO (voorheen LCIG). Daar kan bijvoorbeeld een indicatie worden gevraagd voor zorg die geleverd wordt door een Orthopedagogisch Centrum (OPC). In de Wet op de jeugdzorg gaat men er dus van uit dat jeugdigen met meervoudige problemen, waaronder een lichte verstandelijke handicap, die gecombineerde zorg uit de gehandicapten- en de jeugdsector nodig hebben, twee indicaties regelen: een indicatie voor jeugdzorg via bureau jeugdzorg en een indicatie voor gehandicaptenzorg via het RIO. Om de cliënten geen slachtoffer te laten zijn van deze bureaucratie zijn de LVG-pilots in het leven geroepen<sup>1</sup>. In drie pilotregio's wordt nagegaan welke afspraken tussen de indicatiebureaus en de zorgtoewijzers nodig zijn om voor deze jeugdigen de zorg goed toegankelijk te maken. Ook probeert men in de pilots na te gaan hoe de medewerkers van bureau jeugdzorg meer deskundigheid kunnen opbouwen voor herkenning en signalering van de nieuwe doelgroep.

De bedoelde groep jeugdigen doet uiteraard ook nog steeds een beroep op MEE (voorheen de sociaal pedagogische dienst), de cliëntondersteunende instelling in de gehandicaptensector en op het RIO. Ook bij deze organisaties is wellicht aanvullende deskundigheid nodig voor het herkennen van de bijkomende problemen bij jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. Doel van deze beschrijving van de groep jeugdigen met meervoudige problemen waaronder een lichte verstandelijke handicap is dus niet om doelgroepen van bureau jeugdzorg en de gehandicaptenzorg af te bakenen.

De hier bedoelde groep blijft nadrukkelijk doelgroep van beide zorgsectoren. De beschrijving is slechts een middel om de nieuwe doelgroep voor bureau jeugdzorg te benoemen en op grond daarvan naar instrumenten voor herkenning en signalering te zoeken, en aan te geven welke deskundigheid bevorderd dient te worden.

---

<sup>1</sup> In de wet op de jeugdzorg staat dat bureau jeugdzorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap nog niet direct vanaf de inwerkingtreding een functie heeft. Men wacht eerst de resultaten van de LVG-pilot af. Deze pilots hebben een looptijd tot eind 2004.



Centrale vragen in deze literatuurstudie zijn dus:

1. Welke jeugdigen met een (lichte) verstandelijke beperking gaan in de toekomst een beroep doen op bureau jeugdzorg?
2. Zijn er beschikbare instrumenten waarmee de omschreven jeugdigen zijn te herkennen?

Bij het zoeken naar literatuur over de kenmerken en de problemen van jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking, en over signalerings- en screeningsinstrumenten hebben we gebruikgemaakt van verschillende Nederlandse en internationale databanden en diverse zoektermen. Voor een verantwoording van onze zoektocht verwijzen we naar bijlage 1 in dit verslag.

### *Terminologie*

In de (internationale) literatuur over jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking wordt een veelheid aan begrippen gebruikt om hen aan te duiden. Ook zijn de begrippen door de tijd heen nogal eens veranderd. Mans (1998), die vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen beschrijft, noemt een veelheid aan namen die verstandelijk beperkten in de loop der tijd hebben gekregen. Zo waren, naast de al genoemde termen, debiel, (half- of kwart)idiot, achterlijk en laagbegaafd vroeger gangbare benamingen. In het onderwijs spreekt men tegenwoordig van (zeer) moeilijk lerenden. In de Angelsaksische literatuur gebruikt men termen zoals mental retardation, intellectual disability, educable, trainable en borderline retardation.

In de gehandicaptensector spreekt men tegenwoordig over verstandelijk gehandicapten of verstandelijk beperkten. In de ICIDH (1999), de internationale classificatie van het menselijk functioneren, wordt het begrip 'beperking' gedefinieerd als iedere vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit, zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering. Naast beperking spreekt men in deze classificatie over een 'handicap'. Dit is een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of beperking welke de normale rolvervulling van de betrokkene (gezien leeftijd, geslacht en sociaal-culturele achtergrond) begrenst of verhindert. Beide benamingen (verstandelijk beperkt en verstandelijk gehandicapt) zijn tegenwoordig gangbaar. Het werkveld geeft de laatste tijd, in navolging van de American Association on Mental Retardation (AAMR) (Luckasson, Borthwick-

Duffy e.a. 2002), de voorkeur aan de term verstandelijke beperking (Soenen, Dijkxhoorn, Van Berckelaer-Onnes 2003). In dit verslag spreken we zo veel mogelijk van jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. Maar omdat de 'LVG-pilot' staat voor pilots ten behoeve van de integratie van de toegangsfuncties voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen - ook kortweg met LVG-jeugd aangeduid - worden beide termen gebruikt.

## **2 Omschrijving van de doelgroep**

In dit hoofdstuk beschrijven we de kenmerken van de groep jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking en opvoed- en opgroei problemen. Om te verhelderen om welke groep jeugdigen het gaat, zetten we eerst het standpunt uiteen dat het ministerie van VWS hierover formuleerde naar aanleiding van een vooronderzoek naar mogelijke voordelen en knelpunten bij het integreren van de toegang voor de jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap in de bureaus jeugdzorg (Van den Broek 2002). Daarna beschrijven we de bedoelde groep jeugdigen aan de hand van een aantal dimensies in hun problematiek. Tot slot van het hoofdstuk proberen we een indicatie te geven van de omvang van de groep jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en opvoed- en opgroei problemen in Nederland, en van het aantal te verwachten zorgvragers.

### **2.1 Uitgangspunten**

In 2001 is een vooronderzoek verricht naar integratie van de toegangsfuncties voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (Van den Broek 2002). Het ministerie van VWS heeft op basis hiervan een inhoudelijk standpunt ingenomen ten aanzien van de doelgroepsomschrijving:

'Het standpunt is de omschrijving "(licht) verstandelijk gehandicapte jeugdigen met opgroei- en opvoedingsproblemen" niet nader te definiëren, maar de inrichting en niet vrijblijvende samenwerking tussen de diverse sectoren zodanig vorm te geven dat er vanuit de vraag van de cliënt een geïntegreerd en afgestemd aanbod moet plaatsvinden. Hierbij aansluitend wordt voorgesteld om niet te spreken van "de doelgroep LVG" maar te spreken over *jeugdige cliënten met een profiel dat zich kenmerkt door meervoudige problematiek waaronder een verstandelijk handicap en problematiek die valt onder één van de terreinen van de Wet op de Jeugdzorg*. Met de hierboven genoemde

keuze wordt duidelijk dat de exacte grenzen niet precies kunnen worden aangegeven. Via niet-vrijblijvende samenwerking en verdere protocollering tussen de sectoren moet dit profiel van meervoudige problematiek nader ingevuld worden. Het opstellen van een profiel voor meervoudige problematiek bij (licht) verstandelijk gehandicapten is een onderwerp dat verder uitgewerkt moet worden in de pilots LVG.'

Aan dit standpunt kunnen we twee dimensies ontleen waarop het bedoelde profiel kan worden opgesteld: (1) de mate van verstandelijke beperking en (2) problematiek die valt onder een van de terreinen onder de Wet op de jeugdzorg (bijkomende problematiek).

Deze dimensies zijn ook terug te vinden in de definities die internationale classificatiesystemen geven van het begrip verstandelijk beperkt (zie overzicht 1). We voegen aan dit overzicht de definitie toe van de Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg in de nota *Vorm en Kleur* (1995). Deze definitie is in het Nederlandse veld nog altijd gangbaar (Ponsioen en Van der Molen 2002).

In de definities in overzicht 1 worden twee dimensies ontleend aan het begrip verstandelijk beperkt, te weten een laag intellectueel functioneren en een beperkte sociale redzaamheid. De AAMR voegt bovendien toe dat een profiel van verstandelijk beperkte mensen dient te worden aangevuld met een beschrijving van de ondersteuningsbehoefte.

Samengevat komen we op de volgende dimensies om de doelgroep nader te profileren:

1. Verstandelijke beperking:
  - laag intellectueel functioneren
  - beperkte sociale redzaamheid.
2. Bijkomende problematiek.
3. Behoefte aan ondersteuning.

Op basis van deze dimensies zullen we in de volgende paragrafen de doelgroep beschrijven. Maar eerst nog een nadere aanduiding van de leeftijdsgroep van de jeugdigen.

### *Leeftijd*

De Wet op de jeugdzorg definieert het begrip jeugdige als volgt.

### **Wet op de jeugdzorg, artikel 1, lid b, sub 3**

In deze wet en de daarop rustende bepalingen wordt verstaan onder jeugdige: een in Nederland verblijvende persoon die de meerderjarigheidsleeftijd doch niet de leeftijd van drieëntwintig jaren heeft bereikt, en voor wie voortzetting van jeugdzorg, die was aangevangen of waarvan de aanvraag bedoeld in artikel 7, eerste lid, was ingediend vóór het bereiken van de meerderjarigheidsleeftijd, noodzakelijk is of voor wie, na beëindiging van jeugdzorg die was aangevangen vóór het bereiken van de meerderjarigheidsleeftijd, binnen een termijn van een half jaar hervatting van jeugdzorg noodzakelijk is.

De Wet op de jeugdzorg geeft, mits de hulp is begonnen vóór het achttiende levensjaar, onder voorwaarden recht op jeugdzorg tot het drieëntwintigste levensjaar. Daarmee is de leeftijdsbovengrens van de doelgroep - jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking die in de toekomst een beroep gaan doen op bureau jeugdzorg - direct gegeven.

In de orthopedagogische centra van de gehandicaptensector verblijven echter veel jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap die ouder zijn dan 18 jaar. Zo was in 1993 ruim 14% van de jeugdigen tussen de 20 en 24 jaar oud, waarvan 1,5% 24 jaar. Ponsioen en Van der Molen (2002) geven in hun onderzoek naar de populatiekenmerken van de jeugdigen bij de instellingen Groot Emaus, Van Arkel en OZC Amstelmonde aan dat de maximumleeftijd van de jeugdigen in deze instellingen nog steeds hoog is, variërend van 22 tot ruim 24 jaar. Het 'oprekken' van de leeftijdsgrens van 18 jaar heeft soms te maken met de ontwikkelingsachterstand van deze jeugdigen. Het is echter vaker zo dat er voor deze jeugdigen nog geen geschikte vervolgplek voorhanden is; de doorstroming stagneert omdat er in de volwassenenzorg geen passend hulpaanbod beschikbaar is. Dit knelpunt zal zich ook voordoen als deze jeugdigen deels in de jeugdzorg hulp gaan krijgen. In de pilotregio's LVG heeft de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg daarom ook de aandacht.

De Wet op de jeugdzorg kent geen leeftijdsondergrens, maar doorgaans wordt pas wanneer kinderen - vanaf het vierde levensjaar - naar school gaan een cognitieve beperking signaleerd (Barnhard en Kramer 2000). Het is belangrijk om in het onderwijs kinderen en jeugdigen met een verstandelijke

beperving al vroeg te signaleren. Op latere leeftijd is het mogelijk dat de beperking in een aangepaste werkring nauwelijks opgemerkt wordt, terwijl wel ondersteuning nodig is (Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003).

## Overzicht 1: Definities van het begrip (licht) verstandelijk beperkt

| Classificatiesysteem  | Definitie / omschrijving  |
|---|---|
| <p>American Association on Mental Retardation, 10th edition, Luckasson, Borthwick-Duffy e.a. (2002)</p> | <p>Mental retardation is a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in conceptual, social, and practical adaptive skills. This disability originates before age 18.</p> <p>As in 1992, important assumptions are included as part of the application of the definition of mental retardation. In 2002 we specify the following five assumptions:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limitations in present functioning must be considered within the context of community environments typical of the individual's age peers and culture.</li> <li>2. Valid assessment considers cultural and linguistic diversity as well as differences in communication, sensory, motor, and behavioral factors.</li> <li>3. Within an individual, limitations often coexist with strengths.</li> <li>4. An important purpose of describing limitations is to develop a profile of needed supports.</li> </ol> <p>With appropriate personalized supports over a sustained period the life functioning of the person with mental retardation will generally improve.</p> |

### Vervolg overzicht 1: Definities van het begrip (licht) verstandelijk beperkt

| Classificatiesysteem  | Definitie / omschrijving  |
|---|---|
| <p>American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (1994)</p> | <p>The essential feature of mental retardation is significantly subaverage general intellectual functioning (Criterion A) that is accompanied by significant limitations in adaptive functioning in at least two of the following skill areas: communication, self-care, home living, social/ interpersonal skills, use of community resources, self-direction, functional academic skills, work, leisure, health and safety (Criterion B). The onset must occur before age 18 years (Criterion C).</p> <p>Significantly subaverage intellectual functioning is defined as an IQ of about 70 or below (approximately 2 standard deviations below the mean). It should be noted that there is a measurement error of approximately 5 points in assessing IQ, although this may vary from instrument to instrument.</p> <p>Adaptive functioning refers to how effectively individuals cope with common life demands and how well they meet the standards of personal independence expected of someone in their particular age group, sociocultural background, and community setting.</p> |



## Vervolg overzicht 1: Definities van het begrip (licht) verstandelijk beperkt

| Classificatiesysteem  | Definitie / omschrijving  |
|---|---|
| <p>World Health Organization, De ICD-10: Classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen: Klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen (1992)</p> | <p>De ICD geeft geen definitie maar omschrijft het begrip zwakzinnigheid: 'Zwakzinnigheid is een toestand van tot stilstand gekomen of onvolledige ontwikkeling van het verstandelijk vermogen, die vooral wordt gekenmerkt door een tijdens de ontwikkelingsperiode aan het licht tredende stoornis van vaardigheden, die mede bepalend is voor het algehele intelligentieniveau, dat wil zeggen cognitieve, verbale, motorische en sociale vermogens. Zwakzinnigen kunnen getroffen worden door het hele scala van psychische stoornissen, en de prevalentie van overige psychische stoornissen is in deze populatie op zijn minst drie tot vier keer groter dan in de algemene populatie. Hierbij komt dat zwakzinnigen meer risico lopen lichamelijk / seksueel misbruikt of uitgebuut te worden. Het aanpassingsgedrag is altijd gestoord, maar in een beschermde sociale omgeving waar een goede begeleiding aanwezig is, hoeft deze stoornis niet erg duidelijk te zijn bij personen met lichte zwakzinnigheid (...). In het algemeen lijken de gedragsmatige, emotionele en sociale moeilijkheden van licht zwakzinnigen, en de behoefte aan behandeling en steun die hieruit voortvloeit, meer op hetgeen aangetroffen wordt bij personen met een normale intelligentie dan op specifieke problemen van matig of ernstig zwakzinnigen.'. Onder de diagnostische richtlijnen vermeld de ICD 10 dat een IQ tussen 50 en 69 een indicatie voor lichte zwakzinnigheid vormt.</p> |

### Vervolg overzicht 1: Definities van het begrip (licht) verstandelijk beperkt

| Classificatiesysteem  | Definitie / omschrijving  |
|---|---|
| Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg <i>Vorm en Kleur</i> (1995) | Licht verstandelijk gehandicapte jongeren zijn personen tot circa 21 jaar die in hun ontwikkeling zijn belemmerd en die zich op grond van hun lager intellectueel functioneren én beperkte sociale redzaamheid niet (zonder hulp) kunnen handhaven in één of meer reguliere maatschappelijke verbanden (gezin, school, werk, groep, leeftijdgenoten, buurt). Met speciale hulp hebben zij een redelijke kans op een zekere mate van zelfstandigheid als volwassene. |

## **2.2 Mate van verstandelijke handicap**

De mate van verstandelijke handicap wordt onder meer bepaald door een lager niveau van verstandelijk functioneren én een beperkte sociale redzaamheid (APA 1994; WHO 1994; NVGz 1995; Gemert en Minderaa 1997; Windmuller, Huskens e.a. 1998; Luckasson, Borthwick-Duffy e.a. 2002; Ponsioen en Van der Molen 2002). Het intellectueel functioneren speelt in de klinische praktijk een relatief grote rol in de besluitvorming bij indicatiestelling, zeker wanneer men dit vergelijkt met het diagnostisch belang van het tweede kenmerk in de definitie voor licht verstandelijke handicap: de sociale redzaamheid (Ponsioen en Van der Molen 2002). Dit heeft te maken met het feit dat er gestandaardiseerde intelligentietests bestaan om op objectieve wijze iemands intellectuele functioneren te bepalen (Soenen, Dijkhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003) en er minder (gestandaardiseerde) instrumenten zijn om de sociale redzaamheid te meten (zie hoofdstuk 3).

### **2.2.1 Intellectueel functioneren**

Het niveau van intellectueel functioneren wordt in de praktijk vaak weergegeven door een IQ-score<sup>2</sup>. Om een IQ-score te gebruiken voor diagnostische besluitvorming wordt de score ingedeeld in IQ-classes. Momenteel bestaat er echter een variëteit aan indelingen, waarin verschillende terminologieën gebruikt worden voor de intelligentieclasses (Resing en Blok 2002). Resing en Blok (2002) hebben daarom een poging gedaan voor een uniforme indeling van IQ-classes, voorzien van eenduidige classificaties. In overzicht 2 zetten we de indelingen van Resing en Blok af tegen de indelingen uit de nota *Vorm en Kleur* van de NVGz (1995) en de internationale classificatiesystemen.

Met dit overzicht en de Wet op de jeugdzorg in de hand willen we een antwoord vinden op de vraag: welk niveau van intellectueel functioneren zullen de jeugdigen hebben die vanwege hun bijkomende problematiek in de toekomst een beroep gaan doen op

---

<sup>2</sup> Er zijn kanttekeningen te plaatsen bij het weergeven van het intellectueel functioneren door een IQ-score. Zie hoofdstuk 3.

bureau jeugdzorg? Het standpunt van het ministerie van VWS geeft aan dat het om jeugdigen gaat met meervoudige problemen waaronder een verstandelijke beperking. In de Wet op de Jeugdzorg wordt geen begrenzing gehanteerd ten aanzien van het verstandelijk functioneren. Dat wil zeggen, in principe kunnen ook matig en ernstig verstandelijk beperkte jeugdigen en hun ouders een beroep doen op bureau jeugdzorg wanneer zich opvoed- en opgroeioproblemen voordoen. In de praktijk zal dit laatste niet voorkomen, bleek uit het vooronderzoek (Van den Broek 2002). De gehandicaptenzorg heeft voor hen een adequaat hulpaanbod en de jeugdzorg zal daaraan weinig kunnen toevoegen. In de praktijk, zo blijkt ook uit de casuïstiekbesprekingen in de drie pilotregio's, gaat het vooral om *licht* verstandelijk beperkte jeugdigen.

## Overzicht 2: Indeling IQ-scores en classificaties

2a: Indeling en classificaties IQ-scores groter dan of gelijk aan 70 (betreft 98% van de bevolking)

| <i>Indeling NVGz (1995)</i> | <i>Classificatie NVGz (1995)</i> | <i>% van totale populatie binnen deze IQ grenzen</i> | <i>Indeling Resing en Blok (2002)</i> | <i>Classificatie Resing en Blok (2002)</i> | <i>% van totale populatie binnen deze IQ grenzen</i> |
|-----------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|
| > 130                       | Zeer hoog                        | 2.1  | > 130                                 | Zeer begaafd                               | 2.1  |
| 115-129                     | Boven gemiddeld                  | 13.6   | 121-130                               | Begaafd                                    | 6.4  |
|                             |                                  |  | 111-120                               | Boven gemiddeld                            | 15.7   |
| 85-114                      | Norm variant                     | 68.2   | 90-110                                | Gemiddeld                                  | 51.6   |
|                             |                                  |  | 80-89                                 | Beneden gemiddeld                          | 15.7   |
| 70-85                       | Zwak begaafd                     | 13.6   | 70-79                                 | Laagbegaafd                                | 6.4  |

Zb: Indeling en classificatie voor IQ-scores lager dan 70 (betreft 2% van de bevolking)

| <i>Indeling Resing en Blok, NVGz, ICD 10 en AAMR<sup>3</sup></i> | <i>Classificatie</i>          | <i>Indeling DSM IV<sup>3</sup></i> |
|--|-------------------------------|------------------------------------|
| 50-69  | Licht verstandelijk beperkt   | 55-70                              |
| 35-49  | Matig verstandelijk beperkt   | 40-55                              |
| 20-34  | Ernstig verstandelijk beperkt | 25-40                              |
| < 20   | Diep verstandelijk beperkt    | < 25                               |

Uit de classificaties van diverse internationale systemen (overzicht 2) blijkt 'licht verstandelijk beperkt' een IQ van ongeveer 50/55 tot 70/75 te betreffen. De bovengrens is gemarkeerd door de waarde van twee standaarddeviaties onder het IQ-gemiddelde (100), rekeninghoudend met de standaard meetfout van het meetinstrument. Mensen met een IQ van 70 tot 85 worden over het algemeen zwakbegaafd genoemd. In de DSM IV wordt een IQ in deze klasse *Borderline Retardation*, genoemd, grensgevallen dus. Zwakbegaafden worden over het algemeen dus niet beschouwd als verstandelijk gehandicapt. Zij vormen onderdeel van de normale variatie op het gebied van het intellectueel functioneren.

In Nederland worden over het algemeen de IQ-grenzen soepel gehanteerd en de klassen breed opgevat. In de nota *Vorm en Kleur* (1995), waarin onder meer de doelgroep van de orthopedagogische centra wordt omschreven, geeft de NVGz aan: 'De laatste jaren ontstaat steeds meer overeenstemming over de IQ-grenzen van de doelgroep, namelijk 50 als ondergrens en 84 als bovengrens. Deze grenzen zijn ruim gesteld als men dit kenmerk los zou zien van de andere kenmerken. Van de totale bevolking valt bijna 16% binnen deze IQ-grenzen. Bijna al deze mensen beschikken echter over een redelijke sociale redzaamheid en zijn dus niet licht verstandelijk gehandicapt. Een klein deel kan zich echter niet zonder speciale hulp redden. Hen noemen we licht verstandelijk gehandicapt.' Ook de groep zwakbegaafden met een IQ tussen 70 en 85 wordt dus afhankelijk van de mate van hun aanpassingsvermogen of sociale redzaamheid tot de groep licht verstandelijk beperkten gerekend.

<sup>3</sup> Zowel de AAMR als DSM hanteren een betrouwbaarheidsinterval van 5 IQ punten bij het indelen van de IQ-grenzen.

Niet alleen in de NVGz-nota is dit het geval. In de praktijk worden bijvoorbeeld jeugdigen met een IQ hoger dan 70 en een stoornis op het autistische spectrum ook tot de doelgroep gerekend. Deze stoornis gaat vaak gepaard met beperkingen in de sociale redzaamheid, hetgeen een lage sociale intelligentie impliceert (Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003; Barnhard en Kramer 2000). Met name voor de groep zwakbegaafden blijkt het in de praktijk lastig om de verstandelijke beperking te onderscheiden van psychiatrische problematiek (APA 1994). Van Daal, Plempers en Willems (1997) spreken in dit kader van grensvlakproblematiek. Deze bijkomende psychiatrische problematiek, maar ook nadelige omgevingsinvloeden zijn niet los te zien van de mate van verstandelijke beperking. Došen (1984) benadrukt in dit verband dat IQ's gedrukt kunnen worden door pedagogische verwaarlozing en gedragsproblemen. Zo kan een kind dat aanvankelijk als licht verstandelijk beperkt is aangemerkt, bij verbetering van deze problemen op een normaal intelligentieniveau blijken te functioneren (Van Wettum 1991). Uit onderzoek blijkt dat bijna een kwart (24%) van de jeugdigen die in de orthopedagogische centra verblijven een IQ heeft dat hoger is dan 85 en 40% een IQ tussen de 70 en 85 (Ponsioen en Van der Molen 2002). Bijna tweederde (64%) heeft dus een IQ hoger dan 70.

Kortom, in Nederlandse nota's en onderzoeken worden zwakbegaafden met een beperkte sociale redzaamheid, die een negatieve invloed heeft op het intellectueel functioneren, ook tot de groep jeugdigen met een licht verstandelijke beperking gerekend.

De term 'licht verstandelijk beperkt' heeft dus een dubbele betekenis: enerzijds duidt het jeugdigen aan met een bepaald laag niveau van intellectueel functioneren (IQ-scores van 50 tot 70) en anderzijds betreft het zwakbegaafde jeugdigen met een gebrekkige sociale redzaamheid. Dit werkt spraakverwarring in de hand. In dit verslag sluiten we met de term 'licht verstandelijk gehandicapt of beperkt' aan bij die Nederlandse discussie. Kennelijk is deze categorie jeugdigen voor de praktijk van de hulpverlening relevant om te onderscheiden van andere jeugdigen. We beschouwen daarom jeugdigen met een IQ tussen de 50 en 85 en een beperkte sociale redzaamheid als licht verstandelijk beperkt of gehandicapt. Ook gaf deze literatuurverkenning aanleiding om de bijkomende (psychische) problematiek als belangrijk onderdeel van

het geheel aan problemen te zien. Verstremgeling van psychische en gedragsproblemen maakt dat de IQ-score lager uitvalt dan onder andere omstandigheden nodig zou zijn geweest. Tijdens de casuïstiekbesprekingen in de pilotregio's kwam ook naar voren dat met name de zwakbegaafde jeugdigen uit deze groep (70-85) vaak tussen wal en schip - tussen jeugdzorg en gehandicaptenzorg - vallen. Jeugdigen met dit profiel van meervoudige problematiek zullen dus in toenemende mate gaan aankloppen bij de bureaus jeugdzorg, is de verwachting. Juist deze jongeren zijn waarschijnlijk gebaat bij een combinatie van jeugdzorg en gehandicaptenzorg.

### **2.2.2 Sociale redzaamheid**

De sociale redzaamheid speelt, naast het IQ, een belangrijke rol bij het vaststellen van een verstandelijke beperking. Volgens de APA (1994) speelt de sociale redzaamheid zelfs een doorslaggevende rol: personen met een lage IQ-score en een hoge mate van sociale redzaamheid hebben geen verstandelijke beperking. Ook de AAMR benadrukt de rol die de sociale redzaamheid of het aanpassingsvermogen speelt in het vaststellen van de verstandelijke beperking. In het verlengde hiervan stelt men dan ook dat verstandelijk beperkten eerder opvallen door gebrek aan aanpassingsvermogen dan door hun lage IQ.

Wat verstaat men eigenlijk onder een beperkte sociale redzaamheid of een beperkt aanpassingsvermogen?

De AAMR geeft tien aandachtsgebieden waarop het aanpassingsvermogen kan worden vastgesteld, te weten: communicatie, zelfredzaamheid, wonen, sociale vaardigheden, gebruik van de samenleving, zelfbepaling, gezondheid en veiligheid, functionele schoolse vaardigheden, vrije tijd en werk. Wanneer op ten minste twee van de tien gebieden sprake is van beperkingen, spreekt men van een beperkt aanpassingsvermogen. Wallander, Dekker en Koot (2003) geven echter aan dat er geen empirische basis is voor juist deze tien aandachtsgebieden en dat er bovendien geen instrumenten zijn om het functioneren op deze gebieden goed vast te stellen.

Kraijer en Kema (1984) geven een eenvoudige definitie van sociale redzaamheid: kunnen voldoen aan de dagelijkse eisen die

een samenleving aan het individu stelt. Het begrip sociale redzaamheid staat in deze definitie in nauwe relatie tot de maatschappelijke en culturele context. Dit blijkt ook uit het feit dat jeugdigen met een verstandelijke beperking eerder geïdentificeerd worden in de stad dan op het platteland (Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003). Jeugdigen in de stad zullen dan ook sneller een beroep doen op professionele ondersteuning dan jeugdigen op het platteland. Van Daal, Plempers en Willems (1997) wijzen erop dat de problematiek van verstandelijk beperkte jeugdigen voor een deel veroorzaakt wordt door de toegenomen individualisering, waardoor mensen als individu grotere verantwoordelijkheid zijn gaan dragen. Er wordt dus een steeds groter beroep gedaan op de sociale redzaamheid van mensen. Licht verstandelijk beperkten worden daardoor kwetsbaarder.

Kraijer en Kema ontwikkelden de SRZ-P (1984) om de sociale redzaamheid bij verstandelijk beperkten van hoger intellectueel niveau vast te stellen. Dit instrument bestaat uit 63 items waarin wordt gevraagd naar de mate waarin een persoon in staat is tot persoonlijke verzorging en participatie in de maatschappij. Concreet gaat het om zaken zoals nagelknippen, afwassen, kleren kopen, zelfstandig gebruikmaken van openbaar vervoer, klok kijken enzovoort. De SRZ-P signaleert maar interpreteert niet, maar is slechts bedoeld ter ondersteuning van diagnostische interpretatie. Dat wil zeggen dat er aan dit instrument geen scores te ontleen zijn op grond waarvan men kan concluderen dat iemand verstandelijk beperkt is. Hoewel de rol van sociale redzaamheid bij het vaststellen van een verstandelijke beperking door zowel de classificatiesystemen als de praktijk een cruciale rol wordt toebedeeld, blijft het dus lastig om het begrip te meten. Dat is ook de reden dat studies naar jeugdigen met een licht verstandelijke beperking de IQ-score als criterium voor de verstandelijke beperking nemen en niet de mate van sociale redzaamheid (Dekker 2003). De sociale redzaamheid is niet systematisch te meten en wordt daarmee onderbelicht (Ponsioen en Van der Molen 2002).



### **2.3 Bijkomende problematiek: opvoed- en opgroei problemen**

In de vorige paragraaf is besproken dat de groep jeugdigen die in toenemende mate een beroep zal gaan doen op bureau jeugdzorg een laaggemiddelde IQ-score heeft, een gebrekkige sociale redzaamheid en opvoed- en opgroei problemen. Reeds eerder zagen we dat bij jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking vaak sprake is van een complexe wisselwerking tussen de verstandelijke handicap en de bijkomende problematiek. In deze paragraaf geven we een beeld van de soorten bijkomende problematiek waarmee een deel van de doelgroep te kampen heeft.

We hebben veel onderzoeken aangetroffen naar jeugdigen met een licht verstandelijke beperking met bijkomende problematiek. Deze zijn echter vaak niet goed vergelijkbaar omdat er verschillende definities worden gehanteerd voor de onderzochte problemen. Begrippen als gedragsproblemen, emotionele problemen psychische problemen, psychiatrische problemen, psychopathologie, en psychische of psychiatrische stoornissen worden door elkaar gebruikt en er wordt maar zelden aangegeven wat men onder deze begrippen verstaat. Bovendien worden er verschillende methoden gebruikt om bijkomende problematiek bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking vast te stellen (Dekker 2003; Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003). Tot slot wordt de groep verstandelijk beperkten vaak als geheel bestudeerd en wordt zelden de groep licht verstandelijk beperkten apart belicht. Hierdoor zijn sommige onderzoeken niet goed bruikbaar voor onze literatuurstudie.

Ondanks deze tekortkomingen is er op basis van de geraadpleegde onderzoeken te constateren dat de prevalentie van bijkomende problematiek - met name psychopathologie - hoger is bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking dan in de algehele populatie. Schattingen van de prevalentie van psychopathologie bij licht verstandelijk beperkten (4-60%) in verhouding tot de normale groep variëren weliswaar enorm vanwege de verschillende definities en onderzoeksmethoden: van 3, 4, 6 tot 7 keer zo vaak als in de normale populatie (Dekker 2003). De meest gangbare schatting is dat de prevalentie van psychopathologie bij licht verstandelijk beperkten 3 tot 4 keer groter is dan in de algemene populatie, circa 40% (WHO 1994; Van

Daal, Plempers en Willems 1997; Masi, Brovedani e.a. 2002; Dekker 2003). Wanneer ook de groep zwakbegaafde jongeren wordt meegenomen, vindt men een prevalentie (81%) die zevenmaal hoger is dan bij de vergelijkingsgroep die bestaat uit normaalbegaafde mensen (Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003). Dus hoe hoger het IQ van lager dan gemiddelde begaafden hoe groter de kans op bijkomende problematiek. Daarom zal de groep jeugdigen die in toenemende mate bij bureau jeugdzorg gaat aankloppen vanwege opvoed- en opgroei-problemen, eerder zwakbegaafd dan verstandelijk gehandicapt zijn.

Welke problemen komen zoal voor bij zwakbegaafde jeugdigen en jeugdigen met een licht verstandelijke beperking? Licht verstandelijk beperkten kunnen kampen met het hele scala van psychische stoornissen (WHO 1994). Een aantal problemen komt echter vaak voor dan andere.

In de eerste plaats hebben jeugdigen met een verstandelijke beperking vaak *gedragsproblemen* zoals een aandachtstekortstoornis (ADHD), ernstige gedragstoornis (CD) en een oppositionele stoornis (ODD) (Dekker 2003; Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003; Strømme en Diseth 2000; Embregts 2000). Deze jeugdigen zijn vaak zwakbegaafd, aldus Windmuller, Huskens e.a. (1998).

Deze jeugdigen komen soms in de residentiële jeugdzorg terecht en worden daar vaak van de ene plek naar de andere plek doorgeschoven. Onderzoek van Van Poelgeest & Embregts (2004) geeft aan dat jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblemen met gemiddeld zeven instellingen te maken hebben gehad. Een aantal van hen komt terecht in een justitiële jeugdinrichting naar aanleiding van een civielrechtelijke maatregel, uitgesproken door de kinderrechter. Deze jongeren bevinden zich dan in een acute, zeer ernstig bedreigende situatie, zoals (dreigende) gedwongen prostitutie, seksueel misbruik, geestelijke of lichameijke mishandeling. Ook moeten jongeren soms beschermd worden tegen een escalatie van geweld tegen zichzelf of tegen de omgeving. Volgens de ICD-10 lopen jeugdigen met een licht verstandelijke beperking meer risico op lichamelijk en seksueel misbruik of uitbuiting, met alle sociaal-emotionele en gedragsproblemen van dien, dan andere jeugdigen. De situatie kan ertoe leiden dat ze op heel korte termijn uit huis geplaatst moeten worden om de dreiging te verminderen. Als het dan, vanwege de

ernst en/of complexiteit van de problemen, niet mogelijk is om de jeugdige in een niet-justitiële instelling te plaatsen, kan een jeugdige aangemeld worden voor plaatsing in een opvanginrichting. Dit is in 2002 afgesproken in een convenant tussen afdelingen van het ministerie van Justitie en de koepelorganisatie van gezinsvoogdij-instellingen. Voor jeugdigen met complexe problemen waaronder een lichte verstandelijke handicap worden justitiële jeugdinrichtingen soms als *last resort* gebruikt.

Het aantal crisisplaatsingen in justitiële opvanginrichtingen, waaronder een aantal jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap, is de afgelopen jaren enorm toegenomen. In 1996 betrof het nog maar 25 jongeren (Kalsbeek 2002, in 2001 332 jongeren en in 2002 waren dat er 580. In de eerste tien maanden van 2003 is het aantal jeugdigen al 650 (brief van de minister van Justitie aan de Tweede Kamer in oktober 2003; TK 2003-2204, 29 200 XVI en 29 200 VI, nr 20).

Windmuller, Huskens e.a. (1998) schenken aandacht aan licht verstandelijk gehandicapten die strafbare feiten plegen (criminaliteit). Deze jeugdigen worden meestal in een justitiële behandelinrichting geplaatst op grond van een strafrechtelijke maatregel, uitgesproken door de kinderrechter. Windmuller en collega's geven aan dat in veel gevallen de verstandelijke handicap een specifieke rol heeft gespeeld in de voor- en leergeschiedenis en de persoonlijkheidsontwikkeling. Het komt bijvoorbeeld vaak voor dat een jongere, wiens (verstandelijke) handicap niet zichtbaar is, vaardigheden heeft geleerd om zijn handicap te maskeren. Tegelijkertijd voelt hij zich snel gekwetst en gekrenkt wanneer hij niet voor vol wordt aangezien. Ook hebben anderen vaak hun teleurstelling over zijn prestaties en gedrag getoond. Door zijn handicap is hij tot de kernovertuiging gekomen dat hij inadequaats is. Dit heeft dan bijvoorbeeld geleid tot agressief gedrag bij dreigende teleurstelling of tot het zich beschikbaar stellen voor criminele activiteiten om daarmee waardering te verwerven.

In de tweede plaats wordt in veel studies en in de DSM-IV een relatie gelegd tussen de verstandelijke beperking en *autisme*. In de DSM-IV stelt men dat 75 tot 80% van de mensen met autisme ook verstandelijk beperkt zijn. Andersom is de relatie minder sterk maar nog altijd is de prevalentie van autisme bij jeugdigen met een verstandelijke beperking vele malen hoger dan in de algehele populatie (Gemert en Minderaa 1997; Soenen, Dijkxhoorn en Van

Berckelaer-Onnes 2003). Circa 30 tot 50% van de mensen met een verstandelijke handicap lijdt aan een pervasieve ontwikkelingsstoornis (PDD-NOS) (Windemuller, Huskens e.a. 1998).

In de derde plaats blijkt uit verschillende studies dat *stemmingsstoornissen* ook vaak voorkomen bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. De schattingen variëren van enkele procenten tot 25% (Windemuller, Huskens e.a. 1998; Masi, Pfanner en Marcheschi e.a. 1998; Dekker 2003; Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003). Depressieve gevoelens en angst komen vaker voor bij jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap dan bij jeugdigen met een matige verstandelijke handicap (Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003)

Problemen als gevolg van psychiatrische stoornissen zijn beduidend beter onderzocht dan die als gevolg van *pedagogische tekorten van de ouders* en opvoedproblemen. Soenen en collega's (2003) onderscheiden - op basis van schaars onderzoek - twee soorten van pedagogische tekorten bij ouders. De eerste soort opvoedingsproblemen betreft ouders uit relatief sociaal zwakkere milieus die de verstandelijke handicap van hun kind niet onderkennen en geen professionele ondersteuning bij problemen inroepen. Vaak functioneren deze kinderen nog wel redelijk binnen de structuur van het (MLK-)onderwijs, maar wanneer zij zelfstandig moeten gaan functioneren, beginnen de problemen pas goed. Deze jongeren vallen ook vaak in handen van het criminele circuit (Holland, Clare en Mukhopadhyay 2002, aangehaald bij Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003).

De tweede soort van opvoedingsproblemen komt vaker voor in gezinnen uit relatief hogere sociale milieus. Deze ouders stimuleren hun verstandelijk beperkte kinderen overmatig of het omgekeerde: beschermen hen te veel zodat zij vastlopen in de groei naar zelfstandigheid. Ondervraging is even schadelijk als overvraging (Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003).

Samengevat hebben veel jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking te maken met een scala aan bijkomende problemen. Zij hebben meer aandachtsproblemen, agressief en oppositioneel gedrag (ernstige gedragsproblemen) dan normaalbegaafde jeugdigen. Autisme komt bij jeugdigen met een verstandelijke handicap beduidend vaker voor. Ook worden jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking vaak verleid tot het plegen van

strafbare feiten; personen uit het criminele circuit maken in die zin nogal eens misbruik van minderbegaafden. Daarnaast hebben jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking relatief vaak last van depressieve gevoelens en angst. Opvoedproblemen zijn minder goed onderzocht, maar er zijn aanwijzingen voor pedagogische tekorten bij ouders van licht verstandelijk beperkte jeugdigen.

## **2.4    *Behoeft e aan ondersteuning***

Barnhard en Kramer (2000) stellen dat jeugdigen bij wie het cognitieve functioneren door het gestoorde gedrag en de emotionele kwetsbaarheid negatief wordt beïnvloed, begeleid dienen te worden volgens de richtlijnen die gelden voor licht verstandelijk beperkte jeugdigen. Ook andere onderzoeken geven aan dat jeugdigen met een relatief hoog IQ met bijkomende psychiatrische stoornissen, moeten worden benaderd en begeleid volgens de richtlijnen voor licht verstandelijk beperkten omdat zij anders overvraagd worden (Van Daal, Plemper en Willems 1997; Windmuller, Huskens e.a. 1998; Barnhard en Kramer 2000).

Aan de andere kant stelt men in de ICD-10 dat de behoefte aan behandeling en ondersteuning van licht verstandelijk beperkten (IQ-score van 50-70) met gedragsmatige, emotionele en sociale moeilijkheden, meer lijkt op wat wordt aangetroffen bij personen met een normale intelligentie dan op de specifieke problemen van matig of ernstig verstandelijk beperkten (WHO 1994). Het is aannemelijk om te veronderstellen dat dit voor jeugdigen uit onze doelgroep met een hoger IQ in nog sterkere mate geldt.

De AAMR (2002) onderscheidt vier niveaus van ondersteuning: kortdurende, beperkte, regelmatige (extensieve) en permanente ondersteuning. De groep jeugdigen met een licht verstandelijke beperking heeft volgens deze systematiek merendeels kortdurende of beperkte ondersteuning nodig. Zo hebben veel van deze jeugdigen regelmatig ondersteuning nodig bij de overgang naar een andere levensfase. Daarbij valt te denken aan het voor het eerst naar school gaan, de wisseling van basis- naar voortgezet onderwijs, het begin van de puberteit, de eerste baan, wisseling van werkkring, trouwen en kinderen krijgen. Ook hebben zij ondersteuning nodig wanneer zij worden geconfronteerd met

nieuwe, complexe situaties, bijvoorbeeld bij juridische problemen en financiële zaken. De cognitieve beperkingen blijven immers bestaan (Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003).

## **2.5 Omvang van de doelgroep**

In deze paragraaf proberen wij een antwoord te geven op de vraag hoeveel jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking en bijkomende problematiek er in Nederland zijn. Het kan, bij gebrek aan exacte gegevens, slechts gaan om een globale aanduiding. Op grond daarvan en van de geregistreerde AWBZ-indicaties voor licht verstandelijk gehandicapten kan men een schatting maken van het aantal jeugdigen dat in de toekomst een beroep zou kunnen gaan doen op het bureau jeugdzorg.

We proberen eerst een schatting te maken van de groep zwakbegaafden en jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking en opvoed- en opgroei problemen.

Op basis van een normaalverdeling wordt geschat dat circa 15% van de mensen een IQ-score tussen 50 en 85 heeft. Als we ervan uitgaan dat jeugdigen vanaf 5 tot 18 jaar potentiële cliënten van bureau jeugdzorg zijn, dan betreft dit in 2002 15% van 2.926.000 jeugdigen: circa 439.000 jeugdigen. Het gaat dan om ongeveer 398.000 zwakbegaafde (13,6%) en 41.000 licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (1,4%).

Wallander, Dekker en Koot (2003) maken een schatting van het aantal jeugdigen in Nederland met een IQ tussen de 50 en 70: zo'n 39.000 kinderen, jonger dan 20 jaar. Deze schatting komt redelijk overeen met het hierboven geschatte aantal. Wallander en collega's baseren hun schatting op basis van het aantal verstandelijk gehandicapte leerlingen in het (speciaal) onderwijs en de dagverblijven voor verstandelijk gehandicapte kinderen. Op basis van een normaalverdeling heeft 85% van deze verstandelijk gehandicapten een IQ tussen 50 en 70.

Niet al deze jeugdigen hebben echter een beperkte sociale redzaamheid. Deze aantallen betreffen immers alleen de IQ-score waarmee slechts zeer ten dele wordt aangegeven wat de individuele beperking is. Op basis van bevolkingsonderzoek van Maas e.a. (1988; aangehaald bij College bouw

ziekenhuisvoorzieningen 2004) komt men op een aantal van 29.300 jeugdigen, jonger dan 20 jaar, met een verstandelijke beperking. Zwakbegaafden zijn hierin echter niet meegenomen. Op basis van de bovengenoemde verhouding tussen licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde jeugdigen, komen we uit op circa 284.000 zwakbegaafde jeugdigen. In totaal betreft het hier dan circa 313.300 jeugdigen, 71% van het aantal jeugdigen met een IQ tussen 50 en 85.

Niet alle jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking hebben bijkomende problemen, maar toch wel het merendeel. Bij de prevalentie van psychiatrische problemen kwam naar voren dat zo'n 40% van de licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen bijkomende problemen heeft en wanneer zwakbegaafden erbij werden betrokken, zelfs 81%. Het gaat dan respectievelijk om ongeveer 11.500 licht verstandelijke gehandicapte (IQ 50-70) en 242.000 zwakbegaafde jeugdigen (IQ 70-85): in totaal om circa 253.500 jeugdigen. Hierbij zijn we ervan uitgegaan dat jeugdigen pas licht verstandelijk gehandicapt zijn als zij niet alleen een lager dan gemiddeld IQ hebben maar ook een beperkte sociale redzaamheid.

Lang niet alle jeugdigen hebben echter een zorgvraag of hulpbehoefte. We hebben hierover geen exacte gegevens. We weten alleen hoeveel jeugdigen feitelijk aanspraak hebben op zorg uit de gehandicaptensector (AWBZ). Hoeveel jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap er in de jeugd-GGZ, jeugdhulpverlening en justitiële jeugdzorg verblijven, is onduidelijk. De multifunctionele centra, samenwerkingsverbanden tussen jeugd-GGZ en gehandicaptensector voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met (het vermoeden van) psychiatrische problematiek, hebben een capaciteit van 288 (12 x 24) plaatsen. Deze zorg valt onder de AWBZ en de indicaties hiervoor zijn dus meegenomen in de hierna gepresenteerde gegevens.

Bij de behoefte-raming voor de MFC's is echter ook geschat dat 13% van de leerlingen op het speciaal onderwijs een lichte verstandelijke beperking en (mogelijk) psychiatrische problemen heeft. Dit betreft dan ongeveer 10.000 jeugdigen. De respons op de scholen liet echter te wensen over, dus men denkt dat het percentage wel hoger kan liggen (Barnhard en Kramer 2000).

In het landelijke Zorg Registratie Systeem (ZRS) worden indicatiestellingen, wachttijden en gerealiseerde zorg en dienstverlening volgens de AWBZ geregistreerd. Uit het landelijke bestand is voor het jaar 2002 een selectie gemaakt van cliënten die zwakbegaafd of licht verstandelijk gehandicapt zijn en jonger dan 18 jaar.

**Tabel 1:** Geïndiceerde en gerealiseerde producten bij jeugdigen met een IQ tussen 50 en 85 en jonger dan 18 jaar, in 2002.

| <i>Productgroep</i>      | <i>Aantal geïndiceerde producten</i> | <i>Aantal gerealiseerde producten</i> |
|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Onderzoek en advies      | 449                                  | 244                                   |
| Begeleiding cliënt       | 1.521                                | 481                                   |
| Begeleiding ouder/gezin  | 2.624                                | 1.202                                 |
| Behandeling              | 932                                  | 371                                   |
| Dagbesteding             | 1.224                                | 514                                   |
| Wonen                    | 881                                  | 317                                   |
| Kort verblijf            | 3.375                                | 1.184                                 |
| Behandeling met verblijf | 1.561                                | 718                                   |
| <i>Totaal</i>            | <i>12.567</i>                        | <i>5.031</i>                          |
| <b>Aantal cliënten</b>   | <b>6.867</b>                         | <b>3.672</b>                          |

Bron: ZRS, aangehaald bij College bouw ziekenhuisvoorzieningen 2004, pag. 20

Op basis van de ZRS-gegevens in tabel 1 kunnen we stellen dat er in 2002 bijna 6.900 licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen een beroep hebben gedaan op zorg en bijna 3700 jeugdigen in zorg zijn genomen. De overige cliënten wachten enige tijd op de realisering van de hulp. In 2002 waren dat er ongeveer 4.400. De wachttijden variëren per product van 36 tot 131 dagen, ruim een maand tot ruim vier maanden (ZRS, aangehaald bij College bouw ziekenhuisvoorzieningen 2004).

Het aantal geïndiceerde producten is de afgelopen jaren overigens sterk toegenomen: van circa 5.000 in 1999 tot 12.500 in 2002. Het aantal is 2,5 keer zoveel geworden (ZRS aangehaald bij College bouw ziekenhuisvoorzieningen 2004). Dit impliceert ook



een sterk toegenomen aantal zorgvragers. Of deze tendens zich voortzet is onduidelijk.

Samenvattend zetten we de gegevens in tabel 2 nog eens op een rij.

**Tabel 2:** Geschat aantal jeugdigen in Nederland met een lichte verstandelijke beperking en bijkomende problematiek (trechtermodel)

| <i>Aantal jeugdigen</i>  | <i>IQ 50-70</i> | <i>IQ 70-85</i> | <i>Totaal (IQ 50-85)</i> | <i>Percentage</i> |
|--|-----------------|-----------------|--------------------------|-------------------|
| Nederlandse bevolking 5-18 jaar (totaal: 2.296.000 jeugdigen)  | 41.000          | 398.000         | 439.000                  | 100%              |
| Jeugdigen met een verstandelijke beperking (incl. beperkte sociale redzaamheid)                            | 29.300          | 284.000         | 313.300                  | 71%               |
| Jeugdigen met een verstandelijke beperking (incl. beperkte sociale redzaamheid) en bijkomende problematiek | 11.500          | 242.000         | 253.500                  | 58%               |
| Clënten met aanspraak op AWBZ-zorg   |                 |                 | 6.867                    | 1,5%              |

### **3 Signalering en herkenning van de problematiek**

Dat het signaleren van de doelgroep licht verstandelijk gehandicapten een complexe zaak is, zal inmiddels duidelijk zijn. Dekker (2003) beschrijft in haar proefschrift dat het diagnosticeren van een verstandelijke beperking in combinatie met een vorm van psychopathologie wordt bemoeilijkt door verschillende factoren. Op de eerste plaats kan een psychisch probleem een negatieve uitwerking hebben op de score die een kind behaalt op een intelligentietest. Er wordt dan een onjuiste classificatie verkregen van de verstandelijke beperking. Een tweede probleem is het zogenoemde *overshadowing*. Dit houdt in dat het probleemgedrag gezien wordt als een onderdeel van de verstandelijke beperking. Bijvoorbeeld, het is moeilijk om te beoordelen of probleemgedrag dat vaak samengaat met een verstandelijke beperking, zoals concentratieproblemen en impulsiviteit, behoort tot de normale ontwikkeling of dat het gedrag toegeschreven dient te worden aan een psychisch probleem (Holland en Koot 1998). Deze factoren onderschrijven het belang van het gebruik van instrumenten die speciaal ontworpen zijn voor kinderen met een verstandelijke handicap.

Dit leidt weer tot een nieuw probleem, namelijk het tekort aan betrouwbare en valide instrumenten die speciaal ontwikkeld zijn voor het vaststellen van psychopathologie bij kinderen met een verstandelijke beperking (Wallander, Dekker en Koot 2003). Voor een compleet overzicht van meetinstrumenten verwijzen wij naar Aman (1991), een veel geciteerd basiswerk.

Omdat er bij bureau jeugdzorg veel kinderen en jongeren met diverse problemen worden aangemeld, bestaat de behoefte aan een trapsgewijs samengesteld signaleringsinstrumentarium.

Allereerst kan een signaleringslijst gebruikt worden. Dit is een korte lijst met kenmerken, die langs gelopen kan worden om na te gaan of er sprake zou kunnen zijn van een lichte verstandelijke handicap. In Dordrecht, één van de LVG-pilots, heeft men een aanzet gedaan tot ontwikkeling van een dergelijke signaleringslijst. Indien het vermoeden bestaat dat er sprake is van een lichte

verstandelijke handicap, dient verder onderzoek plaats te vinden met behulp van screeningsinstrumenten, of instrumenten voor basisdiagnostiek binnen bureau jeugdzorg. Deze instrumenten moeten voldoen aan een aantal criteria, namelijk:

- gericht op licht verstandelijk gehandicapte (en zwakbegaafde) kinderen en jeugdigen;
- beschikbaarheid van een jongere-, een ouder- en een leerkrachtversie;
- beschikbaarheid van een Nederlandse vertaling;
- beperkte afnametijd;
- goede betrouwbaarheid en validiteit;
- beschikbaarheid van gegevens over normgroepen;
- hanteerbaar voor medewerkers van bureau jeugdzorg.

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de signalering van problemen bij licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen. Van verschillende instrumenten zal een beschrijving worden gegeven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van de beschreven instrumenten aan de hand van een lijst met criteria. We beperken ons overzicht tot instrumenten voor basisdiagnostiek binnen bureau jeugdzorg. Specialistisch diagnostisch onderzoek vindt plaats na de basisdiagnostiek, soms in diagnostische centra gelieerd aan bureau jeugdzorg, soms bij zorgaanbieders, zoals een multifunctioneel centrum.



### **3.1 Screeningsinstrumenten**

Ponsioen en Van der Molen (2002) geven in hun onderzoek naar cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jeugdigen aan dat de IQ-test misschien wel het meest gebruikte criterium is bij het vaststellen van het intellectueel functioneren. De IQ-test speelt in de klinische praktijk een grote rol in de besluitvorming bij indicatiestelling en zorgtoewijzing. Zoals reeds in het vorige hoofdstuk is vermeld, is het IQ alleen echter een onvoldoende criterium voor het vaststellen van een licht verstandelijke handicap. Een disharmonisch profiel (in dit geval een hoog verbaal IQ en een laag perfoormaal IQ), hetgeen naar voren kan komen uit een intelligentietest, is wel iets wat op een licht verstandelijke handicap kan duiden. Het is dus wel van belang om

het IQ te onderzoeken en daarbij vooral te letten op het IQ-profiel en minder op de gemiddelde score.

Daarnaast moet de sociale redzaamheid worden beoordeeld. Het IQ en de sociale redzaamheid zijn samen de belangrijkste indicatoren voor het vaststellen van een verstandelijke handicap (AAMR 2002; APA 1994). Kraijer en Plas (2002) geven de samenhang tussen de intelligentiescore (*intellectual functioning*) en de sociale redzaamheid (*adaptive skills*) weer in schema 1.

**Schema 1**

|   |              | Intellectual functioning  |                       |
|---|--------------|--|-----------------------|
|   |              | Retarded   | not retarded          |
| Adaptive skills  | retarded     | MENTALLY RETARDED  | NOT MENTALLY RETARDED |
|   | not retarded | NOT MENTALLY RETARDED  | NOT MENTALLY RETARDED |

Kraijer en Plas (2002) geven een overzicht van tests en schalen die gebruikt kunnen worden bij mensen met een verstandelijke beperking. Voor de signalering van jeugdigen met meervoudige problematiek, waaronder een verstandelijke beperking, zijn drie soorten meetinstrumenten van belang, namelijk intelligentietests, sociale redzaamheidschalen en instrumenten die bijkomend probleemgedrag meten.

In deze paragraaf zal achtereenvolgens aandacht worden besteed aan de drie genoemde soorten meetinstrumenten. Ook wordt ingegaan op de bruikbaarheid van twee algemene screeningsinstrumenten voor de groep jeugdigen met een licht verstandelijke handicap, namelijk de RED en de CBCL.

### **3.1.1 Intelligentietests**

Zolang ze bestaan, is er al kritiek op intelligentietests. Ponsioen en Van der Molen (2002) plaatsen drie kanttekeningen bij het grote

gewicht dat een IQ-score wordt toegekend bij diagnostische besluitvorming:

1. Een IQ-score geeft weinig informatie over het functioneren van de individuele persoon, onder andere vanwege de soms zeer verschillende intelligentieprofielen en factorstructuren die ten grondslag liggen aan de totaalscore van verschillende individuen.
2. Er kunnen vraagtekens geplaatst worden bij de stabiliteit van de IQ-scores binnen de levensloop van een individu.
3. De IQ-score is afhankelijk van de testkeuze.

Ook Soenen, Dijkxhoorn en Berckelaer-Onnes (2003) bekritisieren het differentiëren op basis van het niveau van het IQ. De eerste reden hiervoor is dat een onderverdeling op basis van het IQ met name de beperkingen in het individu centraal stelt. Er wordt benadrukt dat een verstandelijke beperking geen defect is, maar een beperking die resulteert uit de interactie van een persoon met zijn omgeving (Luckasson, Borthwick-Duffy e.a. 1992, aangehaald in: Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003). De tweede reden komt overeen met de tweede kanttekening van Ponsioen en Van der Molen, namelijk dat de IQ-scores bij mensen met een licht verstandelijke beperking niet stabiel zijn, ze kunnen in het verloop van de ontwikkeling zowel verhogen als verlagen (Hodapp en Dykens 1996, aangehaald in Soenen, Dijkxhoorn en Van Berckelaer-Onnes 2003). Dat in de praktijk toch veel gewicht wordt toegekend aan de IQ-score bij diagnostische besluitvorming komt waarschijnlijk doordat IQ-tests, zoals de WISC-R en de WAIS-III genormeerde gegevens opleveren die de suggestie wekken 'stabiele en harde gegevens' te zijn. Maar zelfs bij deze gerenommeerde tests hekelen critici de normering ervan (Tellegen 2002)<sup>4</sup>.

Kraijer en Plas (2002) beschrijven verschillende intelligentietests, zoals de WIPPSI-R, de RAKIT, de WISC-R en de WAIS-III. Voor een uitgebreide beschrijving verwijzen wij naar Kraijer en Plas (2002). Het is van belang om niet alleen te letten op een gemiddelde IQ score, maar ook op het intelligentieprofiel. Zoals reeds eerder is vermeld, kan een disharmonisch profiel (in dit geval een hoog

---

<sup>4</sup> Een uitgebreide review over de betrouwbaarheid van IQ-tests voor diagnostische besluitvorming laten wij hier achterwege. Op de website [www.testresearch.nl](http://www.testresearch.nl) is veel van de discussie te vinden.

verbaal IQ en een laag perfoormaal IQ) duiden op een licht verstandelijke beperking.

### **3.1.2 Schalen voor sociale redzaamheid**

Tevens geven Kraijer en Plas een overzicht van de best onderbouwde en meest gebruikte schalen voor licht verstandelijk gehandicapten op het gebied van sociale redzaamheid. Deze zullen hieronder kort worden besproken.

#### **◆ Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS)**

Allereerst bespreken Kraijer en Plas (2002) de Vineland Adaptive Behavior Scales, ofwel de VABS. Er bestaat een experimentele vertaling van dit instrument onder de naam VAGS, Vineland Adaptief Gedragsschaal. De VABS bestaat uit twee interviewedities en een screener. De meetpretentie van de interviewedities is het objectief vastleggen van de sociale redzaamheid gedefinieerd als 'the performance of the daily activities required for personal and social sufficiency.' De Screener is uitdrukkelijk bedoeld voor het screenen van grote groepen en voor researchdoeleinden. De doelgroep bestaat in principe uit verstandelijk beperkte personen van alle leeftijden en niveaus van functioneren, waarbij bedacht moet worden dat de Amerikaanse standaardscores in de tabel nooit beneden de 20 uitkomen en voor de jongste leeftijden in het meest extreme geval niet beneden de waarde 77. Kraijer en Plas noemen als nadeel van de VABS de grote omvang van de originele versie van de schaal en dus de grote tijdsinvestering die met de afname gepaard gaat. Een tweede nadeel is de noodzaak van de tussenkomst van een gekwalificeerde en getrainde interviewer. Wat betreft de Nederlandse versie is het probleem dat de schaal hiervoor niet aangepast is en dat er geen normen beschikbaar zijn.

#### **◆ Sociale Redzaamheidsschaal voor zwakzinnigen van hoger niveau, SRZ-P**

Verder noemen Kraijer en Plas de Sociale Redzaamheidsschaal voor Kinderdagverblijfbezoekers, de Sociale Redzaamheidsschaal-Z en de Sociale Redzaamheidsschaal-Plus voor hoger niveau,

waarvan alleen de laatste zeer relevant is voor de signalering van jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking.

In 1972 verscheen de SRZ, Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen, hetgeen nog steeds de meest gebruikte sociale redzaamheidsschaal is binnen de Nederlandse zwakzinnigenzorg. Al snel bleek echter dat er behoefte was aan een aanvullende schaal voor geestelijk gehandicapten met een hoger niveau van functioneren dan waarvoor de SRZ bedoeld is. Deze behoefte nam toe doordat er steeds meer aandacht werd besteed aan allerlei vormen van semimuraal wonen, niet alleen de gezinsvervangende tehuizen (GVT's), maar ook fasehuizen, sociowoningen, dependances en vormen van begeleid of zelfstandig wonen (Kraijer en Kema 1984).

In 1984 werd de SRZ-P (SRZ-Plus) geïntroduceerd. Volgens de COTAN (Evers, Van Vliet-Mulder en Groot 2000) - een gezaghebbend overzicht van tests en testresearch in Nederland - is de SRZ-P bedoeld voor personen vanaf 12 jaar met een verstandelijke handicap, van (ruim) matig

zwakzinnig tot en met licht zwakzinnig/zwakbegaafd. Volgens de handleiding, die stamt uit 1984, pretendeert het instrument echter de sociale redzaamheid van (vrijwel) volwassen gehandicapten te meten en is dus niet primair ontworpen voor jeugdigen. Kraijer en Kema (1984) geven een eenvoudige definitie van sociale redzaamheid, namelijk 'het kunnen voldoen aan de dagelijkse eisen die een samenleving stelt.' Deze samenleving kan zowel gevormd worden door het tehuis of instituut als door de maatschappij.

Deze SRZ-P werd ontwikkeld op basis van onderzoek onder vijf GVT's, waarvan één met zeer hoog niveau bewoners, een zwakzinnigeninrichting met enkele sociowoningen en bewoners van negen 'debieleninternaten'. Tegenwoordig wordt de term 'debiel' niet meer gebruikt, maar hiermee wordt een persoon bedoeld met een IQ van 70 tot en met 79 (Bleichrodt, Drenth e.a. 1987, aangehaald in Resing en Blok 2002). De debieleninternaten heten tegenwoordig orthopedagogische centra. Er zijn normtabellen beschikbaar voor GVT-bewoners (18-30 jaar; 31-55 jaar; > 56 jaar) en voor debieleninternaten mannen en vrouwen (12, 13, 14, 15-16 en 17-20 jaar). Tevens zijn er populatienormen voor verschillende leeftijden (12, 13, 14, 15-16 en 17 jaar en ouder) voor een gewogen steekproef van beide voorzieningen tezamen. Deze laatste populatienormen zijn verkregen met behulp van een onderzoek onder 503 12- tot en met 17-jarigen uit

orthopedagogische centra voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten (Kraijer en Plas 2002).

De SRZ-P dient ingevuld te worden door twee groepsleid(st)ers. Afname en interpretatie gebeuren onder supervisie van een psycholoog of orthopedagoog. De duur van de afname van de SRZ-P ligt tussen de 10 en 15 minuten. De scoring duurt ongeveer 5 minuten. Er kan dus gesproken worden van een goed bruikbaar instrument. Ook de betrouwbaarheid en validiteit van de SRZ-P zijn door de COTAN met *goed beoordeeld* (Evers, Van Vliet en Mulder 2000).

De SRZ-P bestaat uit 63 items die vragen naar de mate waarin een persoon in staat is tot zaken die te maken hebben met de persoonlijke verzorging en met deelname aan maatschappelijke zaken (sporten in clubverband, zelfstandig gebruikmaken van openbaar vervoer et cetera). Deze items kunnen worden onderverdeeld in de volgende schalen: zelfredzaamheid primaire zorg zichzelf (kleden, tanden poetsen, nagels knippen en dergelijke); zelfredzaamheid omgang anderen (een vriendschap kunnen aangaan) en buitenwereld (op het verkeer letten, gebruikmaken van het openbaar vervoer); verbaal/numeriek (geld en prijzen, lezen en schrijven, klokkijken en tijdsbesef, ook belangstelling hebben voor via de media overgebrachte informatie).

Zoals reeds in het vorige hoofdstuk werd vermeld, kan de schaal worden gebruikt om te signaleren, zij interpreteert echter niet. De SRZ-P is dus een instrument waarmee de sociale redzaamheid beschreven kan worden. Als een bewoner op het gebied van sociale redzaamheid relatief slecht naar voren komt, moet eerst worden nagegaan of dit komt door zijn/haar eigen beperkingen of door de beperkte mogelijkheden of kansen die hem/haar geboden worden (Kraijer en Kema 1984). Op basis van de score kunnen voorspellingen worden gedaan. Met betrekking tot de LVG-jeugdigen kan gesteld worden dat de SRZ-P een meetinstrument is waarmee problemen op het gebied van sociale redzaamheid gesignaleerd kunnen worden. Als er daadwerkelijk sprake is van problemen op dit gebied, en er is daarnaast sprake van een intelligentiescore tussen de 50 en de 70, kan er volgens Kraijer en Plas gesproken worden van een LVG-jeugdige.

Er zijn reeds verschillende onderzoeksprojecten uitgevoerd waarbij gebruik is gemaakt van de SRZ-P. Zo deden Menting en Bosch (1987, aangehaald in Kraijer en Plas 2002) onderzoek in



opdracht van het Provinciaal Overlegorgaan Zorg voor Verstandelijk Gehandicapten te Groningen. Op basis van onder meer de SRZ-P-uitslagen kon men de tot dan toe alleen op indrukken gebaseerde veronderstelling hard maken dat de bewoners van GVT's in de provincie Groningen op een lager niveau functioneren dan die elders in het land. Dit heeft consequenties wat betreft bijvoorbeeld de haalbaarheid van doorstroming naar vormen van zelfstandig(er) wonen, hetgeen weer financiële gevolgen heeft. Tevens beschrijven Kraijer en Plas (2002) onderzoeken van Derksen-Lowie en Weerkamp (1985) en van Verschure (1986). In beide gevallen komt men op basis van onderzoek met de SRZ-P tot de bevinding dat er enerzijds sprake is van een aanzienlijke samenhang tussen de SRZ-P-uitslag en het woonniveau of de woonvoorziening, anderzijds dat het sociale redzaamheidsniveau van GVT-bewoners en bewoners van sociowoningen van een inrichting nogal wat overlapping vertoont. Het is duidelijk dat meerdere factoren, waaronder zeker de aanwezigheid van storend gedrag, bepalen op welke woonplek iemand terechtkomt.

Er is weinig informatie beschikbaar over onderzoek met de SRZ-P onder jongeren. Een reden hiervoor is dat het verkrijgen van een voldoende representatieve steekproef 12- tot en met 16-jarigen functionerend op ruim matig verstandelijk beperkt tot en met krap zwakbegaafd niveau in de praktijk niet realiseerbaar is (Kraijer en Plas 2002). Hierdoor blijft onduidelijk vanaf welke leeftijdsgroep het instrument daadwerkelijk bruikbaar is.

Voor de volledigheid besteden Kraijer en Plas ook kort aandacht aan enkele slecht onderbouwde instrumenten. Daarnaast gaan zij kort in op een aantal meer recentelijk ontwikkelde instrumenten, welke weinig of alleen plaatselijk gebruikt worden. Voor dit overzicht verwijzen we naar Kraijer en Plas (2002).

### **3.1.3 Algemene screeningsinstrumenten**

We gaan hier in op de bruikbaarheid van de RED en de CBCL voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap.

#### ◆ **Registratie-, Evaluatie- en Diagnostisch systeem (RED)**

In 1994 is onder leiding van Baarda en Van Vianen gestart met de ontwikkeling van een registratie-, evaluatie- en diagnostisch systeem voor gezinsvoogdij-instellingen. Het doel was een formulier te ontwikkelen voor de gestandaardiseerde informatieverzameling in het primaire proces (Verheggen en Van Yperen 1997). Bij de ontwikkeling is uitgegaan van de CheckList Intake Klachtzaken, ofwel CLIK (Ten Berge en Baarda 1994, aangehaald in Van Vianen, Baarda e.a. 1999). De CLIK is een hulpmiddel voor de intake van beschermingszaken door de Raad voor de Kinderbescherming. Het RED-systeem heeft drie functies, namelijk het inventariseren, het analyseren van problemen en het evalueren. De evaluatieve functie komt echter in het instrument niet expliciet naar voren.

Verheggen en Van Yperen (1997) beschrijven bondig welke informatie globaal gezien verzameld kan worden met behulp van het formulier, namelijk:

- I. Algemene gegevens
  - persoonsgegevens van jeugdige en ouders
  - gezinssamenstelling
  - belangrijke informanten.
- II. Wat is de hulpvraag van:
  - ouder
  - de jeugdige
  - anderen.
- III. Wat is het probleem en hoe ernstig is het probleem wat betreft:
  - de ontwikkeling van de jeugdige
  - de gedragsproblemen van de jeugdige.
- IV. Welke factoren veroorzaken het probleem en/of houden het probleem in stand? Er wordt informatie verzameld over:
  - de opvoeding
  - de persoonskenmerken van de opvoeder en de jeugdige
  - gezinskenmerken
  - omgevingskenmerken
  - eerdere hulpverlening/onderzoek.

Vervolgens is er op het formulier ruimte om:

- V. de conclusie van de informatieverzameling weer te geven;

- VI. de indicatie te formuleren waarin de benodigde hulp, de algemene en specifieke hulpverleningsdoelen en de geschatte duur van de hulpverlening weergegeven wordt;
- VII. de motivatie van de cliënt weer te geven voor wat betreft de aanbevolen hulp.

De maatschappelijk werker vult de lijst in aan de hand van informatie uit de gesprekken die hij met ouders gevoerd heeft. Het instrument kan onder andere gebruikt worden als screeningsinstrument, waarmee een beeld van de cliënt wordt verkregen zonder dat reeds bekend is of er sprake is van een verstandelijke handicap en/of gedragsproblemen. Het systeem is echter niet specifiek gericht op de LVG-doelgroep.

In 2002 heeft de William Schrikker Stichting Jeugdbescherming een aangepaste vorm van de RED geïntroduceerd. De William Schrikker Stichting is een gespecialiseerde instelling voor jeugdbescherming en pleegzorg gericht op kinderen met een handicap of een chronische ziekte. De reden waarom juist het RED-systeem gekozen werd voor een aanpassing, in plaats van een ander algemeen screeningsinstrument zoals de VSPS (Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie), is dat het gaat om een systeem waarin veel ruimte is voor beschrijving en inventarisering. Doordat het instrument niet geheel is gestandaardiseerd, kan het hulpverleningsplan beter aansluiten op de specifieke kenmerken van de doelgroep. Deze aangepaste vorm van de RED is dus relevanter voor het signaleren van de LVG-jeugd. Bij de William Schrikker Stichting wordt de RED als volgt omschreven: 'De RED is een diagnostiek die als basis dient voor het hulpverleningsplan.

Met dit instrument kan de jeugdbeschermer op een systematische manier informatie verzamelen over de aard en omvang van de problemen van cliënten. Ook geeft de RED inzicht in de factoren die het probleem van de cliënt veroorzaken of in standhouden en hoe die factoren veranderd kunnen worden. In dit systeem wordt ook de handicap en de invloed van de handicap op de problemen meegewogen' (Website William Schrikker Stichting 2003).

In de aangepaste RED zijn doelgroepspecifieke aandachtspunten toegevoegd, zodat de jeugdbeschermer in staat is factoren die samenhangen met de handicap van de cliënt te verwerken in de basisdiagnostiek. Daarnaast zijn in de algemene en inhoudelijke uitleg hulpverleningsplanelementen toegevoegd die

betrekking hebben op de gewenste werkwijze en attitude van jeugdbeschermers van de William Schrikker Stichting in het tot stand komen van het hulpverleningsplan en de communicatie hierover met cliënten (Abbenhues en Schulten 2002).

Concreet komt de aanpassing neer op enkele verschillen in formulering en enkele toegevoegde vragen. Een voorbeeld is een aanvulling op de vraag in de fase van probleemanalyse met betrekking tot de schoolontwikkeling. In de reguliere versie van de RED wordt gevraagd naar de schoolsoort en de schoolprestaties van het kind. In de aangepaste RED wordt echter eerst gevraagd of het kind een school bezoekt óf een andere vorm van dagopvang. En indien het kind een dagopvang bezoekt wordt gevraagd door wie en op welke gronden de indicatie hiervoor is gesteld. Deze aanvulling komt voort uit het feit dat kinderen met een handicap vaak een andere dagbesteding hebben dan het normale schoolbezoek. Een tweede voorbeeld van een aanvulling is de toegevoegde vraag of er sprake is van een handicap of stoornis waarbij in combinatie met de diagnose specifieke gedragsproblemen voorkomen (bijvoorbeeld autisme, ADHD). Een derde voorbeeld van een aanvulling heeft betrekking op vermoedens van seksueel misbruik. Dit onderwerp is toegevoegd, omdat het een veel voorkomende vorm van problematiek is bij de LVG-doelgroep.

#### ◆ **Child Behavior CheckList (CBCL)**

De Child Behavior Checklist (CBCL) is van oorsprong een Amerikaanse vragenlijst die in 1991 ontwikkeld werd door Achenbach. De lijst bevat een groot aantal door ouders te beantwoorden vragen over probleemgedrag en sociale competentie bij kinderen van 4 tot en met 18 jaar. Er bestaan twee versies van de CBCL voor verschillende leeftijdsgroepen, respectievelijk voor 11/2-5-jarigen en voor 6-18-jarigen. Daarnaast zijn er twee soortgelijke vormen van het instrument: voor de leerkracht de Teacher Report Form (TRF) en voor de jeugdige zelf de Youth Self-Report (YSR). Tevens bestaan er een zelf in te vullen vragenlijst voor 18-30-jarigen, de Young Adult Self-Report Form (YASR) en een gedragsvragenlijst voor 18-30-jarigen, de Young Adult Behavior Checklist (YABCL). De CBCL is ook in het Nederlands vertaald (Verhulst, Van der Ende en Koot 1996).

Het gaat om een onderzoeksinstrument waarmee diagnostische informatie wordt verzameld, geanalyseerd en

geïnterpreteerd ten behoeve van diagnostische beeldvorming. Daarnaast kan het instrument gebruikt worden om gegevens over bepaalde doelgroepen te registreren.

De checklist bestaat uit twee delen. Het eerste deel heeft betrekking op de sociale vaardigheden van de jeugdige. Het tweede deel is een gedragsvragenlijst over emotionele en gedragsproblemen van nu of van de laatste zes maanden. Op basis van de gegevens wordt een totale probleemscore berekend. Tevens worden de probleemscores gescoord op een profiel met verschillende typen emotionele en gedragsproblemen (bijvoorbeeld delinquentie, agressie) en een profiel met verschillende hoofdvormen van problematiek (internaliserend en externaliserend probleemgedrag).

De CBCL is een veel gebruikt instrument en er is veel onderzoek naar gedaan. Hieruit is gebleken dat de lijst goede psychometrische eigenschappen heeft. De COTAN beoordeelt de betrouwbaarheid met *voldoende*, de begripsvaliditeit met *goed* en de criteriumvaliditeit met *voldoende* (Evers, Van Vliet-Mulder en Groot 2000).

Omdat licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen relatief vaker vormen van psychopathologie vertonen (Baker en Cantwell 1987, aangehaald in Embregts 2000) en 3 tot 4 keer zoveel kans hebben op het ontwikkelen van emotionele en gedragsproblemen (Dekker 2003) wordt ook bij deze groep jongeren vaak de CBCL afgenomen.

In een onderzoek van Dekker, Koot en anderen (2002) wordt een vergelijking gemaakt tussen emotionele en gedragsproblemen van kinderen met een verstandelijke beperking en van kinderen zonder verstandelijke beperking. Hiervoor moesten ouders een CBCL invullen en leerkrachten een TRF. De onderzoekers vonden op basis van hun resultaten dat de interne consistentie van de CBCL en de TRF-schalen vergelijkbaar met of zelfs hoger was dan de interne consistentie zoals gevonden in een steekproef uit de Nederlandse algemene bevolking of in een naar de geestelijke gezondheidszorg verwezen steekproef van kinderen zonder een verstandelijke beperking. Dit zou betekenen dat de CBCL ook gebruikt kan worden onder kinderen met een verstandelijke beperking. De onderzoekers benadrukken wel dat er meer onderzoek nodig is naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de CBCL en de TRF bij kinderen met een verstandelijke beperking, en het gebruik van aangepaste normen wordt voorgesteld (Dekker 2003).

Een dergelijk onderzoek naar de betrouwbaarheid van de CBCL wanneer deze niet wordt afgenomen onder de oorspronkelijke doelgroep, maar onder licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen, is verricht door Embregts (2000). Dit onderzoek vond plaats onder 42 jongeren in de leeftijd van 10 tot 18 jaar, die allen verbleven in een voorziening voor licht verstandelijk gehandicapten. De invullers van de lijst waren in dit geval de stafmedewerkers van de voorzieningen in plaats van de ouders. Voor iedere jongere werd de CBCL ingevuld door twee informanten.

Embregts onderzocht de test-hertestbetrouwbaarheid en de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid. De inter-beoordelaarbetrouwbaarheid, waarmee de mate van overeenstemming tussen twee verschillende beoordelaars wordt bedoeld, bleek onvoldoende te zijn (gemiddelde Kappa .267 [range -.085 tot .697]). Dit betekent dat de resultaten niet geheel onafhankelijk zijn van de persoon die de lijst heeft ingevuld. De test-hertestbetrouwbaarheid, ofwel de mate van overeenstemming op twee verschillende meetmomenten, kwam beter uit het onderzoek naar voren (gemiddelde Kappa .52 [range 0.0 tot 1.0]). De uitslag van dit onderzoek betekent dat de CBCL niet zonder meer kan worden gebruikt voor deze doelgroep. Embregts noemt verschillende redenen voor de slechte inter-beoordelaarbetrouwbaarheid. Zo stelt zij bijvoorbeeld dat de beoordeling van de aard en omvang van emotionele en gedragsproblemen door verschillende informanten samenhangt met de eigenschappen van de desbetreffende informant, zoals de frequentie van het contact en het soort interacties dat deze heeft met de jeugdige (Eckert en DuPaul 1996, aangehaald in Embregts 2000), de mogelijkheden die de verschillende informanten hebben om het gedrag van de cliënt te observeren, hun beïnvloeding van het gedrag van cliënten, en de mate waarin ze de cliënt kennen. Embregts concludeert met haar bevinding dat de CBCL niet altijd een betrouwbaar instrument is bij het onderzoeken van gedragsproblemen van jeugdigen met een licht verstandelijke handicap. Omdat de lijst veel gebruikt wordt, ook in settings voor licht verstandelijk gehandicapten (bijvoorbeeld Larson en Lapointe 1980, aangehaald in Embregts 2000), dient volgens haar aandacht te worden besteed aan de betrouwbaarheid van de verkregen informatie.

Er kunnen vraagtekens gesteld worden bij deze misschien wat al te rigoureuze conclusie. Van Yperen (1995) stelt dat een inter-

beoordelaarbetrouwbaarheid van .267 als *matig* beoordeeld kan worden, en een matige inter-beoordelaarbetrouwbaarheid is geen uitzonderlijke bevinding. Ook onderzoeken naar de inter-beoordelaar betrouwbaarheid van met name de oude versies van de DSM (de DSM-III en de DSM-III-R) laten een dergelijk beeld zien. De kwaliteit van de hoofdrubrieken van as I en II schommelt tussen een matig en redelijk niveau, met geregeld uitschieters naar voldoende. Daarnaast merkt Van Yperen op dat Kappa pas van betekenis is als de beoordelaars een voldoende aantal gevallen hebben beoordeeld. Overeenstemming of onenigheid over een paar gevallen zegt niet veel. Een onderzoeksgroep van 42 jongeren is aan de krappe kant. Verder onderzoek naar de betrouwbaarheid van de CBCL wanneer deze wordt gebruikt onder licht verstandelijk gehandicapten, is in die zin gepast.

### **3.1.4 Vragenlijsten voor bijkomende problematiek bij (licht) verstandelijk gehandicapten**

Om de bijkomende problematiek te onderzoeken zijn vragenlijsten voor ontwikkelingsproblemen, gedragsproblemen en gezinsproblemen bruikbaar.

In de handleiding van het hierna te bespreken instrument, noemen Koot en Dekker (2001) verschillende veelbelovende instrumenten voor de screening van kinderen en jeugdigen met een verstandelijke handicap, gebaseerd op het eerder genoemde overzicht van Aman (1991). Deze zullen hieronder kort besproken worden. Tevens worden enkele instrumenten beschreven die door Kraijer en Plas (2002) zijn getypeerd als instrumenten inzake de beoordeling van storend ofwel probleemgedrag. Tot slot is nagegaan of gezinsvragenlijsten bruikbaar zijn voor gezinnen met (licht) verstandelijk beperkte kinderen.

#### **♦ Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag (VOG)**

De VOG is een van oorsprong Australische vragenlijst, die speciaal ontwikkeld is om emotionele en gedragsproblemen van kinderen en jeugdigen met een verstandelijke handicap vast te stellen. De oorspronkelijke vragenlijst dateert uit 1992 (Einfeld en Tonge) en verscheen onder de naam Developmental Behavior Checklist (DBC). De DBC werd ontwikkeld op basis van dossierinformatie van

kinderen met verstandelijke beperkingen. De opmaak en de scoringsmogelijkheden van de DBC lijken op die van de CBCL. Daarnaast is er enige overlap in items, hetgeen echter simpelweg voortkomt uit het feit dat er in werkelijkheid naast unieke gedragingen ook een grote overlap in gedrag is. De DBC is een vragenlijst met goede psychometrische kenmerken, ofwel de DBC heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit. Bovendien is de vragenlijst sensitief en specifiek genoeg om een goed onderscheid te kunnen maken tussen kinderen die volgens het oordeel van psychiaters wel en kinderen die geen psychiatrisch probleem hebben (Einfeld en Tonge 1992, 1995, aangehaald in Koot en Dekker 2001). Door deze kwaliteiten besloten Koot en Dekker in 1996, na een vergelijking van verschillende instrumenten, om de DBC in het Nederlands te vertalen als Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag. Vervolgens werd er een onderzoek gestart naar de structuur, betrouwbaarheid en validiteit, en werden normgegevens voor de vragenlijst vergaard.

Het gebruik van de VOG is analoog aan dat van de gedragsvragenlijsten CBCL, TRF en YSR (Verhulst, Van der Ende en Koot 1996). De VOG heeft twee versies, één voor de ouders en verzorgers, de VOG-O, en één voor leerkrachten en activiteitenbegeleiders, de VOG-L. De VOG-O heeft met name items met omschrijvingen van specifieke emotionele en gedragsproblemen. De VOG-L heeft enkel specifieke items. De items worden gescoord op vijf schalen, namelijk Storend en Antisociaal, In Zichzelf Gekeerd, Communicatiestoornissen, Angst en Sociale Beperkingen. Tevens kan een totale probleemscore berekend worden. De procedure van scoring is overgenomen van de Child Behavior Checklist. De VOG is ontworpen om op een gestandaardiseerde wijze het gedrag van kinderen en jeugdigen te beschrijven, zoals is waargenomen door de informant. Het voordeel van deze gestandaardiseerde procedure van informatieverzameling is dat de gegevens van een bepaald kind goed vergelijkbaar zijn met die van andere kinderen (Koot en Dekker 2001). De ouders en leerkrachten kunnen de vragenlijst individueel en zelfstandig invullen, hetgeen gemiddeld 20 minuten in beslag neemt. Het is nuttig om meerdere informanten, bijvoorbeeld beide ouders of ouder en leerkracht, onafhankelijk van elkaar de VOG te laten invullen, om beide visies met elkaar te kunnen vergelijken.

De VOG is een diagnostisch instrument dat gebruikt kan worden bij de intake, diagnostiek en evaluatie van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen en jeugdigen met een



verstandelijke handicap. Daarnaast kan de VOG gebruikt worden bij het registreren van gegevens over bepaalde doelgroepen en bij wetenschappelijk onderzoek. Voor het signaleren van onze LVG-doelgroep is de VOG een geschikt instrument. Het kan namelijk zowel reeds voorafgaand aan de toegang tot de jeugdzorg als bij het eerste contact met de jeugdzorg ingezet worden als screeningsinstrument. De VOG kan ook later in het hulpverleningsproces gebruikt worden, al is dit voor ons minder relevant. Wel benadrukken de ontwikkelaars dat de vragenlijst nooit de enige bron van informatie kan vormen in de diagnostiek.

De ontwikkeling van de Nederlandstalige versie gaf de mogelijkheid om de interne structuur van de DBC te heronderzoeken in een gecombineerde steekproef van Australische en Nederlandse kinderen en jeugdigen met een verstandelijke handicap. Hiervoor waren drie belangrijke redenen. Ten eerste waren de oorspronkelijke schalen gebaseerd op enkel Australische gegevens. Een schaalstructuur die gebaseerd is op steekproeven uit verschillende landen heeft waarschijnlijk een grotere validiteit en generaliseerbaarheid over verschillende culturen (Dekker, Koot e.a. 2002; Koot en Dekker 2001)

Op de tweede plaats waren in de steekproef waarop de oorspronkelijke schalen waren gebaseerd (Einfeld en Tonge 1992, 1995, aangehaald in Koot en Dekker 2001), kinderen met een licht verstandelijke handicap onvoldoende vertegenwoordigd. Daarom werd de schaalstructuur opnieuw onderzocht in een grote Australisch-Nederlandse steekproef met daarin zowel kinderen met een diepe, ernstige of matige verstandelijke handicap, als kinderen met een lichte verstandelijke handicap. Een derde reden betreft de analysetechniek, waar hier niet verder op ingegaan wordt. De hieruit voortgekomen herziene factorstructuur van de DBC bleek een verbeterd en bruikbaar instrument voor het vaststellen van emotionele problemen en gedragsproblemen bij kinderen met verstandelijke beperkingen. Het instrument heeft een goede test-hertestbetrouwbaarheid en een matig tot redelijke inter-beoordelaarbetrouwbaarheid. De constructvaliditeit van de DBC is voldoende, de divergente validiteit redelijk en de criteriumgerelateerde validiteit is goed (Dekker, Koot e.a. 2002). Door de beschikbaarheid van Nederlandse normen, op basis van het onderzoek van Dekker en collega's en op basis van een Friese studie, is het mogelijk om een vergelijking te maken tussen een

individuele score van een kind ten opzichte van zijn of haar normgroep (Dekker, Koot e.a. 2002).

#### ◆ **De Reiss Screen for Maladaptive Behavior**

De Reiss Screen for Maladaptive Behavior is in 1988 door Steven Reiss speciaal ontwikkeld voor het vaststellen van psychische stoornissen of gedragsstoornissen bij mensen met een verstandelijke handicap. In 1994 werd de Reiss Sreen door Van Minnen en Hoogduin in het Nederlands vertaald. De Reiss Screen dient ter identificatie van mensen met een tweeledige diagnose, dat wil zeggen mensen die naast een verstandelijke handicap gedragsstoornissen hebben (Van Minnen, Savelsberg en Hoogduin 1996).

De Reiss Screen is niet specifiek bedoeld voor jeugdigen. Bij een onderzoek van Reiss naar de betrouwbaarheid, validiteit, factorstructuur en normen waren de meeste proefpersonen in de leeftijd tussen de 20 en 40 jaar (Reiss 1988, aangehaald in Van Minnen, Savelsberg en Hoogduin 1996). En ook bij onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit bij een Nederlandse populatie was de gemiddelde leeftijd 35.1 jaar (Van Minnen, Savelsberg en Hoogduin 1996). In de COTAN staat echter, tegen de verwachting in, vermeld dat de populatie van het meetinstrument licht verstandelijk gehandicapt van 12 jaar betreft (Evers, Van Vliet-Mulder en Koot 2000). Daarnaast worden in de COTAN de kwaliteit van het testmateriaal, de normen, de betrouwbaarheid, de begripsvaliditeit en de criteriumvaliditeit alle met *onvoldoende* beoordeeld.

Koot en Dekker noemen de Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis (RSC-DD), ontwikkeld door Reiss en Valenti-Hein (1994), een veelbelovend instrument (Koot en Dekker 2001). Dit instrument is wél specifiek toegespitst op jeugdigen met een verstandelijke handicap. De RSC-DD is bedoeld voor kinderen en jeugdigen in de leeftijd van 4 tot 21 jaar met een dubbele diagnose (verstandelijke handicap en gedragsproblemen). Het instrument bestaat uit 60 items, welke onderverdeeld kunnen worden in 10 schalen. Vertaald in het Nederlands zijn deze schalen: boosheid/zelfcontrole, angststoornis, aandacht tekort, autisme, gedragsstoornis, depressie, laag zelfbeeld, psychose, somatische klachten en teruggetrokken/geïsoleerd. Tevens wordt een totaalscore berekend. Er bestaat geen Nederlandse versie van de RSC-DD. De RSC-DD is minder geschikt voor het diagnosticeren van een bepaalde stoornis,

omdat iedere schaal is opgebouwd uit slechts drie tot vijf items. De interne consistentie van de schalen is goed, er is echter geen informatie beschikbaar over de betrouwbaarheid en validiteit van de RSC-DD (Wallander, Dekker en Koot 2003).

#### ◆ **De Nisonger Child Behavior Rating Form (Nisonger CBRF)**

Ook de Nisonger CBRF bevindt zich in het door Koot en Dekker (2001) opgestelde rijtje van veelbelovende screeningsinstrumenten voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke handicap. De Nisonger CBRF is een bewerking van de Child Behavior Rating Form van Edelbrock door Aman, Tassé, Rojahn en Hammer (1996). De CBRF werd aangepast door het wijzigen van de instructies en het toevoegen van items die gedragsproblemen beschrijven welke vaak voorkomen bij kinderen met een verstandelijke handicap. Bij het ontwikkelen van de Nisonger CBRF werd een redelijke inter-beoordelaarbetrouwbaarheid gevonden. De interne consistentie was over het algemeen hoog, de ouder-leerkrachtovereenstemming was voldoende en de subschalen van de Nisonger CBRF correleerden hoog met de subschalen van de Aberrant Behavior Checklist (Aman, Tassé e.a. 1996). Er moet echter nog een vervolgonderzoek komen naar de factorstructuur en de psychometrische eigenschappen van het instrument. Tevens is er nog geen Nederlandse versie van de Nisonger CBRF beschikbaar.

#### ◆ **De Aberrant Behavior Checklist (ABC)**

Ten slotte noemen Koot en Dekker de Aberrant Behavior Checklist een veelbelovend meetinstrument. De ABC is een instrument dat het effect meet van een toegepaste behandeling - medicamenteus of anderszins - op probleemgedrag bij diep, ernstig, matig en licht verstandelijk gehandicapten vanaf 5 jaar. Er wordt hier niet verder ingegaan op dit instrument, omdat we voor de signalering van de LVG-doelgroep op zoek zijn naar een instrument dat eerder in het hulpverleningsproces ingezet kan worden.

#### ◆ **Storend Gedragsschaal-Z (SGZ)**

De Storend Gedragsschaal-Z werd in 1977 ontwikkeld door Kraijer en Kema. In 1994 is de handleiding geheel vernieuwd en uitgebreid met populatienormen. De SGZ heeft de pretentie om storend gedrag zo objectief mogelijk vast te leggen naar aard, frequentie

en ernst. De schaal kan als aanvulling op de SRZ worden gebruikt. De doelgroep bestaat uit bezoekers van kinderdagcentra van 3 tot 7 jaar, ZMLK-schoolleerlingen in de leeftijd van 7 tot 18 jaar, inrichtingsbewoners van 7 tot 45 jaar, dagcentra voor volwassenendeelnemers vanaf 17 jaar en de gehele Nederlandse populatie personen functionerend op de grens matig-licht verstandelijk beperkt of lager niveau van 3 jaar en ouder. De schaal bestaat uit 32 items betreffende storend gedrag. Deze zijn onder te verdelen in drie subschalen, te weten Agressief storend gedrag, Verbaal storend gedrag en Gemengd storend gedrag. Tevens wordt een SGZ-totaalscore berekend die, net als de subschaaluitkomsten, wordt uitgedrukt in een standaardcijfer.

De schaal wordt ingevuld door twee begeleiders die betrokkene goed kennen, of door de leerkracht, waarbij het gaat om het gedrag van de afgelopen drie maanden. De afname duurt tussen de 5 en 15 minuten. De scoring neemt ongeveer 5 minuten in beslag. De psychometrische kenmerken van de schaal, zoals de betrouwbaarheid, de validiteit en de normen worden door de COTAN alle met *goed* beoordeeld (Evers, Van Vliet-Mulder en Groot 2000). De SGZ kan zowel bij de screening gebruikt worden als bij evaluaties.

#### ◆ **Schaal voor Ekstra Aandachtvragend Gedrag (SEAG)**

De SEAG werd in 1982 ontwikkeld door Van Hattum, met als uitgangspunt voor constructie de SGZ. Net zoals bij de SGZ, is het ook bij de SEAG de meetpretentie om op gestandaardiseerde en zo objectief mogelijke wijze storend en probleemgedrag te meten. De doelgroep bestaat uit in orthopedagogische centra voor licht verstandelijk gehandicapten verblijvende moeilijk lerende jeugdigen in de leeftijd van ongeveer 12 tot 20 jaar. Het gaat om een observatieschaal, welke bestaat uit 45 items die betrekking hebben op in de dagelijkse omgang waarneembaar gedrag, zoals slaan, uitschelden, zeuren, nagelbijten, et cetera (Evers, Van Vliet-Mulder en Groot 2000). De schaal wordt ingevuld door twee begeleiders die de betrokkene goed kennen. Ook bij de SEAG gaat het om gedrag van de afgelopen drie maanden. De duur van het invullen ligt tussen de 10 en 15 minuten. De scoring en interpretatie idem. De normen, betrouwbaarheid en validiteit van de SEAG worden alle met *onvoldoende* beoordeeld door de COTAN (Evers, Van Vliet-Mulder en Groot 2000). Onderzoek heeft aangetoond dat de meerwaarde van de SEAG boven de SGZ bij inrichtingsbewoners

van matig verstandelijk beperkt en grens matig-licht verstandelijk beperkt niveau gering is (Kraijer en Plas 2002). Wel verschaft de SEAG meer informatie en inzicht dan de SGZ bij min of meer genormaliseerd wonende personen van licht verstandelijk beperkt niveau (Kraijer 1982, aangehaald in Kraijer en Plas 2002). Inmiddels heeft de CBCL de plaats van de SEAG grotendeels ingenomen. De schaal is ook niet meer leverbaar.

#### ♦ **Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal Gedrag van Kinderen (VISK)**

De VISK is een vrij nieuwe vragenlijst, die werd ontwikkeld door Luteijn, Minderaa en Jackson (2002). Het is een instrument waarmee het probleemgedrag van kinderen en jeugdigen met (mildere) varianten van pervasieve ontwikkelingsstoornissen beschreven kan worden. De vragenlijst is gericht op deze kinderen in de leeftijd van 4;0 tot 18;11 jaar. In de gehandicapsectoren kan de vragenlijst worden gebruikt wanneer bij licht en matig verstandelijk beperkte kinderen en jeugdigen van 4;0 tot 18;11 vermoedens bestaan dat er sprake is van een pervasieve ontwikkelingsstoornis (Kraijer en Plas 2002). De vragenlijst bestaat uit 49 items die worden onderverdeeld in zes subschalen, te weten Niet afgestemd, Neiging tot terugtrekken, Oriëntatieproblemen, Niet snappen, Stereotiep gedrag en Angst voor veranderingen. Tevens wordt een totaalscore berekend. De vragenlijst wordt ingevuld door ouders/verzorgers. De interpretatie moet gebeuren door een gedragswetenschapper of een psychiater. De invulduur is ongeveer 10 minuten. De psychometrische kenmerken van het instrument zijn nog niet ter beoordeling aangeboden aan de COTAN.

Er is nog geen echte praktijkervaring opgedaan met de VISK bij verstandelijk gehandicapte mensen. Er zijn wel onderzoeksgegevens beschikbaar van kinderen en jeugdigen die een psychiatrische kliniek bezochten. Voor deze gegevens verwijzen wij naar Kraijer en Plas (2002). Duidelijk is dat er meer onderzoek nodig is naar het gebruik van de VISK bij jeugdigen met een verstandelijke beperking.

#### ♦ **NOSI, NVOS en GDS**

De bruikbaarheid voor (licht) verstandelijk beperkte kinderen van de drie veelgebruikte Nederlandse gezinsvragenlijsten; de

Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI) (De Brock et al. 1992), de Nijmeegse Vragenlijst voor Opvoedings Situaties (NVOS) (Wels en Robbroeckx, 1989) en de Gezins Dimensie Schalen (GDS) (Buurmeijer en Hermans, 1985) is niet bekend. Wel zijn er een aantal internationale gezinsvragenlijsten die toepasbaar zijn op gezinnen met (licht) verstandelijk beperkte kinderen. Deze zijn echter (nog) niet vertaald in het Nederlands.

#### ◆ **Family Stress and Coping Interview (FSCI)**

De FSCI is een Engelstalig instrument voor het onderzoeken van de ervaringen van ouders van kinderen met een ontwikkelingsstoornis of verstandelijke beperking. De FSCI is ontwikkeld in 1996 (als de Family Stress and Support Questionnaire, FSSQ) en bestaat uit twee delen. Bij de ontwikkeling bleek dat het instrument beter mondeling (interview) kan worden afgenomen dan schriftelijk, vandaar ook de naamswijziging (Interview in plaats van Questionnaire). Het eerste deel van de FSCI omvat 23 items, waarbij ouders op een schaal aan moeten geven in welke mate zij bij elk onderwerp stress ervaren (van 0 'not stressful' tot 4 'extremely stressful'). Het tweede deel is gericht op kwalitatieve informatie over ervaringen en stress van ouders.

Onderzoek (Nachsen e.a., 2003) toont aan dat de FSCI betrouwbaar en valide is voor het meten van stress bij ouders van kinderen met een ontwikkelingsstoornis. Ouders van jonge kinderen, van jong-volwassenen en van volwassenen zijn hierin onderzocht. De geldigheid van de uitkomsten op langere termijn (een jaar) is voor ouders van volwassenen hoog. Er is verder onderzoek nodig om veranderingen in de FSCI op langere termijn en voor kinderen met stoornissen te bepalen.

Een deelonderzoek onder tachtig ouders die naast de FSCI ook de VABS (Sparrow et al, 1984) invulden, wees uit dat de FSCI discrimineerde tussen ouders van kinderen met verschillende mate van ontwikkelingsstoornissen. Momenteel wordt hier meer onderzoek naar gedaan, ook onder jonge ouders. De FSCI is niet in het Nederlands vertaald.

#### ◆ **Family Impact of Childhood Disability Scale (FICD)**

De FICD meet de subjectieve beleving van de invloed (impact) van een kind met een ontwikkelingsstoornis / verstandelijke beperking op het gezin. Aangezien subjectieve interpretatie van

gebeurtenissen een belangrijk element is in het ontwikkelen van stress, kan de FICD gebruikt worden bij het voorspellen van het al dan niet ontwikkelen van stress in het gezin door de komst van een verstandelijk gehandicapt kind. Het instrument kan die vaders en moeders aanwijzen die risico lopen langdurige stress te ontwikkelen.

De FICD is een interview, bestaande uit 15 items waarbij ouders aan moeten geven in welke mate zij het eens zijn met de stelling (van 1 'not at all' tot 4 'to a substantial degree'). De stellingen weerspiegelen zowel positieve als negatieve waarderingsen.

Longitudinaal onderzoek (Trute en Hiebert-Murphy, 2002) toont aan dat de FICD betrouwbaar is en interne samenhang vertoont. Het instrument heeft geldigheid op de lange termijn (zeven jaar) voor de cognitieve beleving van ouders. De test toont aan dat de beleving van de invloed die hun licht verstandelijk gehandicapte kind heeft op het gezin, vroeg in het leven van het kind gevormd wordt en gedurende de kinderjaren nauwelijks verandert. De FICD kan niet gebruikt worden als alternatief voor instrumenten die de 'coping style' van ouders meten.

De FICD is een engelstalig instrument en is niet in het Nederlands verschenen.

#### ◆ **Family Functioning Style Scale (FFSS)**

De FFSS is een eenvoudig toe te passen, Engelstalig instrument dat belangrijke informatie naar boven brengt over het inzicht dat families hebben in hun sterke punten en mogelijkheden. De FFSS bestaat uit 26 items waarmee men kan inschatten wat de verschillende sterke punten en capaciteiten van gezinnen zijn. De items hebben betrekking op interactiepatronen, waarden binnen het gezin, copingstrategieën, gehechtheid en het (kunnen) inschakelen van het netwerk.

Onderzoek (Trivette et al, 1994) onder ouders van 241 kinderen tot vier jaar, waaronder 79 met een ontwikkelingsstoornis, laat zien dat de FFSS een interne samenhang vertoont; de correlatie tussen de items is hoog (.92). Het onderzoek levert bewijs voor de betrouwbaarheid en de geldigheid van de FFSS bij gebruik bij families met kinderen in de voorschoolse leeftijd.

De FFSS kan gebruikt worden voor diagnostische en interventie-doeleinden. Het instrument kan helpen uniek functioneren van gezinnen waar te nemen en aantonen hoe

gezinnen hun sterke punten inzetten om tegemoet te komen aan behoeften die er bij zijn. Tijdens interventie kan de FFSS ingezet worden om te bepalen welke sterke punten de familie al heeft en er zo voor zorgen dat de interventie op deze punten gebaseerd wordt, waardoor de kansen op succes vergroot worden. De FFSS is niet in het Nederlands vertaald.

### **3.2 Overzicht van de screeningsinstrumenten**

In onderstaand schema worden alle beschreven vragenlijsten en schalen nog eens weergegeven in een overzicht. Hierbij wordt vergeleken op de in de inleiding genoemde criteria, namelijk:

- Gericht op licht verstandelijk gehandicapte (en zwakgaafde) kinderen en jeugdigen.
- Beschikbaarheid van een jongere-, een ouder- en een leerkrachtversie.
- Beschikbaarheid van een Nederlandse vertaling.
- Beperkte afnametijd.
- Goede betrouwbaarheid en validiteit.
- Beschikbaarheid van gegevens over normgroepen.
- Hanteerbaar voor medewerkers van bureau jeugdzorg.

Zoals uit overzicht 3 blijkt, zijn er vier instrumenten die aan het merendeel van de criteria voldoen.

In de eerste plaats betreft het de SRZ-P, instrument op het gebied van de sociale redzaamheid. Deze vragenlijst is goed bruikbaar, omdat de afname slechts korte tijd vereist en de psychometrische kenmerken goed zijn. Daarnaast is de vragenlijst onder andere gericht op licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen. Er zou echter aanvullend onderzoek gedaan moeten worden naar het gebruik van de SRZ-P onder jeugdigen en naar de betrouwbaarheid van de gegeven normen voor jeugdigen.

In de tweede plaats voldoet de CBCL aan veel criteria. Dit instrument is echter niet specifiek gericht op licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen. Bij de beschrijving van de CBCL is al ingegaan op de discussie over het gebruik ervan bij de LVG-doelgroep.

In de derde plaats betreft het de VOG, die aan nagenoeg alle criteria voldoet. Verdere normering is echter wel wenselijk. Momenteel zijn de makers bezig met het verzamelen van VOG-



gegevens over naar de jeugd-GGZ verwezen kinderen met verstandelijke beperkingen. Met behulp van deze gegevens zullen afkappunten bepaald worden die gebruikt kunnen worden voor screeningsdoeleinden (wel of niet doorverwijzen naar de jeugd-GGZ).

Ten slotte, in de vierde plaats, voldoet ook de SGZ aan veel van de criteria. Deze schaal zou nader bekeken kunnen worden, met name op het gebied van de bruikbaarheid bij licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen binnen bureau jeugdzorg.

### Overzicht 3: Screeningsinstrumenten voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren

| Instrument  | Auteurs   | Doelgroep   | Informant  | Items  | Afnametijd  | Betrouwbaarheid (B) en validiteit (V)         | Normgroepen   |
|---|---|---|--|--|---|---|---|
| Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS)                              | Sparrow, Balla en Cicchetti<br>Vineland Screener: Sparrow, Carter en Cicchetti (1984) | Verstandelijk beperkte personen van alle niveaus en alle leeftijden   | Ouders<br>Begeleiders  | Expanded Form: 468 items<br>Survey Form: 225 items<br>Screener: 45 items | Expanded Form: 45-75 minuten<br>Survey Form: 20-45 minuten<br>Screener: 15-20 minuten | Nog niet ter beoordeling aangeboden aan COTAN | Niet beschikbaar voor de Nederlandse versie   |
| Sociale Redzaamheidsschaal voor zwakzinnigen van hoger niveau (SRZ-P) | Nederland: Vakgroep Orthopedagogiek R.U. Leiden<br>Kraijer en Kema (1984)             | Personen vanaf 12 jaar met een verstandelijke handicap, van (ruim) matig zwakzinnig tot en met licht zwakzinnig/ zwakbegaafd niveau | Twee begeleiders die de betrokkene goed kennen of op school door de groepsleerkracht | 63 items   | 10-15 minuten   | B is goed<br>V is goed (COTAN)                | Normen zijn goed (COTAN)<br>Normen voor:<br>- GVT-bewoners >17 jaar<br>- Bewoners OPC 12-20 jaar<br>- Populatiennormen voor 12, 13, 14, 15-16, 17 jaar en ouder |

### Vervolg overzicht 3

| Instrument   | Auteurs  | doelgroep   | Informant  | Items   | Afnametijd                               | Betrouwbaarheid (B) en validiteit (V)             | Normgroepen  |
|--|--|---|--|---|--|---|--|
| Registratie-, Evaluatie- en Diagnostisch systeem (RED) | Baarda en Van Vianen (1999)<br>Aangepaste RED:<br>Abbenhues en Schulten (2002) | Niet expliciet vermeld in de handleiding  | Maatsch. werker<br>Aangepaste RED: jeugd- beschermer | 16 inlegvellen met vragen over verschillende thema's                        | Niet expliciet vermeld in de handleiding | Onbekend  | Geen   |
| Child Behavior Checklist (CBCL)                        | Achenbach (1991)<br><br>Nederland:<br>Verhulst, Van der Ende en Koot (1996)    | Kindereen en jeugdigen van 4 tot en met 18 jaar   | Ouders<br><br>Leerkracht<br><br>Jongere              | Twee delen:<br>- competentie: 20 vragen<br>- gedrags- problemen: 118 vragen | 15-20 minuten                            | B is voldoende<br>V is goed/<br>voldoende (COTAN) | Normering is goed (COTAN);<br>niet specifiek voor licht verstandelijk gehandicapten  |
| Vragenlijst over Ontwikkeling. en Gedrag (VOG)         | Einfeld en Tonge (1992)<br><br>Nederland:<br>Koot en Dekker (2001)             | Kindereen en jeugdigen van 6 t/m 18 jaar<br>functionerend op vnl. ernstig, matig en licht verstandelijk beperkt niveau en op zwakbegaafd niveau | Ouders<br><br>Leerkracht                             | VOG-O: 95 items<br>VOG-L: 93 items  | 15-20 minuten                            | Nog niet ter beoordeling aangeboden aan COTAN     | Normen voor:<br>- MLK-jongens en meisjes 6-11 en 12-18<br>- ZMLK-jongens en meisjes 6-11 en 12-18<br>- kinderdag- centrum jongens en meisjes 6-11 en 12-18 |

| <b>Instrument</b>                                   | <b>Auteurs</b>  | <b>Doelgroep</b>  | <b>Informant</b>                                | <b>Items</b>  | <b>Afnametijd</b> | <b>Betrouwbaarheid (B) en validiteit (V)</b>  | <b>Normgroepen</b>              |
|---|---|---|---|---|-------------------|---|---------------------------------|
| Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis (RSC-DD) | Reiss en Valenti-Hein (1994)<br>Geen Nederlandse versie beschikbaar | Kinderen en jeugdigen van 4-21 jaar met een verstandelijke handicap en gedragsproblemen | Ouders<br>Leerkracht                            | 60 items  |                   | Nog niet ter beoordeling aangeboden aan COTAN |                                 |
| Nisonger Child Behavior Rating Form (Nisonger CBRF) | Aman, Tassé e.a. (1996)<br>Geen Nederlandse versie beschikbaar      | Kinderen van 3-18 jaar met een ontwikkelingsachterstand                                 | Ouders<br>Leerkracht                            | Ouderversie: 85 items<br>Leerkrachtversie: 71 items | ± 20 minuten      | Nog niet ter beoordeling aangeboden aan COTAN |                                 |
| Aberrant Behavior Checklist (ABC)                   | Aman en Singh (1985)<br>Geen Nederlandse versie beschikbaar         | Diep, ernstig, matig en licht verstandelijk gehandicapten vanaf 5 jaar                  | Iedere professional die de betrokkene goed kent | 58 items  | 5-10 minuten      | Nog niet ter beoordeling aangeboden aan COTAN | Er zijn geen normen beschikbaar |

| <b>Instrument</b>                                 | <b>Auteurs</b>  | <b>Doelgroep</b>   | <b>Informant</b>                               | <b>Items</b> | <b>Afnametijd</b> | <b>Betrouwbaarheid (B) en validiteit (V)</b>  | <b>Normgroepen</b>  |
|---|---|--|--|--------------|-------------------|---|---|
| Storend Gedragsschaal-Z (SGZ)                     | Kraijer en Kema (1977; 1994)  | De gehele Nederlandse populatie functionerend op matig-licht verstandelijk beperkt niveau of lager van 3 jaar en ouder | Twee begeleiders die de betrokkene goed kennen | 32 items     | 5-15 minuten      | B is goed<br>V is goed (COTAN)                | Normen zijn goed (COTAN)<br>Normen voor jeugdigen in:<br>- dagcentra 3-7 jr.<br>- ZMLK 7-18 jr.<br>- inrichting 7-45 jr.<br>- dagcentra > 17 jr.<br>- Populatiennormen voorziens-neutraal gebruik |
| Schaal voor Ekstra Aandacht vragend Gedrag (SEAG) | Van Hattum (1982)   | Licht verstandelijk gehandicapten verblijvende moeilijk lerende jeugdigen 12-20 jaar                                   | Twee begeleiders die de betrokkene goed kennen | 46 items     | 10-15 minuten     | B is onvoldoende<br>V is onvoldoende (COTAN)  | Normen zijn onvoldoende (COTAN);<br>Vergelijking met referentiegroep (1982)   |
| Family Functioning Style Scale (FFSS)             | Deal, Trivette en Dunst (1988)<br><br>Geen Nederlandse versie beschikbaar | Gezinnen met kinderen met een verstandelijk beperking  | Ouders   | 26 items     |                   | Nog niet ter beoordeling aangeboden aan COTAN |   |

| <b>Instrument</b>  | <b>Auteurs</b>  | <b>Doelgroep</b>   | <b>Informant</b> | <b>Items</b>                                | <b>Afnametijd</b> | <b>Betrouwbaarheid (B) en validiteit (V)</b>  | <b>Normgroepen</b>      |
|--|---|--|------------------|---|-------------------|---|-------------------------|
| Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal Gedrag van Kinderen (VISK) | Luteijn, Minderaa en Jackson (2002)                                   | Licht en matig verstandelijk beperkte jeugdigen van 4-19 jaar met vermoeden van pervasieve ontwikkelingsstoornis | Ouders           | 49 items                                    | 10 minuten        | Nog niet ter beoordeling aangeboden aan COTAN | Geen normen beschikbaar |
| Family Stress and Coping Interview (FSCI)                              | Nachsen en Minnes (1996)<br>Geen Nederlandse versie beschikbaar       | Gezinnen met kinderen van alle leeftijden met een verstandelijke beperking.                                      | Ouders           | Deel 1:<br>23 items<br>Deel 2:<br>5 vragen. |                   | Nog niet ter beoordeling aangeboden aan COTAN |                         |
| Family Impact of Childhood Disability Scale (FICD)                     | Trute en Hiebert-Murphy (2002)<br>Geen Nederlandse versie beschikbaar | Gezinnen met kinderen met een verstandelijke beperking.  | Ouders           | 15 items                                    |                   | Nog niet ter beoordeling aangeboden aan COTAN |                         |

## **Literatuurlijst**

Abbenhues, I. en L.J.M. Schulten (2002)

*Hulpverleningsplan en RED-systeem. Basisdiagnostiek als bodem voor het opstellen van het hulpverleningsplan.* Diemen: William Schrikker Stichting.

Albrecht, G. en J.W. Veerman (1998)

*Kinderen in het ZMLK- onderwijs in Amsterdam: screeningsonderzoek naar emotionele en gedragsproblemen.* Duivendrecht: PI Research.

Aman, M.G., N.N. Singh, A.W. Stewart en C.J. Field (1985)

The aberrant behaviour checklist: a behaviour rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 5, 485-491.

Aman, M.G. (1991)

Review and evaluation of instruments for assessing emotional and behavioural disorders. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 17, 2, 127-145.

Aman, M.G., M.J. Tassé, J. Rojahn en D. Hammer (1996)

The Nisonger CBRF: A Child Behavior Rating Form for Children With Developmental Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 1, 41-57.

American Association on Mental Retardation (2002)

*Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington DC: American Association on Mental Retardation.

American Psychiatric Association (1994)

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV).* Washington DC: American Psychiatric Association.

- Barnhard, M.C. en G.J.A. Kramer (2000)  
*Behoefteraming MFC voor Multifunctionele Centra voor licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jeugdigen met psychiatrische problematiek*. Utrecht: Prismant.
- Beumer, M., H. Jagers, A. Noordam en M. van der Steege (2000)  
*Families First voor licht verstandelijk gehandicapten. Eindverslag Deel 1: Procesverslag*. Utrecht: NIZW.
- Boumans-Brilman, I. en F. Timmer (1998)  
*Kwaliteit gegarandeerd. Instrument en handleiding: borging van systematische rapportage en cliëntbesprekingen in de gehandicaptenzorg*. Utrecht/ Best: NZI / Orthopedagogisch Centrum 't Hooghout.
- Bramston, P. en G.J. Fogarty (1995)  
Measuring Stress in the Mildly Intellectually Handicapped: The Factorial Structure of the Subjective Stress Scale. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 2, 117-131.
- Brock, A.J.L.L. de, A.A. Vermulst, J.R.M. Gerris en R.R. Abidin (1992)  
*NOSI, Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Experimentele versie. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Broek, P.A.M. van den (2002)  
*Rapportage Vooronderzoek LVG. Onderzoek naar de aansluiting van de toegang tot de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen bij de Bureaus Jeugdzorg*. Driebergen: Wedman en partners.
- Burik, A.E. van (2000)  
*Evaluatie veldprojecten zorgprogrammering jeugdzorg*. Utrecht / Den Haag: NIZW / ministerie van VWS.
- Buurmeijer, F. en D. Hermans (1985)  
*De Gezins Dimensie Schalen. Handleiding en Vragenlijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger



College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2004)

*Licht verstandelijk gehandicapte jongeren met probleemgedrag. Signaleringsrapport.* Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.

Daal, H.J. van, E. Plempers en L. Willems (1997)

*Tussen wal en schip. Het grensvlak van de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de geestelijke gezondheidszorg.* Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel / Verweij-Jonker Instituut.

Dane, J. en M. Zegger (1998)

*Multifunctionele centra voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met psychiatrische stoornissen: een voorstel voor implementatie.* Utrecht: GGZ Nederland / VGN.

Dekker, M.C. (2003)

*Psychopathology in children with intellectual disability. Assessment, prevalence and predictive factors.* Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Dekker, M.C., H.M. Koot, J. van der Ende en F.C. Verhulst (2002)

Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child and Adolescent Psychology and Psychiatry*, 43, 8, 1087-1098.

Došen, A. (1984)

Experiences with individual relationship therapy within a therapeutic milieu for retarded children with severe emotional disorders. In: *Perspective and progress in mental retardation: volume II: biomedical aspects* / ed. J.M. Berg. IASSMD.

Ebben, M. (2000)

Simpel doen wat simpel kan. Procedures indicatiestelling vereenvoudigd. *Markant*, 5, 2, 18-19.

Ehlen, T. (1998)

Agressie als integraal vraagstuk. *Tijdschrift voor Sociaal Pedagogische Hulpverlening*, 3, 22, 26-30.

Eijgenraam, K. (2003)

*Beslismodel toegangsprocedure bureau jeugdzorg. Kapstok voor een samenhangend instrumentarium. Bureau Jeugdzorg Drenthe, Limburg en het NIZW: project ontwikkeling samenhangend instrumentarium.* Utrecht: NIZW.

Elias, C. en M. van Nieuwenhuijzen (2001)

Competentiebeleving en sociale informatieverwerking bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 40, 12, 611-620.

Embregts, P.J.C.M. (2000)

Gedragsproblemen bij licht verstandelijk gehandicapten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 39, 12, 65-72.

Embregts, P.J.C.M. (2000)

Reliability of the Child Behavior Checklist for the assessment of behavioral problems of children and youth with mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 1, 31-41.

Evers, A., J.C. van Vliet-Mulder en C.J. Groot (2000)

*Documentatie van tests en testresearch in Nederland.* Assen: Van Gorcum.

Fibbe, H., M. Koster en W. Heiner (2002)

*Focus op zorgbehoeften van matig en ernstig verstandelijk gehandicapte kinderen en jeugdigen met psychiatrische problematiek in Amsterdam. Amsterdam / Duivendrecht: PI, Mentrum en De Kleine Johannes.*

Gemert, G.H. en R.B. Minderaa (1997)

*Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.* Assen: Van Gorcum.

Heeringa, N., E. Hermans en G. Lammersen (2001)

*Functieprofiel indicatiesteller gehandicaptenzorg.* Utrecht: NIZW.

Heinrich, R. (2002)

*Het eten in de pan. Kwaliteit van indicatiestelling in Bureau Jeugdzorg agglomeratie Amsterdam.* Amsterdam: BJAA.

Hendrickson, J.M., C.R. Smith en A.R. Frank (1998)  
Decision-Making Factors Associated with Placement of Students with Emotional and Behavioral Disorders in Restrictive Educational Settings. *Education and Treatment of Children*, 21, 3, 275-302.

Holland, A.J. en H.M. Koot (1998)  
Mental health and intellectual disability: an international perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 6, 505-512.

ICIDH-2 (1999)  
*Internationale Classificatie van het menselijk functioneren*.  
Bilthoven: WHO Collaborating Centre voor de ICIDH.

Jochemsen, T. en M. Berger (2002)  
*Families First voor licht verstandelijk gehandicapten. Richtlijnen en technieken voor het werken met de gezinnen*. Utrecht: NIZW.

Kalsbeek, E. (2002)  
Openingspeech werkconferentie crisisplaatsen. In: *Verslag Werkconferentie 'crisisplaatsingen OTS in JJI's' te Utrecht d.d. 31 januari 2002*. Den Haag: Directie Sanctiebeleid, Reclassering en Slachtofferzorg, Afdeling Jeugdsancties en TBS.

Knapen, M. en P. Puts (1997)  
*Indiceren: voorsorteren of selecteren? Op weg naar een objectieve, integrale en onafhankelijke indicatiestelling voor verpleging en verzorging en de verstandelijk gehandicaptenzorg in twee regio's*. Gennepe: Stichting Social Research.

Kobussen, R. en L. Sibbing-Willems (2001)  
*Uw adoptiekind: verstandelijk beperkt?* Utrecht: Stichting Werkverband Adoptie Nazorg.

Koedoot, P. en W. de Lege (1993)  
*SGLVG: een ongekend probleem. Een samenvatting van het onderzoek naar de problematiek van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.

Koning, W., H.E. Bakker en H.M. Pijnenburg (2002)  
Indicatiestelling en handelingsgerichte diagnostiek binnen de REC's: gescheiden of functioneel geïntegreerd? *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 41, 9, 457-469.

Koot, H.M. en M.C. Dekker (2001)  
*Handleiding voor de VOG. Ouder- en leerkrachtversie*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus Medisch Centrum-Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus Universiteit.

Kraijer, D.W. en G.N. Kema (1984)  
*Sociale Redzaamheidsschaal voor zwakzinnigen van hoger niveau*. Handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger.

Kraijer, D.W. en J. Plas (2002)  
*Handboek psychodiagnostiek en verstandelijke beperking*. Derde druk. Lisse: Swets en Zeitlinger.

Luckasson, R., S. Borthwick-Duffy, W.H.E. Buntinx, D.L. Coulter, E.M. Craig, A. Reeve, R.L. Schalock, M.E. Snell, D.M. Spitalnik, S. Spreat en M.J. Tassé (2002)  
*Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington DC: American Association on Mental Retardation.

Macmillan, D.L. en S.R. Forness (1998)  
The Role of IQ in Special Education Placement Decisions. Primary and Determinative or Peripheral and Inconsequential? *Remedial and special education*, 19, 4, 239-253.

Mans, I. (1998)  
*Zin der zotheid. Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen*. Amsterdam: Bert Bakker.

Masi, G., P. Brovedani, M. Mucci en L. Favilla (2002)  
Assessment of Anxiety and Depression in Adolescents with Mental Retardation. *Child Psychiatry and Human Development*, 32, 3, 227-237.

Masi, G., P. Pfanner en M. Marcheschi (1998)  
Depression in adolescents with mental retardation: a clinical study.  
*The British Journal of Developmental Disabilities*, 44, part 2, 87,  
112-118.

Meerum Terwogt, M. en H.J. Schulze (2003)  
*Kijk op emoties. Theorie en praktijk in ontwikkeling en opvoeding.*  
Amsterdam: SWP.

MFC-platform  
*Jaarverslag 1999/ 2000 en 2001/ 2002.* Bloemendaal: MFC-Platform.

MFC-platform  
*Projectplan MFC-Platform.* Bloemendaal: MFC-Platform.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2001-2003)  
*Rapportages 'Groot project modernisering AWBZ'.*  
[www.opkopzorg.nl](http://www.opkopzorg.nl).

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2002)  
Standpunt VWS ten aanzien van jeugd-lvg. [www.jeugdzorg.nl](http://www.jeugdzorg.nl)

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (juli 2002)  
Formulierenset voor indicatiestelling AWBZ en advisering Wvg: deel  
A t/m D. [www.opkopzorg.nl](http://www.opkopzorg.nl)

Minnen, A. van (1995)  
Boekbespreking van het proefschrift: Een verschil tussen dag en  
nacht? De vergelijking van ambulante en klinische behandeling van  
sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten.  
*Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 35, 4, 156-158.

Minnen, A. van, P. Savelsberg en K. Hoogduin (1996)  
The Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults en de  
Reiss Screen for maladaptive behavior. *Nederlands Tijdschrift voor  
Zwakzinnigenzorg*, 22, 3, 176-192.

Minnen, A. van, K.A.L. Hoogduin, L.A.G. Peeters en H.T.M. Smedts  
(1993)  
Ambulante behandeling van sterk gedragsgestoorde licht  
verstandelijk gehandicapten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 8, 550-  
555.

Monshouwer, H.J., L.T. ten Brink en J.W. Veerman (2000)  
*Families First voor licht verstandelijk gehandicapten. Eindverslag Deel 2: Evaluatieonderzoek.* Utrecht: NIZW.

Nachshen, J.S. (1996)  
*Parental stress in families of children with developmental disabilities : a pilot study using the family stress and support questionnaire.* Kingston, Ontario: Queen's University.

Nachshen, J.S, L. Woodford en P. Minnes (1996)  
The Family Stress and Coping Interview for families of individuals with developmental disabilities : a lifespan perspective on family adjustment. *Journal of Intellectual Disability Research* 47, 4/5, 285-290.

Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg (1995)  
*Vorm en kleur.* Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg.

Nelson, W.M. en C.M. Dacey (1999)  
Validity of the Stanford-Binet Intelligence Scale-IV: Its Use in Young Adults With Mental Retardation. *Mental Retardation*, 37, 4, 319-325.

Ponsioen, A. en M. van der Molen (2002)  
*Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren. Een onderzoek naar mogelijkheden.* Ermelo: Landelijk Kenniscentrum LVG / Stichting Steunfonds 's-Heeren Loo.

Prismant (2003)  
*Meetlat MFC, gemaakt voor de stand van zaken bepaling van de MGC over de periode 1 december 2001 tot 1 december 2002.* Utrecht: Prismant.

Protocol indicatiestelling (2003)  
*AWBZ-zorg, annex advisering over de voorzieningen van de Wvg.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.  
[www.opkopzorg.nl](http://www.opkopzorg.nl)

Radema, D., P. van der Steenhoven en D. van Veen (2003)  
*Thuiszitters in beeld. Een onderzoek naar leerplichtige kinderen met een licht verstandelijke handicap en gedrag die (tijdelijk) geen onderwijs volgen.* Utrecht: NIZW.

*Rapportage van Trainingsresultaten (2000): een resultaatmeting bij zestien cliënten die gedurende twee jaar intensieve training hebben gevolgd met betrekking tot wonen en werken.* Epe: Woldyne, trainingsinstituut voor moeilijk lerende jongeren

Reiss, S. en D. Valenti-Hein (1994)  
Development of a psychopathology rating scale for children with mental retardation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62, 1, 28-33.

Resing, W. en J. Blok (2002)  
De classificaties van intelligentiescores. Voorstel voor een eenduidig systeem. *De Psycholoog*, mei 2002, 244-248.

Resing, W.C.M., A. Evers, H.M.Y. Koomen, N.K. Pameijer, N. Bleichrodt en H. van Boxtel (2002)  
*Indicatiestelling: condities en instrumentarium. In het kader van leerlinggebonden financiering.* Amsterdam: NDC-Boom.

Rijswijk, C.M. van, M.L.J. van As, M. Bruins, E.E.M. de Geef en A. Sikkema (2002)  
*Indicatiestelling speciaal onderwijs en ambulante begeleiding 2002/2003. Model protocol voor de indicatiecommissies van cluster 4: handreiking voor het gebruik.* Zoetermeer: TCAI.

Roelofse, E. (2000)  
*Afstemming Jeugdzorg / Zorg LVG in Gelderland, eindrapportage.* Velp: Samenwerkingsverband Jeugdhulpverlening Gelderland.

Schippers, A., H. van Beek en E. Hermans (1999)  
*Protocol geïntegreerde indicatiestelling gehandicaptenzorg.* Utrecht: NIZW.

Schippers, A. en A. van Gennep (1999)  
*Een goede vraag, een passend antwoord. Fricities in de gehandicaptenzorg.* Utrecht: NIZW.

Schippers, A., N. Heeringa en W. Callis (2000)  
*Indicatiestelling voor (speciaal) onderwijs en zorg: Onderzoek naar de noodzaak van afstemming*. Utrecht: NIZW.

Schraven, C.J.M., J. Grootenboer en R. Wouters (2001)  
*Kadernotitie MFC. Uitgangspunten bij de ontwikkeling van een Multi Functioneel Centrum (MFC)*. Deze notitie is een uitwerkingskader van de nota MFC van J. Dane en M. Zegger (1998).

Soenen, S.M.A., Y.M. Dijkxhoorn en I.A. van Berckelaer-Onnes (2003)  
*LVG in beeld. Van profilering naar zorgaanbod binnen Come ON, Mobile en Bison*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.

Spanjaard, H.J.M. en I.J.W. Roos (1999). *Eindverslag van het project 'Preventie van seksueel grensoverschrijdend en gewelddadig gedrag van en tussen licht verstandelijk gehandicapte jongeren'*. Ermelo / Duivendrecht: Groot Emaus / PI Research Amsterdam.

Strømme, P. en T.H. Diseth (2000)  
Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: data from a population-based study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42, 4, 266-270.

Stuurgroep Ontwikkelingen voor lvg jeugdigen (2000)  
*Doorbraak. Eindrapportage van de Stuurgroep 'Ontwikkelingen voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen'*.

Stuurgroep Zorgkantoren Nieuwe Stijl (1997)  
Zorgkantoren: Vernieuwing in de uitvoering van de AWBZ.

Tellegen, P. (2002)  
Niet zo slim. *NRC Handelsblad*, 14 en 15 december.

Trivette, C.M., C.J. Dunst, A.G. Deal, D.W. Hamby en D. Sexton (1994)  
Assessing family strengths and capabilities. *Supporting and strengthening families : volume 1 : methods, strategies and practices* / C.J. Dunst, C.M. Trivette en A.G. Deal (ed.).- Cambridge, Massachusetts: Brookline Books.



- Trute, B. en D. Hiebert-Murphy (2002)  
Family adjustment to childhood developmental disability : a measure of parent appraisal of family impacts. *Journal of pediatric psychology*, 27, 3, 271-280.
- Tymchuk, A.J., K.C. Lakin en R. Luckasson (2001)  
*The forgotten generation. The status and challenges of adults with mild cognitive limitations*. Baltimore Maryland: Paul H. Brookes.
- Venderbosch, S., J. Metselaar en L. Boendemaker (2002)  
*Samenwerkingsverbanden in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Verheggen, S.N. en T.A. van Yperen (1997)  
*Vijftig middelen op een rij*. Utrecht: NIZW.
- Verhulst, F.C., J. van der Ende en H.M. Koot (1996)  
*Handleiding voor de CBCL/ 4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis / Academisch Ziekenhuis Rotterdam / Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Verhulst, F.C. en F. Verheij (2000)  
*Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum.
- Vianen, R.T. van, D.B. Baarda, I.J. ten Berge en B.G.J.M. Speet (1999)  
*RED-systeem. Handboek Ambulant en Jeugdbescherming*. Rotterdam: Jeugdzorg Rotterdam / Zuid-Holland Zuid.
- Voortgangscommissie (2002)  
*Samen zorgen voor mensen met autisme. Geïntegreerde zorg aan mensen met autisme*. Convenant autisme: GGZ Nederland, NVA, Somma, VGN en ZN.
- Vugs, I. en T. Heinsbergen (1997)  
*Procedurebeschrijving, hulpvraagverduidelijking, indicatiestelling en zorgcoördinatie*. Eindhoven: ROZ, vereniging regionaal overleg zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in ZO Noord-Brabant.

- Wallander, J.L., M.C. Dekker en H.M. Koot (2003)  
 Issues in studying psychopathology in children with intellectual disability. *International Review of Research in Mental Retardation*, 26.
- Weijdema, W. (2000)  
*Voortgangsnotitie LCIG*. Driebergen: LCIG.
- Wels, P.M.A. en L.M.H. Robbroeckx (1996)  
*NVOS, Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Wersch, S.F.M. van en C.A.M. Pardoel (2003)  
*Verankering van integrale vroeghulp voor kinderen met een achterstand: onderzoek naar stand van zaken*. Tilburg: IVA.
- Westenberg, J. (1999)  
 Com ON biedt opvang aan lvg' ers met complexe problematiek: Steun zonder strakke touwtjes. *Zorg en Welzijn*, 5, 5, 14-15.
- Wettum, G.C. van (1991)  
*De noodzaak van samenwerken: een onderzoek naar licht geestelijk gehandicapte kinderen met psychiatrische problematiek*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.
- William Schrikkerstichting (2003)  
*Recht op zorg van het gehandicapte kind. Een publicatie naar aanleiding van het gelijknamige symposium dat de William Schrikkerstichting hield ter gelegenheid van haar zestig jarig bestaan*. Diemen: William Schrikkerstichting.
- Windemuller, S., B.E.B.M. Huskens, J. Grootenboer en J.M. Teeuwisse (1998)  
*Psychotherapie bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren. Therapie, wat is dat ....?* Assen: Van Gorcum.
- World Health Organisation (1994)  
*ICD-10. Classificatie van Psychische Stoornissen en Gedragsstoornissen. Klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen*. Nederlandse vertaling onder redactie van prof. dr. M.W. Hengeveld (1994). Lisse: Swets en Zeitlinger.

Yperen, T.A. van (1995)  
*Het gebruik van instrumenten*. Utrecht: NIZW.

Ziekenfondsraad (1993)  
*25 jaar AWBZ*. Amstelveen: Ziekenfondsraad.

Ziekenfondsraad (1995)  
*Ziekenfondswet en AWBZ 1992-1996; Gebruik AWBZ  
verstrekkingen; Spreiding ziekenfondsverzekerden*. Amstelveen:  
Ziekenfondsraad.

Zorgverzekeraars Nederland (1997)  
*Met de neus op de knip. Samenhang, organisatie en financiering  
van de GGZ in relatie tot een mogelijke knip in de GGZ*. Zeist,  
Zorgverzekeraars Nederland.

Verder geraadpleegd informatie van:

[www.jeugdzorg.nl](http://www.jeugdzorg.nl)

[www.lcig.nl](http://www.lcig.nl)

[www.lvgnet.nl](http://www.lvgnet.nl)

[www.nietafwachten.nl](http://www.nietafwachten.nl)

[www.opkopzorg.nl](http://www.opkopzorg.nl)

[www.spd.nl](http://www.spd.nl)

[www.wss.nl](http://www.wss.nl)

## ***Bijlage***

### **Zoektocht naar doelgroepenkenmerken en screeningsinstrumenten**

Bij het zoeken naar literatuur over kenmerken van en screeningsinstrumenten voor licht verstandelijk gehandicapten hebben we gebruikgemaakt van verschillende databestanden. Ten eerste is gezocht in de catalogus van de NIZW-bibliotheek. Deze catalogus bestaat onder meer uit informatie op het gebied van jeugd en gehandicapten. *Jeugd* betreft de voormalige Mulock Houwer Bibliotheek en *Gehandicapten* de bibliotheek van het voormalige Bisschop Bekkers Instituut. Ten tweede is gebruikgemaakt van Picarta, een database met bestanden uit Universiteits-bibliotheken, wetenschappelijke instituten en dergelijke. Met Picarta worden nationale publicaties gevonden. Tot slot is gezocht met behulp van PsycINFO, een internationale database van wetenschappelijke literatuur op het gebied van psychologie. Hieronder wordt onze zoektocht aan de hand van zoektermen beschreven.

Naast een literatuursearch werd er ook gezocht naar screeningsinstrumenten via een telefonische consultatieronde onder enkele sleutelfiguren in de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten. Een van deze sleutelfiguren vestigde onze aandacht op het verschil in terminologie tussen Amerika enerzijds en Engeland en Australië anderzijds, waardoor de VOG aanvankelijk aan onze aandacht was ontsnapt. De regionaal projectleider van Amsterdam wees ons tot slot op het gebruik van een aangepaste vorm van de RED bij de William Schrikker Stichting.

### **Originele zoektermen**

#### **◆ PsycINFO**

'Mental-Retardation' in DE in the database(s) PsycINFO Weekly 2003/09 Week 3, PsycINFO Weekly 2003/09 Week 2, PsycINFO Weekly 2003/09 Week 1, PsycINFO 2003/07-2003/08, PsycINFO 2003/01-2003/06, PsycINFO 2002/08-2002/12, PsycINFO 2002/01-

2002/07, PsycINFO 2001 Part B, PsycINFO 2001 Part A, PsycINFO 2000, PsycINFO 1999, PsycINFO 1998, PsycINFO 1996-1997.

(intellectual disability) and ('Clinical-Judgement-Not-Diagnosis' in DE) or ('Diagnosis' in DE) or ('Diagnosis-Related-Groups' in DE) or ('Intake-Interview' in DE) or ('Psychodiagnosis-+' in DE) or ('Screening-+' in DE) in the database(s) PsycINFO Weekly 2003/06 Week 1, PsycINFO 2003/01-2003/05, PsycINFO 2002/08-2002/12, PsycINFO 2002/01-2002/07, PsycINFO 2001 Part B, PsycINFO 2001 Part A, PsycINFO 2000, PsycINFO 1999, PsycINFO 1998, PsycINFO 1996-1997.

('Rating-Scales' in DE) or (Developmental Behavior Checklist) or (Developmental-Measures) and ((ag=infancy) or (ag=childhood) or (ag=adolescence) or (ag=school-age) or (ag=preschool-age) or children) and (((('Mental-Retardation' in DE) or ('Mild-Mental-Retardation' in DE)) or (intellectual disability) or ('Intellectual-Development' in DE)) in the database(s) PsycINFO Weekly 2003/06 Week 1, PsycINFO 2003/01-2003/05, PsycINFO 2002/08-2002/12, PsycINFO 2002/01-2002/07, PsycINFO 2001 Part B, PsycINFO 2001 Part A, PsycINFO 2000, PsycINFO 1999, PsycINFO 1998, PsycINFO 1996-1997.

((("Test-Construction" in DE) or ("Test-Forms" in DE) or ("Test-interpretation" in DE) or ("Test-Reliability" in DE) or ("Test-Scores" in DE) or ("Test-Validity" in DE)) and (((("Parent-Attitude-Research-Instrument" in DE) or ("Research-Setting" in DE) or ((("Biological-Family" in DE) or ("Caregivers-" in DE) or ("Dysfunctional-Family" in DE) or ("Extended-Family" in DE) or ("Family-" in DE) or ("Family-Background" in DE) or ("Family-Life-Education" in DE) or ("Family-Members" in DE) or ("Family-Relations" in DE) or ("Family-Size" in DE) or ("Family-Socioeconomic-Level" in DE) or ("Family-Structure" in DE) or ("Family-Therapy" in DE) or ("Family-Violence" in DE)) or (Family-Relations)) and (((("Mental-Retardation" in DE) or ("Moderate-Mental-Retardation" in DE)) or (intellectual disabil\*) or ((("Cognitive-Ability" in DE) or ("Intellectual-Development" in DE)) or ((("Developmental-Disabilities" in DE) or ("Learning-Disabilities" in DE)).

◆ **NIZW-Catalogus**

1995-2003

diagnostiek OF screening OF indicatiestelling OF methoden OF meetinstrumenten EN licht verstandelijk gehandicapten

◆ **Picarta**

'licht geestelijk gehandicapten' OF 'licht verstandelijk gehandicapten'

## **NIZW, innovatiepartner in zorg en welzijn**

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW is een onafhankelijke organisatie die zich samen met instellingen, professionals, beleidsmakers en burgers inzet voor de kwaliteit en vernieuwing van de sector zorg en welzijn. In deze sector werken ruim 750.000 beroepskrachten en vele vrijwilligers op terreinen als kinderopvang, maatschappelijke dienstverlening, sociaal-cultureel werk, ouderendienstverlening, jeugdzorg, maatschappelijke opvang, verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorg en hulpverlening aan mensen met een handicap. Ook instellingen buiten de sector die zorg- en welzijnsactiviteiten ondernemen, zoals opleidingen, provincies, gemeenten en woningbouwcorporaties, doen regelmatig een beroep op het NIZW.

Het NIZW informeert, innoveert en ondersteunt de sector en draagt zo bij aan een zorgzame samenleving waarin de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van burgers vooropstaan. Het werk van het NIZW is een combinatie van onderzoek, ontwikkeling en implementatie die het mogelijk maakt om vernieuwingen en verbetering van het begin tot het eind te begeleiden. Dit resulteert onder meer in adviezen, veranderingstrajecten, trainingen, congressen, boeken, brochures, almanakken, websites, cd-rom's, video's en een informatielijn. De activiteiten van het NIZW zijn ondergebracht in de centra NIZW Jeugd, NIZW Zorg, NIZW Sociaal Beleid, NIZW Professionalisering, NIZW International Centre en ZZW.

Meer informatie over het NIZW is te vinden op [www.nizw.nl](http://www.nizw.nl).