

Handreiking vroegsignalering van een licht verstandelijke beperking (LVB)

Signalering van achterstanden en risico's in de
kinderlijke ontwikkeling en/of de omgeving die wijzen
op of kunnen leiden tot sociale kwetsbaarheid en/of
een licht verstandelijke beperking

Netwerk Gewoon Meedoen



Colofon

Tekst en samenstelling:

Joop Hoekman, Landelijk Kenniscentrum LVB, in opdracht van het Netwerk Gewoon Meedoen.

Landelijk Kenniscentrum LVB
Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht
030 7400 400
www.kenniscentrumlvb.nl
januari 2015
ISBN/EAN: 978-90-813179-7-9

Zie voor meer informatie over het Netwerk Gewoon Meedoen de brochure 'Zag je het maar. Kansen voor jongeren met een licht verstandelijke beperking' die hier is te [downloaden](#).

Voor de ontwikkeling van deze handreiking werd een subsidie ontvangen van ZonMw.

Suggesties voor aanvulling en verbetering zijn van harte welkom. Stuur u die naar info@kenniscentrumlvb.nl.



Het Netwerk Gewoon Meedoen bestaat uit de volgende 11 organisaties die samenwerken en eraan bijdragen dat jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) naar vermogen mee kunnen doen in de samenleving:

- Ieder(in) is de koepelorganisatie van mensen met een lichamelijke handicap, verstandelijke beperking of chronische ziekte en behartigt de belangen van meer dan twee miljoen mensen;
- LFB is de belangenorganisatie dóór en vóór mensen met een verstandelijke beperking;
- MEE Nederland ondersteunt mensen met een beperking en hun netwerk op alle levensgebieden en in alle levensfasen zodat zij naar vermogen kunnen meedoen in de samenleving;
- De PO-Raad is de sectororganisatie voor het primair onderwijs;
- De MOgroep is de brancheorganisatie voor Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening met onder meer Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en buurt- en jeugdwerk;
- De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is de landelijke brancheorganisatie voor zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg;
- Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) is het innovatie- en kenniscentrum voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ);
- ActiZ creëert randvoorwaarden voor het ondernemerschap van aanbieders van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg (waaronder Thuisbegeleiding), kraam- en jeugdgezondheidszorg;
- GGD Nederland voert de wettelijke taak van de ruim 400 Nederlandse gemeenten om de gezondheid van burgers te bevorderen en te beschermen tegen ziekten en calamiteiten;
- De Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) is het samenwerkingsverband van instellingen voor behandeling en begeleiding van kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek;
- De William Schrikker Groep (WSG) is een landelijk werkende instelling voor jeugdbescherming, jeugdreclassering en pleegzorg.



Inhoud

1. Inleiding	4
2. LVB en vroegsignalering	5
Vroegsignalering	6
Screeningsinstrumenten	6
Vroegsignalering, preventie en ondersteuning	7
Risicofactoren en protectieve factoren	8
Draaglast en draagkracht	8
Samenvattend	8
3. Informatiebronnen	9
4. Screeningsinstrumenten	11
5. Hulpmiddelen bij aanvullende diagnostiek	16
6. Begeleidingsmethodes, ontwikkeld vanuit de jeugdgezondheidszorg	20
Literatuur	22
Bijlage: Gebruikersgroepen en voor hen bruikbare informatiebronnen, screeningsinstrumenten en hulpmiddelen bij aanvullende diagnostiek	23



1. Inleiding¹

Met de term licht verstandelijke beperking (LVB) wordt een brede groep kinderen en jongeren onder één noemer gebracht. Kenmerkend is de combinatie van moeite met leren en begrijpen, beperkte sociale vaardigheden, weinig zelfvertrouwen en een te kinderlijke emotionaliteit. Soms is er tevens sprake van een kwetsbare gezondheid, een vorm van autisme of van psychiatrische problemen. De beperking is meestal niet zichtbaar. Deze kinderen en jongeren vallen door hun gedrag uit de toon. Ze hebben dat zelf niet altijd door, maar hun leeftijdgenoten voelen haarscherp aan dat ze anders zijn. Dat maakt ze kwetsbaar voor pesten en uitsluiting. Ze worden door volwassenen gemakkelijk overschat. Ze zeggen het niet als ze iets niet begrijpen en je ziet het niet in hun reactie. Ook aan hun taalgebruik merk je dit vaak niet. Ze gebruiken woorden en zinnen die ze hebben opgevangen, maar die ze zelf niet begrijpen. Het inzicht in hun beperkingen ontbreekt, al merken ze wel dat ze dingen niet kunnen die hun leeftijdgenoten vanzelf afdaan. Ze doen zich vaak groter voor om dit te verbergen. Met name in emotioneel opzicht zijn kinderen met een LVB vaak jonger dan leeftijdgenootjes en dit kan al vroeg problemen geven met het gedrag. Deze kinderen kunnen heftig reageren op 'normale' conflictsituaties. Ze pakken speelgoed af van andere kinderen in de groep. Bij frustratie gaan ze bijvoorbeeld bijten, slaan of andere kinderen aan de haren trekken. Dergelijke driftbuien zijn bij jonge peuters vrij normaal, maar bij een vijfjarige past dit gedrag niet meer. Het komt vaak voor dat ouders worden aangekeken en aangesproken op dergelijk gedrag. Dit kan een eerste signaal zijn.

Professionals die werkzaam zijn in de algemene voorzieningen moeten leren om kinderen en jongeren met een LVB te herkennen en ze moeten weten hoe zij met hen kunnen communiceren. Dit werkt preventief. Hoe eerder een LVB herkend wordt en hoe eerder er op ingespeeld

wordt door ouders en professionals, hoe meer problemen op latere leeftijd kunnen worden voorkomen. Veel gedragsproblemen komen immers voort uit het feit dat jongeren met een LVB overvraagd worden. Daardoor lopen zij op hun tenen en ontwikkelen zij gedragsproblemen. Door vroegsignalering in onder meer Centra voor Jeugd en Gezin, de jeugdgezondheidszorg, de voorschoolse opvang, het welzijnswerk en op school krijgen de kinderen en jongeren tijdig de ondersteuning die zij nodig hebben. Hierdoor kunnen zij zich optimaal ontwikkelen, hoeven zij minder gebruik te maken van zwaardere zorg en behandeling en veroorzaken zij minder maatschappelijke overlast en kosten.

Deze handreiking beschrijft mogelijkheden voor vroegsignalering van een LVB. Hij is bedoeld voor professionals in de nulde en eerste lijn.

In het bijzonder denken we aan:

- Verloskundigen en kraamverzorgsters;
- Professionals in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ);
- Medewerkers van wijkteams;
- Professionals in de kinderopvang en peuterspeelzalen;
- Professionals in het onderwijs;
- Medewerkers van Centra voor Jeugd en Gezin;
- Huisartsen en praktijkondersteuners;
- Diagnostici naar wie bijvoorbeeld Centra voor Jeugd en Gezin verwijzen, zoals psychologen in de eerste lijn.

In de bijlage brengen we in kaart welke in deze handreiking beschreven diagnostische hulpmiddelen / screeningsinstrumenten gebruikt zouden kunnen worden door ieder van de hierboven genoemde groepen professionals.

¹ De tekst in deze inleiding is deels ontleend aan Van Leeuwen, M. (2013). *Heel gewoon en toch bijzonder: Aandacht voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking in de gemeente*. Utrecht: Netwerk Gewoon Meedoen.



2. LVB en vroegsignalering

Deze handreiking is geschreven om te bevorderen dat een LVB, of achterstanden en risico's in de ontwikkeling die tot een LVB kunnen leiden, vroegtijdig gesignaleerd worden.

Iemand functioneert op het niveau van een LVB als hij aanzienlijke beperkingen heeft op de volgende twee gebieden:

- cognitieve ontwikkeling; wat zich uit in een IQ-score tussen de 50 en 70;
- adaptieve vaardigheden, ook wel (sociaal) aanpassingsvermogen genoemd. Hieronder vallen conceptuele vaardigheden (zoals kunnen lezen, schrijven en rekenen), sociale vaardigheden (zoals communicatieve vaardigheden en het oplossen van sociale problemen) en praktische vaardigheden (zoals persoonlijke verzorging en gebruik maken van openbaar vervoer). Iemand heeft aanzienlijke beperkingen als hij niet voldoet aan wat gezien zijn leeftijd en zijn cultuur verwacht wordt.

In Nederland kunnen mensen met een IQ-score tussen de 70 en 85 (die eigenlijk zwakbegaafd zijn, en dus niet functioneren op het niveau van een LVB) ook gebruik maken van de zorg voor mensen met een LVB. Dat komt omdat die zorgverlening vaak als beste de benodigde ondersteuning biedt. Maar dit kan alleen als er ook (ernstige) bijkomende psychosociale problemen zijn. De beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen en in de (sociaal-)emotionele ontwikkeling (en dus niet de cognitieve beperkingen) zorgen namelijk voor de problemen waarbij ondersteuning nodig is.

Alleen een IQ-score is dus niet genoeg om te bepalen hoeveel en welke ondersteuning iemand met een LVB nodig heeft. Het sociaal aanpassingsvermogen en de (sociaal-) emotionele ontwikkeling komen daarom steeds meer centraal te staan.

Het is van belang om op te merken dat een LVB een beschrijving van een toestand op een bepaald moment inhoudt en niet een blijvend etiket hoeft te zijn. Kinderen of jongeren kunnen functioneren op het niveau van een LVB, maar dat hoeft niet voor altijd zo te zijn. Bij adequate stimulering zullen sommigen een spurt in hun ontwikkeling maken en niet langer onder de noemer LVB passen. Anderen zullen echter ook bij adequate stimulering vrij snel een plafond in hun ontwikkeling bereiken. Bij hen kan de noemer LVB wel blijvend passen.

Om verschillende redenen komen mensen met een LVB meer dan anderen in de problemen en wordt er vaker een beroep gedaan op ondersteuning of behandeling. Dit wordt voor een deel veroorzaakt door de toegenomen eisen en verwachtingen vanuit de samenleving waar zij steeds minder aan kunnen voldoen. Deze groep heeft het steeds moeilijker om zich te handhaven in de maatschappij en ervaart meer problemen met het meekomen op school en met sociale contacten.

De gedragsproblemen kunnen voor een deel verklaard worden door specifieke gezinskenmerken. Mensen met een LVB groeien namelijk relatief vaak op in zogenoemde multi-probleemgezinnen. In deze gezinnen is sprake van een gebrekkig opvoedingssituatie, mede als gevolg van langdurige werkloosheid en armoede. Ouders met een LVB hebben vaak dezelfde aanpassingsproblemen (en sociaal-emotionele beperking) als hun kinderen. Ook zij zijn vaak opgegroeid in een sociaal, pedagogisch en fysiek arme omgeving. Bij de ouders zien we vaker een pedagogisch onvermogen en verwaarlozing of mishandeling van hun kinderen. Ook komen een LVB, psychiatrische stoornissen en verslavingen bij deze ouders relatief vaak voor en hebben de gezinsleden geen of weinig contact buiten het gezin of de directe familie. In veel gezinnen van kinderen met een LVB is er dus sprake van voortdurende spanningen op verschillende gebieden en kan men eigenlijk spreken van chronische stress. In deze gezinnen zijn maar weinig factoren aanwezig



die een gezonde ontwikkeling en opvoeding van kinderen met een LVB bevorderen. Hierdoor hebben die kinderen een verhoogd risico om in de problemen te komen. In de volwassenheid kan dit tot problemen op het gebied van werk en zelfstandig wonen leiden, problemen in de omgang met anderen, beperkte opvoedcompetenties, maar ook tot middelengebruik.

Vroegsignalering

Vroegtijdige signalering is wenselijk om vroegtijdig gepaste ondersteuning te kunnen bieden en mogelijkheden aan te reiken om de verdere ontwikkeling, in het bijzonder van talenten, te bevorderen. We plaatsen het woord vroeg tussen haakjes om uit te drukken dat de bedoelde signalering nog tot op volwassen leeftijd kan plaatsvinden. We spreken vanaf nu korthedshalve van vroegsignalering van een LVB, maar bedoelen daarmee dus:

vroegsignalering van achterstanden en risico's in de ontwikkeling van kinderen en/of de omgeving die wijzen op of kunnen leiden tot sociale kwetsbaarheid en/of een licht verstandelijke beperking (LVB).

Het is van belang om op te merken dat ieder kind sterke en zwakke aspecten in zijn ontwikkeling heeft. Die kunnen in de tijd veranderen. Om te voorkomen dat de zwakke kanten (of beperkingen) voortdurend aandacht krijgen, accentueren we ook de sterke kanten of kansen en talenten. Die kunnen immers aangrijpingspunt zijn om de ontwikkeling in brede zin te stimuleren. Ze kunnen ook een belangrijke rol spelen bij het stimuleren van het zelfbeeld en het zelfvertrouwen van het kind.

Ieder kind heeft recht op zijn eigen ontwikkeling en die hoeft helemaal niet uniform te verlopen. Op jonge leeftijd is het bovendien nog niet goed mogelijk om eenduidige diagnoses te stellen en in die fase is het

vaak ook niet wenselijk om al te classificeren, of een etiket aan een kind toe te kennen. Dan is het signaleren van mogelijke risico's in de ontwikkeling van het kind belangrijker, zeker als daarbij ook aandacht is voor kansen of talenten.

Screeningsinstrumenten

We inventariseren in deze handreiking informatiebronnen, screeningsinstrumenten, mogelijkheden voor aanvullende diagnostiek en (enkele) mogelijke begeleidingsmethodes die alle gebruikt kunnen worden bij vroegsignalering van een LVB. Tezamen noemen we ze hulpmiddelen. We beschrijven ze kort en voegen links toe naar waar meer informatie te vinden is.

De meeste hulpmiddelen die we noemen zijn op zichzelf niet in staat om een LVB betrouwbaar vast te stellen. Ze richten zich op aspecten en omstandigheden die in meer of minder duidelijke relatie tot een LVB staan. Om een voorbeeld te noemen: wanneer met een screeningsinstrument een taalachterstand wordt geconstateerd kan die veroorzaakt worden door allerlei achterliggende factoren. Een LVB is een van de mogelijke verklaringen. In deze zin kunnen de resultaten van screeningsinstrumenten wijzen op factoren die met een LVB geassocieerd kunnen worden of anders gezegd daar mogelijke indicatoren van zijn.

Vrijwel geen van de beschreven hulpmiddelen is zonder meer bruikbaar in verschillende culturen. Ze zijn vrijwel allemaal ontwikkeld voor gebruik bij personen die opgroeien in een westerse cultuur. Bij gebruik bij personen bij wie dat niet of in mindere mate het geval is, is terughoudendheid geboden en is een professionele klinische blik of klinische interpretatie van de resultaten noodzakelijk.

Deze handreiking bespreekt hulpmiddelen in vier aparte hoofdstukken: informatiebronnen, screeningsinstrumenten, hulpmiddelen voor



aanvullende diagnostiek en enkele mogelijke interventies. De vier hoofdstukken zijn min of meer chronologisch geordend. Van heel jonge leeftijd, via de vroege kindertijd, de kleutertijd, en de basisschoolleeftijd komen we tenslotte bij vroegsignalering in de (pre)puberteit. Er worden echter ook hulpmiddelen genoemd die gedurende een langere ontwikkelingsperiode bruikbaar zijn.

Vroegsignalering, preventie en ondersteuning

In de transitie naar de nieuwe Jeugdwet is het eerste transformatiedoel preventie. Vroegtijdige onderkenning van een LVB sluit daar direct op aan. Dit is niet hetzelfde als het afgeven van een etiket en het plaatsen van een kind in een aparte leerroute. Daardoor wordt het kind immers weggezet als een 'probleem', terwijl het juist belangrijk is om te investeren in de ontwikkeling van kennis en vaardigheden van het kind, het versterken van het zelfvertrouwen en het bieden van kansen voor de ontplooiing van talenten. Door deze investeringen nemen de kansen op problemen af. Door vroegsignalering kan passende hulp en begeleiding een risicovolle ontwikkeling ombuigen in een positieve richting. Een positieve basis zal in het algemeen leiden tot een meer evenwichtige ontwikkeling en bijdragen aan het voorkomen van gedragsproblematiek. Dit kan ook de gezinssituatie gunstig beïnvloeden, maar andersom kan een gunstige gezinssituatie ook een sterke positieve invloed hebben op de ontwikkeling van een kind.

Preventie moet dus niet alleen gericht zijn op een kind of jongere, maar ook verbonden zijn met het gezin en de sociale context. Zoals in hoofdstuk 2 al beschreven, ontstaat problematiek bij de jeugdige immers voor een deel in en door risicovolle gezinssituaties, waarin onder andere sprake kan zijn van een verstandelijke beperking bij ouders, armoede, schuldenproblematiek, verslaving, verwaarlozing, mishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik van de kinderen. In deze gezinnen is opvoedingsondersteuning noodzakelijk, waar nodig gecombineerd met

de inzet van speciale zorg. Door met gerichte steun de eigen kracht en de sociale omgeving te mobiliseren, kan vaak de inzet van zware hulp worden voorkomen. Dat vraagt soms een (pro)actieve en vasthoudende aanpak met professionele ondersteuning, zo nodig in de vorm van bemoeizorg. Preventie zal dus een directe relatie moeten hebben met opvoedingsondersteuning en waar nodig met de inzet van speciale zorg.

Ondanks een inzet op preventie is complexe problematiek als gevolg van een blijvende beperking niet altijd te voorkomen. In dat geval is blijvende zorg, vaak met een specialistisch karakter, noodzakelijk. In hun beleid zullen gemeenten daarom de continuïteit van specifieke zorgfuncties moeten borgen.

Vroegsignalering van een LVB is de eerste van meerdere trappen in een meertrapsraket. Na vroegsignalering waarbij mogelijke problemen aan de orde komen volgt in het algemeen uitgebreidere en meer specifieke diagnostiek naar een LVB, (gedrags)problemen, psychiatrische problematiek en mogelijke oorzaken daarvan. Daarna kan de aanpak van de problematiek aan de orde komen. Daarbij is meestal een mix van het bieden van ondersteuning aan kind en gezin en het bieden van kansen voor ontplooiing van talenten het beste. Voor nadere diagnostiek en voor aanpak van de problematiek kan men onder meer verwijzen naar:

- Centra voor Klinische Genetica;
- Integrale Vroeghulp (IVH);
- MEE (organisatie voor ondersteuning bij leven met een beperking);
- Speciaal Onderwijs;
- Psychologen in de eerste lijn;
- Jeugdzorg;
- Kinder- en Jeugdpsychiatrie;
- Orthopedagogische Behandelcentra (OBC's);
- Instellingen voor de verstandelijk gehandicaptenzorg.



Risicofactoren en protectieve factoren

De risico's voor een LVB kunnen aan het kind gebonden zijn, zoals ten gevolge van een cognitieve beperking. Ze kunnen ook aan de opvoedingsomgeving gekoppeld zijn, bijvoorbeeld bij ouders die afwezig zijn, of die weinig opvoedingsvaardigheden hebben. Of ze zijn verbonden aan de sociaal-maatschappelijke omgeving, bijvoorbeeld wanneer een kind opgroeit in armoede of te maken heeft met een ongunstige vriendenkring. Vaak zal er sprake zijn van een negatief samenspel van risicofactoren die aan het kind gebonden zijn en risicofactoren die aan de opvoeding of de omgeving gebonden zijn. Naast risicofactoren kunnen ook protectieve of beschermende factoren een rol spelen. Dat zijn factoren die de ontwikkeling van een kind gunstig beïnvloeden. Een voorbeeld is de actieve aanwezigheid van grootouders die een deel van de opvoeding overnemen wanneer ouders daartoe niet goed in staat zijn. Het is belangrijk om vroegsignalering niet alleen te richten op risicofactoren maar ook op deze protectieve factoren. We bespreken later in deze handreiking een 'top tien protectieve factoren'.

Vroegsignalering moet dus gericht zijn op het verkrijgen van een profiel bestaande uit de volgende drie groepen risicofactoren en protectieve factoren:

- het functioneren van het kind;
- de opvoedingsomgeving (gezin, school);
- de sociaal-maatschappelijke omgeving.

Draaglast en draagkracht

Kinderen en hun ouders kunnen een samenspel van enerzijds risico's en problemen en anderzijds protectieve factoren hebben dat sterk in zwaarte kan verschillen. In de opvoedingssituatie van het ene kind kan dus de draaglast groter (of juist minder groot) zijn dan bij een ander kind, bijvoorbeeld doordat het ene kind meer opvoedvaardigheden van

zijn opvoeders vraagt dan het andere kind. Een verzwaarde opvoeding ontstaat bijvoorbeeld doordat een kind een beperking heeft, een medisch probleem of problemen in de omgang met anderen.

Maar er kan ook verschil zijn in wat een kind of zijn ouders aankunnen. Dat is de draagkracht. Wat voor het ene kind en zijn ouders heel zwaar is, is voor een ander kind en zijn ouders soms wat beter te dragen: de draagkracht kan verschillen. Het is belangrijk om bij vroegsignalering een beeld te krijgen van de individuele verhouding tussen draaglast en draagkracht. Dat kan door de inzet van geschikte screeningsinstrumenten, maar ook door ouders en/of de jongere te betrekken in een gesprek over waar zij zelf mogelijke risico's of problemen zien en hoe zwaar ze de situatie vinden. Het gaat dus om een gesprek over hoe zij de verhouding tussen draaglast en draagkracht ervaren. Daaruit komt naar voren hoeveel en welke soort zorg of ondersteuning gewenst of noodzakelijk is. Een voorbeeld van zo'n gesprek is de GIZ-methode (Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften), die we in hoofdstuk 6 bespreken.

Samenvattend

- Vroegsignalering is belangrijk voor preventie van (gedrags)problemen op latere leeftijd en voor het bieden van goede ondersteuning aan jeugdigen met een LVB en hun gezinnen;
- Wees terughoudend met het gebruik van classificaties; het verbinden van een etiket aan een kind. Spreek liever van een risicovolle ontwikkeling als een LVB nog niet definitief is vast te stellen;
- Let bij vroegsignalering op risicofactoren in het kind, in zijn opvoedingsomgeving (gezin, school) en in zijn sociaal-maatschappelijke omgeving, maar let ook op talenten en protectieve factoren die de ontwikkeling gunstig kunnen beïnvloeden;
- Let op de verhouding tussen draaglast en draagkracht bij het kind of de jongere en de ouders.



3. Informatiebronnen

In dit hoofdstuk bespreken we aandachtspunten en informatiebronnen die aan de orde kunnen komen voordat er sprake is van zwangerschap of tijdens een zwangerschap. Ze zijn gericht op thema's die een risico voor LVB kunnen vormen.

- *Gesprek over kindervens.* Is een gesprek hierover, bijvoorbeeld bij mensen met een verstandelijke beperking, gewenst of noodzakelijk? Men kan trachten voorspelbaar leed (of in dit geval, een risico op een LVB bij het kind) ten gevolge van onverantwoord ouderschap te voorkomen, onder meer door in gesprek te gaan met cliënten met een kindervens. 'Ontmoeten' zou daarbij een sterker middel kunnen zijn dan 'ontmoedigen'.
 - MEE-consulenten helpen mensen met een beperking om hierin verantwoorde keuzes te maken. Zie [website](#) onder folders en MEE signalen. MEE [traint ook professionals](#) om hierover met hun cliënten in gesprek te gaan.
 - De William Schrikker Groep (WSG) heeft een [document](#) (11 pag.) gepubliceerd over gesprekken met mensen met een verstandelijke beperking met een kindervens.
 - Ook biedt de William Schrikker Groep (WSG) een [themapakket](#) voor discussie over dit onderwerp in een groep professionals.
 - De zorginstelling ASVZ heeft een '[toolkit](#)' ontwikkeld over kindervens en ouderschap.
 - MEE Oost Gelderland ontwikkelde een methode '[vriendschap, verkering, vrijen en kindervens](#)' (27 pag.).
 - Ook is er een website met blogs over [kindervens bij mensen met een LVB](#).
 - De website van het '[Werkgezelschap Ouderschap en Kinderwens](#)' waarin onder andere het Landelijk Kenniscentrum LVB en de VU participeren biedt informatie en antwoorden op veel gestelde vragen.
- Is *klinisch genetische screening* wenselijk? Dat kan het geval zijn bij aanwezigheid of verdenking van erfelijke aandoeningen in de familie. Patiënten en/of hun familieleden kunnen door hun huisarts of behandelaars voor erfelijkheidsonderzoek en -voorlichting verwezen worden naar een polikliniek of spreekuur Klinische Genetica in een universitair medisch centrum. Men kan daar terecht voor erfelijkheidsonderzoek naar en -voorlichting over alle typen (mogelijk) erfelijke aandoeningen.
 - Een overzicht van poliklinieken [klinische genetica](#).
 - [Voorlichtingsmateriaal](#) (brochures, films) over klinisch genetische advisering.
- Is er bij moeder sprake van *alcoholgebruik* tijdens de zwangerschap? Dan is er risico op het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS) bij het kind, dat mogelijk kan leiden tot een risicovolle ontwikkeling en een LVB.
 - Veel informatie is te vinden bij de [FAS-stichting](#).
 - Ook de [Hersenstichting](#) heeft een webpagina over FAS.
 - De [Gezondheidsraad](#) publiceerde een uitgebreid advies (150 pag.) over alcoholgebruik en zwangerschap.
- Functioneert een van de ouders (of beide ouders) *op het niveau van een LVB*? Mogelijk is er dan sprake van beperkingen in de opvoedingscompetenties. Dat kan leiden tot opvoedingsarmoede, met het risico dat de ontwikkeling achterblijft en een LVB kan ontstaan.
 - MEE biedt opvoedingsondersteuning aan ouder(s) met een LVB. Zie onder andere de volgende [brochure](#) voor meer info.
 - Het Landelijk Kenniscentrum LVB publiceerde een [overzicht van regionale initiatieven](#) in de opvang, begeleiding en ondersteuning van jonge ouders met een LVB, met links naar websites van die initiatieven.



- De website '[Wat werkt](#)' van het 'Werkgezelschap Ouderschap en Kinderwens' biedt informatie en antwoorden op veel gestelde vragen van hulpverleners (huisarts, het consultatiebureau, maatschappelijk werker, zorgconsulent, wijkverpleegkundige en medewerker jeugdzorg of Wmo-medewerker). Ook op deze [website](#) is meer informatie beschikbaar.
- Het expertisecentrum van de William Schrikker Groep (WSG) biedt [informatie over een LVB en opvoeden](#).
- Een [PowerPoint](#)-presentatie van Cordaan (Amsterdam) over moederschap bij cliënten met een LVB is beschikbaar.
- Een [factsheet](#) (7 pag.) van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) met als titel 'Wat werkt bij licht verstandelijk beperkte ouders?'
- Een [dossier over multiprobleemgezinnen](#) van het NJi.
- De Amerpoort ontwikkelde een [brochure](#) (5 pag.) over begeleiding bij goed ouderschap. Daarnaast hebben zij ook nog een [volledige handreiking](#) hierover uitgegeven.
- Op het Kennisplein Gehandicaptensector is een thema gewijd aan het onderwerp [kinderwens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking](#).



4. Screeningsinstrumenten

In dit hoofdstuk komen tamelijk laagdrempelige screeningsinstrumenten aan de orde die betrekking hebben op risicofactoren voor LVB. Deze screeningsinstrumenten zijn bruikbaar in de eerste lijn.

Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)

Kunnen ouders zich redden? Als dat niet zo is, is er risico op opvoedingsproblemen, en daarmee kans op ontwikkeling van een LVB. De ZRM is een instrument waarmee behandelaars, beleidsmakers en onderzoekers in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening een momentopname van de mate van zelfredzaamheid van hun cliënten kunnen maken. De ZRM wordt geïmplementeerd in sociale wijkteams. De ZRM heeft 11 domeinen waarop de mate van zelfredzaamheid wordt beoordeeld: Financiën, Dagbesteding, Huisvesting, Huiselijke relaties, Geestelijke gezondheid, Lichamelijke gezondheid, Verslaving, Activiteiten Dagelijks Leven, Sociaal netwerk, Maatschappelijke participatie, en Justitie.

- Een verdere beschrijving vindt u [hier](#).

Oudertest-Opvoedingsstijl

Indien ouders weinig sensitief en/of responsief zijn ten opzichte van hun kinderen kan dat een risico voor een LVB vormen. Er is daarvoor niet een screeningsinstrument beschikbaar, maar er is wel een vragenlijst voor ouders met een verwant doel. De Oudertest-Opvoedingsstijl test wat de opvoedingsstijl van ouders is en de manier waarop ze met emoties (verdriet, woede of angst) van hun kind omgaan. Professionals kunnen ouders op deze test wijzen of ze kunnen ouders de test laten maken. De test (die op internet vrij toegankelijk is) bestaat uit 81 stellingen waarop met 'waar' of 'niet waar' moet worden gereageerd. De test geeft scores op 'niet ontvankelijk', 'afkeuren', 'laissez faire' en 'emotioneel coachen'. Deze ouderstijlen of opvoedingsstijlen zijn onderscheiden

op basis van onderzoek (Gottman & Declaire, 1986) naar ouders met kinderen, hun stijl van opvoeden en het effect van de betreffende opvoedingsstijl op het kind.

- De Oudertest-Opvoedingsstijl vindt u [hier](#).

Van Wiechen Onderzoek (VWO)

Het Van Wiechen Onderzoek (ook bekend als Van Wiechenschema) is een hulpmiddel (screeningsinstrument) om op systematische wijze de ontwikkeling van baby's, peuters en kleuters te volgen. Het VWO wordt gebruikt door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Het onderzoek is gericht op grove en fijne motoriek, adaptatie, taalontwikkeling, sociaal gedrag en persoonlijkheid.

- Korte informatie met een link naar een uitgebreide beschrijving vindt u [hier](#).
- Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid heeft een handboek ontwikkelingsonderzoek gemaakt. Informatie daarover, en over DVD's, CD-Roms en ander ondersteunend materiaal vindt u [hier](#).

Developmental-screening (D-screening)

Dit is een aanvulling op het Van Wiechen Onderzoek (VWO). Het is gericht op het detecteren van ontwikkelingsachterstanden bij jonge kinderen en het ondersteunt artsen in de communicatie met ouders over de ontwikkeling van hun kind. De D-screening maakt gebruik van een thermometer die opgedeeld is in een groen, geel en oranje gebied. De uitslag van de thermometer is gebaseerd op de scores op de Van Wiechenkenmerken en op achtergrondkenmerken van kind en ouder. Bij een uitslag in het groene gebied is geen extra informatie nodig. Bij een uitslag in het gele of oranje gebied is het wenselijk dat de arts meer informatie vraagt aan de ouders over de ontwikkeling van het kind in de thuissituatie. De D-screening wordt uitgevoerd met behulp van een webtool. De D-screening is met name geschikt om kinderen met een globale ontwikkelingsachterstand te herkennen.



- Een factsheet (3 pag.) over een pilotonderzoek naar de D-screening vindt u [hier](#).
- Een tijdschriftartikel (4 pag.) over de relatie tussen D-screening en intelligentieontwikkeling bij jonge kinderen vindt u [hier](#).
- Een uitgebreid rapport (46 pag.) over hetzelfde pilotonderzoek vindt u [hier](#).

Naast de screeningsinstrumenten Van Wiechen Onderzoek en D-screening ontwikkelde men vanuit de jeugdgezondheidszorg een aantal begeleidingsmethodes die soms ook screeningselementen in zich hebben. We verwijzen voor deze methodes naar hoofdstuk 6.

Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (KIPPPi)

In het KIPPPi staat de observatie door zorgprofessionals en ouders, de interpretatie van de signalen en de terugkoppeling naar ouders centraal. Het doel van de methode is zorg en hulp te mobiliseren als het nodig is en (zo nodig) het 'startmoment' van zorg en hulp te vervroegen naar een fase waarin de problematiek nog beperkt en 'enkelvoudig' is. Het KIPPPi bestrijkt de periode 0-12 jaar. Voor elke leeftijdscategorie is de methode uitgewerkt in verschillende bij elkaar behorende en op elkaar afgestemde vragenlijsten. Zo is er een baby-KIPPPi, een dreumes-KIPPPi en een peuter-KIPPPi.

- Korte beschrijving met een link naar een meer uitgebreide beschrijving vindt u [hier](#).
- Meer informatie, ook over verkrijgbaarheid vindt u [hier](#). Op deze website zijn ook demonstratieversies van de verschillende formulieren te vinden.
- Een rapport (118 pag.) over een onderzoek naar de vergelijkbaarheid van verschillende signaleringsinstrumenten, waaronder het KIPPPi, voor problemen bij 0-4 jarigen in de jeugdgezondheidszorg vindt u [hier](#).

SNEL-test

Als er een achterstand is in de taalontwikkeling kan dat een signaal zijn van een risicovolle ontwikkeling of een LVB. Een eenvoudige test voor het in kaart brengen van de taalontwikkeling die door ouders zelf kan worden gebruikt, is de *SNEL-test*. Deze is op internet vrij toegankelijk. Professionals kunnen ouders op deze test attenderen of de test door ouders laten maken. In de *SNEL-test* krijgt men informatie over wat het kind op een bepaalde leeftijd (tussen 12 en 82 maanden) zou moeten kunnen zeggen en krijgt men een globaal beeld van de spreekprestaties, het taalbegrip en de vertelvaardigheden van het kind. Ouders worden in eerste instantie verwezen naar de jeugdarts bij de JGZ. De JGZ heeft al informatie vanuit het Van Wiechen Onderzoek (VWO; zie de eerdere bespreking daarvan in dit hoofdstuk) en kan deze vergelijken met de informatie die de ouder uit de *SNEL-test* heeft gekregen. Zo nodig kan de JGZ doorverwijzen naar de logopedist, het audiologisch centrum of de kinderarts. Een logopedist kan dan bijvoorbeeld met de Schlichting Tests voor taalproductie en taalbegrip (zie hoofdstuk 5 voor meer informatie hierover) nader onderzoek doen.

- Meer informatie over de *SNEL-test* vindt u [hier](#). De *SNEL-test* zelf vindt u [hier](#).
- Een [reportage in een tijdschrift](#) over de ontwikkeling van de *SNEL-test*.
- Het proefschrift van Margreet Luinge over de *SNEL-test* is [hier](#) te downloaden.

Uniforme signalering van taalachterstanden

Taal speelt een belangrijke rol in de totale ontwikkeling van het kind, bijvoorbeeld bij de emotionele ontwikkeling en het gedrag.

Vroege signalering van taalachterstanden is daarom van groot belang voor een kind met een taal(ontwikkelings)stoornis. Het NCJ heeft een handreiking 'Uniforme signalering van taalachterstanden bij jonge kinderen' ontwikkeld. Het doel van deze handreiking is de professionals



in de JGZ te ondersteunen bij een eenduidige manier van werken, zodat taal(ontwikkelings)stoornissen bij jonge kinderen zo vroeg mogelijk gesignaleerd, gediagnosticeerd en behandeld kunnen worden.

- De handreiking (31 pag.) en veel andere informatie (samenvattingskaart, vragenlijsten voor ouders, tips voor voorlezen etc.) zijn [hier](#) te vinden.

Checklist verstoorde hechting

Een verstoorde hechting tussen ouders en kind levert een risico op een LVB. Een eerste beeld van de kinderlijke hechting kan men krijgen aan de hand van de Checklist verstoorde hechting van Boris en Zeanah (2005). De checklist bestaat uit 8 vragen die uit een beschrijving van 'normaal' gedrag en een beschrijving van 'verstoorde' gedrag bestaan. Iedere vraag moet op een vijfpuntsschaal beoordeeld worden, die loopt van 'nagenoeg altijd normaal' tot 'nagenoeg altijd verstoord'.

- De schaal is toegankelijk via deze [link](#).
- Een boek over verstoorde hechting van Francien Dekker-van der Sande en Cees Janssen uit 2010 (192 pag.) is op internet beschikbaar. De titel is: 'Signaleren van verstoord gehechtheidsgedrag: 'Best practice' voor het diagnosticeren van gehechtheidsproblemen bij kinderen/jongeren met een visuele en/of licht verstandelijke beperking'. U kunt dit boek [hier](#) vinden.

Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen (BSA)

De BSA is een screeningsinstrument waarmee het sociaal aanpassingsvermogen bij jeugdigen (4 t/m 23 jaar) in kaart kan worden gebracht. Met het instrument kunnen hulpverleners globaal beoordelen of iemand functioneert op het niveau van een LVB en of verwijzing naar gespecialiseerde LVB-zorg aan de orde is. Er zijn twee versies van de BSA: een voor kinderen die regulier of speciaal basisonderwijs volgen (BSA-k) en een voor jongeren die het basisonderwijs (BSA-j) hebben afgesloten. Het instrument is vrij op internet verkrijgbaar.

Voor een meer gedetailleerde beoordeling is afname van een uitgebreider diagnostisch instrument nodig. Indicaties voor de afname van de BSA kunnen zijn: de jeugdige heeft ouders met een LVB; de jeugdige volgt speciaal onderwijs of geen onderwijs; de jeugdige heeft (vermoedelijk) een ontwikkelingsstoornis (ADHD, autisme/PDD-NOS, hechtingsstoornis); de jeugdige vertoont een verlate ontwikkeling (met name taal-spraakontwikkeling). Hulpverleners kunnen de vragenlijst zelf na het eerste of tweede (screenings)gesprek met de cliënt invullen. Het is niet de bedoeling dat dit in bijzijn van of samen met de cliënt gebeurt. Momenteel wordt gewerkt aan de omvorming van de BSA-k in de Schaal Adaptief Functioneren (SAF). Daarover verschijnt naar verwachting in het voorjaar van 2015 een publicatie.

- Korte beschrijving van de BSA met een link naar een uitgebreidere beschrijving van de BSA vindt u [hier](#).
- De handleiding van de BSA (15 pag.) en BSA-k en BSA-j zelf vindt u [hier](#).
- Een [video](#) over het gebruik van de BSA in het onderwijs bij de onderkenning van leerlingen met een LVB.

Sociale InformatieverwerkingsTest (SIVT; in ontwikkeling)

Relatief veel kinderen en jongeren met een LVB hebben gedragsproblemen. Inadequate sociale informatieverwerking lijkt een belangrijke verklarende factor hiervoor te zijn. Een eerste versie van de SIVT dat beoogt dit in kaart te brengen is in de afgelopen jaren ontwikkeld. De eerste resultaten zijn veelbelovend, maar het instrument moet nog verder ontwikkeld en gevalideerd worden om een goed diagnostisch instrument te worden dat gerichte aanwijzingen geeft voor de behandeling van jeugdigen met een LVB.

- Meer [informatie](#) over het onderzoek.
- Een korte [beschrijving](#) (met doorklikmogelijkheid naar een wat uitgebreidere beschrijving).



VolgInstrument Sociaal-Emotionele Ontwikkeling (VISEON)

Aspecten van het sociaal en emotioneel functioneren in het onderwijs kunnen in kaart gebracht worden met de VISEON en de kleuter-VISEON. Voor groep 3 t/m 8 bestaat VISEON uit twee digitale vragenlijsten: een voor de leerkracht (leerkrachtlijst) en een voor de leerlingen vanaf groep 5 (leerlinglijst). Deze lijsten brengen enkele aspecten van het sociaal-emotioneel functioneren van de leerlingen in kaart. Met de digitale observatielijst voor kleuters kan men zicht krijgen op de domeinen Sociaal gedrag, Welbevinden en Speelwerkhouding. De observatielijst maakt deel uit van VISEON.

- Informatie van de uitgever over de VISEON vindt u [hier](#) en [hier](#).
- De [handleiding en verantwoording](#) van de VISEON (54 pag.) vindt u [hier](#).

Kindvolgsystemen

Er zijn, voor gebruik in voorschoolse educatie en in het onderwijs, verschillende kindvolgsystemen beschikbaar. Vaak zijn het combinaties van stimuleringsprogramma's en screeninginstrumenten. Er zijn er heel veel op de markt. We bespreken hierna *enkele voorbeelden en pretenderen dus niet compleet te zijn*. Voor een overzicht van methoden, materialen en screeningsinstrumenten, gericht op de domeinen taal, rekenen en sociaal-emotioneel functioneren (100 pag.) klik [hier](#).

Piramide observeren en toetsen

Dit is een kindvolgsysteem van Cito en is gericht op baby's, dreumesen, peuters en kleuters in groep 1 en 2. Het is een screeningssysteem dat ontwikkeld is als onderdeel van een programma voor Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE). Het is dus een stimuleringsprogramma. Peuterleidsters en leerkrachten kunnen zich aan de hand van observatielijsten en vragen die ze aan kinderen stellen een beeld vormen van hoe veilig een kind zich voelt in de groep, of het met plezier speelt en of het zich naar verwachting ontwikkelt. De naam zegt al dat het

observatiesysteem is bedoeld om kinderen te volgen, dus om regelmatig te beoordelen of de ontwikkeling naar verwachting verloopt.

- Informatie van de uitgever, ook over verkrijgbaarheid, vindt u [hier](#).
- Een beschrijvend artikel (4 pag.) over het peuter- en kleutervolgsysteem vindt u [hier](#).
- Informatie over het Piramide-stimuleringsprogramma vindt u [hier](#).
- Uitvoerige beoordeling (18 pag.) van het stimuleringsprogramma vindt u [hier](#).

Sociale Competentie Observatie Lijst (SCOL)

De SCOL is een leerlingvolgsysteem voor sociale competentie dat via een website moet worden ingevuld. De lijst is genormeerd op basis van onderzoek onder een landelijke steekproef van basisschoolleerlingen. De SCOL meet de sociale competenties van de leerlingen (het adequaat kunnen en willen handelen in sociale situaties) aan de hand van vragen over hun gedrag. Er zijn 26 vragen die zijn ondergebracht in acht categorieën van sociaal competent gedrag. Bij elk item van de SCOL kan de leerkracht kiezen uit de vijf scoremogelijkheden: nooit, zelden, soms, geregeld, vaak. Voor de leerlingen van de bovenbouw is er ook een zelfbeoordelingslijst. De 26 vragen van het leerlingvolgsysteem zijn gericht op acht categorieën van sociaal-competent gedrag:

- Ervaringen delen (over zowel positieve als negatieve ervaringen);
- Aardig doen (positieve manier van benaderen);
- Samen werken en doen (overleggen, afspraken maken, ideeën inbrengen);
- Een taak uitvoeren (omgaan met opdrachten);
- Jezelf presenteren;
- Een keuze maken (eigen keuze, beïnvloeding door anderen);
- Opkomen voor jezelf (zorg voor jezelf, omgaan met weerstand);
- Omgaan met ruzie (goed omgaan met conflicten).



De SCOL wordt twee keer per jaar door de leerkracht ingevuld voor alle leerlingen.

- Een beschrijving van de SCOL vindt u [hier](#).
- De SCOL heeft een eigen [website met helpdesk](#).

Doen, Praten & Bewegen

Dit is een kindvolgsysteem voor baby's en peuters. Leidsters van peuterspeelzalen en kinderdagverblijven kunnen hiermee de ontwikkeling volgen en stimuleren. Het instrument bestaat uit drie observatielijsten: 'Zo Doe Ik', 'Zo Praat Ik' en 'Zo Beweeg Ik', die zowel los van elkaar als gezamenlijk kunnen worden ingezet.

- Korte [informatie](#), met doorklikmogelijkheid naar wat uitgebreidere informatie.
- [Informatie](#) van de uitgever, onder andere over verkrijgbaarheid en met doorklikmogelijkheid naar een brochure.

Ko-totaal

Dit is een stimuleringspakket met observatielijsten voor peuters en kleuters: Puk & Ko voor peuters, Ik & Ko voor kleuters.

- [Uitgebreide informatie](#) (13 pag.) over de observatielijst voor peuters (Puk & Ko).
- [Uitgebreide informatie](#) (12 pag.) over de observatielijst voor kleuters (Ik & Ko).

Het NOB-profiel

ZML Noordoost Brabant heeft een model ontwikkeld om op basis van het ontwikkelingsperspectief van leerlingen het onderwijs doelgericht en planmatig in te richten. Het NOB-profiel bestaat uit een aantal onderdelen. Eerst worden in het instroomprofiel de domeinen van functioneren in kaart gebracht. Daarna worden het ontwikkelingsperspectief en de na te streven uitstroombestemming vastgesteld en tot slot wordt bepaald welk basisarrangement het beste past bij een leerling.

- Meer informatie is beschreven in een [tijdschriftartikel](#).

Screeners voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL)

De SCIL is geschikt om bij volwassenen snel te screenen op een mogelijke LVB. Het gaat om een korte screeningslijst die in negen van de tien gevallen een LVB correct voorspelt. Een LVB is niet altijd direct zichtbaar, maar wel van grote invloed op het algemeen functioneren. Met de SCIL is snel en eenvoudig vast te stellen of er mogelijk sprake is van een LVB. De SCIL kan worden toegepast bij politie en justitie en reclassering, in de (forensische) psychiatrie, in de dak- en thuislozenzorg, bij MEE (ondersteuning bij leven met een beperking). Indien er mogelijk sprake is van een LVB is nader diagnostisch onderzoek nodig. Er wordt gewerkt aan een variant van de SCIL voor jeugdigen van 12-18 jaar.

- Een [korte beschrijving van de SCIL](#).
- Voor [verkrijgbaarheid](#) van de SCIL.
- Een [PowerPoint-presentatie](#) over de ontwikkeling van de SCIL.



5. Hulpmiddelen bij aanvullende diagnostiek

Wanneer op basis van screening een verdenking van LVB bestaat, kan door specialisten zoals GZ-psychologen nader onderzoek worden verricht. Daarbij kunnen onder meer de volgende hulpmiddelen ingezet worden.

Standaard Taxatie Ernst van de Problematiek (STEP)

Hulpverleners beoordelen dagelijks de problematiek van jeugdigen en gezinnen. Om hen daarbij handvatten te geven en om meer inzicht te krijgen in de groep cliënten die zij bereiken, is een goede inschatting van de ernst van problematiek (bijvoorbeeld, maar niet uitsluitend, bij een LVB) een vereiste. Dat geldt ook als men wil bepalen of jeugdzorg effectief is. Als het doel van de zorg is de problemen te verminderen, is een goed meetinstrument nodig om te meten of de ernst van de problematiek daadwerkelijk is afgenomen. De STEP is een compacte vragenlijst om de ernst van problematiek te taxeren en een inschatting te kunnen maken welke zorg er nodig is en hoe snel die zorg geboden moet worden. De STEP is kosteloos op internet verkrijgbaar. Scoring vergt de eerste keren ongeveer een uur, maar met enige ervaring loopt die tijd terug tot 5-10 minuten.

- Een [korte beschrijving van de STEP](#), met een link naar een uitgebreidere beschrijving.
- De [handleiding](#) (51 pag.) vande STEP, inclusief de vragenlijst.

Top tien protectieve factoren

Naast risicofactoren zijn ook beschermende of protectieve factoren van belang in de diagnostiek naar een LVB. Zij kunnen een zekere compensatie of bescherming bieden bij de risicofactoren die aanwezig zijn. Er is geen screeningsinstrument beschikbaar dat

protectieve factoren inventariseert of 'meet'. Inmiddels is er wel een screeningsinstrument in ontwikkeling voor jeugd. De Structured Assessment of PROtective Factors (SAPROF) is oorspronkelijk ontwikkeld voor gebruik bij volwassenen in vooral forensische settings, maar wordt bewerkt voor jeugdigen. Dat is een risicotaxatie-instrument dat alleen protectieve factoren bevat. Daarnaast is een goede en toegankelijke beschrijving beschikbaar van de '*top tien*' *protectieve factoren* bij jeugdigen. Deze '*top tien*' factoren zijn:

- Sociale binding;
- Kansen voor betrokkenheid;
- Prosociale normen;
- Erkenning en waardering voor positief gedrag;
- Steun van belangrijke volwassenen in de omgeving;
- Constructieve tijdsbesteding;
- Competenties (sociale, emotionele en gedragsmatige);
- Cognitieve vaardigheden;
- Schoolmotivatie;
- Positieve identiteit.

Op internet is kosteloos een document beschikbaar waarin de top tien wordt besproken en verantwoord.

- De '[top tien positieve ontwikkeling jeugd; beschermende factoren in opvoeden en opgroeien](#)' (31 pag.) vindt u hier.
- Een [samenvatting](#) (17 pag.) van dit document.

Bailey Scales of Infant Development (BSID-II-NL)

De *BSID-II-NL*, ook bekend als de Bailey OntwikkelingsSchalen (BOS), is een test die is gericht op het vaststellen (door een deskundige) van de algemene mentale en motorische ontwikkeling van jonge kinderen en het signaleren van achterstanden hierin. Het instrument bestaat uit drie schalen: de Mentale schaal, de Motorische schaal en de Gedragsobservatieschaal. Het doel van de BSID-II-NL is om heel jonge kinderen met risico op ontwikkelingsachterstanden vroegtijdig te



herkennen. Na afname van de test worden uitspraken gedaan over het huidige mentale en motorische ontwikkelingsniveau en de te verwachten ontwikkeling.

- Korte informatie met doorklikmogelijkheid naar meer uitgebreide informatie vindt u [hier](#).
- Informatie over [verkrijgbaarheid](#) van de BSID-II-NL.

Intelligentietests

Voor het vaststellen van het cognitieve ontwikkelingsniveau (en eventuele achterstanden daarin) zijn verschillende intelligentietests beschikbaar. Zij kunnen alleen door deskundigen worden gebruikt (psychologen en pedagogen). Verschillende intelligentietests leiden meestal tot verschillende resultaten (IQ-scores). Van belang is om niet alleen op het samenvattende eindresultaat te letten, maar ook, of juist met name, op profielen in de intelligentie. Momenteel wordt gewerkt aan de Verkorte Adaptieve Leervermogen Test (VALT) die is samengesteld uit subtests van drie in Nederland gebruikte intelligentietests (WISC-III, CAS en de RAKIT) en is gericht op de onderkenning van een LVB. Naar verwachting verschijnt daarover in het voorjaar van 2015 een publicatie.

ESSEON-R

Wanneer de sociaal-emotionele ontwikkeling achterloopt ten opzichte van de kalenderleeftijd is dat een belangrijke risicofactor voor een risicovolle ontwikkeling of een LVB. De ESSEON-R is een instrument waarmee het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau in kaart kan worden gebracht bij kinderen en volwassenen met een ontwikkelingsleeftijd van 0 tot 14 jaar. De theoretische structuur van de ESSEON-R wordt gevormd door een indeling in twee domeinen: Sociale ontwikkeling en Emotionele ontwikkeling. Ieder domein bevat 76 items die naar leeftijd zijn gegroepeerd. De items die kenmerkend zijn voor een bepaald leeftijdsbereik behoren tot een leeftijdscategorie waarbij 50% van de kinderen die een 'normale' ontwikkeling doormaken

dit gedrag vertoont. Binnen de twee ESSEON-R-domeinen worden diverse dimensies onderscheiden. De ESSEON-R wordt bij voorkeur ingevuld door een gedragsdeskundige (orthopedagoog of psycholoog) in samenspraak met een of meerdere informanten die de cliënt dagelijks meemaken. Op basis van de resultaten kunnen, met behulp van een programma voor computeranalyse, specifieke zwak en sterk ontwikkelde dimensies van het sociaal-emotionele gedrag aan het licht komen. Deze kunnen dan dienen als aangrijpingspunt voor het opstellen van een behandelplan of begeleidingsadvies.

- Een [beschrijving](#) van de ESSEON-R en informatie over de verkrijgbaarheid.
- Een [korte beschrijving](#) met een link naar een meer uitgebreide beschrijving.

Schaal voor emotionele ontwikkeling – Revised (SEO-R)

Voor diagnostiek van de emotionele ontwikkeling kan ook de SEO-R gebruikt worden. De SEO-R wordt gebruikt binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking om een inschatting te maken van het emotioneel functioneren van mensen met een verstandelijke beperking. Er is ook een kleurenprofiel ontwikkeld. Het kleurenprofiel is bedoeld als middel om meer zicht te krijgen op het emotionele ontwikkelingsniveau. Vervolgens kan gezocht worden hoe de benadering en omgeving van de persoon met een verstandelijke beperking het beste op dit ontwikkelingsniveau kunnen aansluiten.

- Meer [informatie over de SEO-R](#).
- Meer informatie over het [SEO-R Kleurenprofiel](#).

Schlichting Test voor Taalproductie - II

Deze test meet het niveau van expressieve taalvaardigheid van jonge kinderen (2-7 jaar). De test wordt door logopedisten individueel bij kinderen afgenomen. De afnameduur is ca. 30-60 minuten (afhankelijk van de leeftijd van het kind en het aantal af te nemen testonderdelen).



Bij de testafname wordt volgens een gestandaardiseerde opzet een reactie aan het kind ontlokt door middel van het gebruik van afbeeldingen of voorwerpen. De verschillende testonderdelen kunnen elk apart worden afgenomen en leveren per onderdeel standaardscores op. Voor elk onderdeel gelden instap- en afbreekregels.

- Meer [informatie](#) over deze test, ook over verkrijgbaarheid.

Schlichting Test voor Taalbegrip

Deze test meet het receptieve taalniveau van jonge kinderen. De test is opgebouwd uit 7 secties die de ontwikkeling van het taalbegrip van jonge kinderen nauwkeurig volgen. Met de test wordt de receptieve taalvaardigheid door middel van de volgende opdrachten vastgesteld: woordbegrip (aanwijzen van voorwerpen, uitvoeren van opdrachten met concreet materiaal en meerkeuzevragen), zinsbegrip; complexe opdrachten.

- Meer informatie over deze test, ook over verkrijgbaarheid. <http://www.testweb.bsl.nl/tests/schlichting-test-voor-taalbegrip/>.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

De SDQ (ook wel: Vragenlijst Sterke Kanten en Moeilijkheden genoemd) is een korte screeningslijst die de psychische problematiek en vaardigheden bij kinderen van 3 tot en met 16 jaar meet. De SDQ kent verschillende versies: een voor leerkrachten, een voor ouders en een versie voor de jeugdige zelf. Het gaat hier om een snelle screening: de verschillende domeinen worden zeer globaal onderzocht, waardoor nader onderzoek altijd nodig is. De SDQ wordt gewoonlijk zelfstandig door ouders en leraren ingevuld. Jongeren vanaf 11 vullen de lijst doorgaans in onder begeleiding van iemand (bijvoorbeeld een testassistent) die toelichting kan geven, eventuele onduidelijkheden kan oplossen en kan zorgen voor een werkomgeving die bijdraagt aan het zorgvuldig en volledig beantwoorden van de vragenlijst.

Het verdient aanbeveling om de SDQ door tenminste twee informanten te laten invullen, bij voorkeur de ouder en de leerkracht. De vragen worden beantwoord met 'niet waar', 'een beetje waar' en 'zeker waar'. Voorbeelden van vragen zijn 'Ik word erg boos en ben vaak driftig' en 'Ik ben aardig tegen jongere kinderen'.

- Een [korte beschrijving van de SDQ](#) met een link naar een uitgebreidere beschrijving.
- [Uitleg van de SDQ](#) in 2 pag.
- Een Nederlandse handleiding bij de SDQ (24 pag.) vindt u [hier](#).
- Een [handleiding](#) voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg (24 pag.)



Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher's Report Form (TRF) en de Youth-Self Report (YSR)

De CBCL, TRF en YSR zijn diagnostische instrument om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. Deze vragenlijsten zijn vergelijkbaar met de SDQ, maar zijn uitgebreider en geven een meer gedifferentieerd beeld. Er bestaan twee versies: één voor kinderen van 1,5 t/m 5 jaar, en één voor kinderen en jongeren van 6 t/m 18 jaar. De CBCL wordt individueel door de ouders of verzorgers van het kind ingevuld, maar kan ook worden ingevuld door andere familieleden of volwassenen die het kind of de jongere goed kennen. De TRF is vergelijkbaar met de CBCL en wordt ingevuld door de leerkracht van het kind. De YSR is er alleen voor 11-18-jarigen en wordt door de jongere zelf ingevuld. Het is van belang dat er gedurende het invullen of na afloop iemand aanwezig is om eventuele vragen te beantwoorden. Per vraag wordt door de ouder, leerkracht of jongere zelf aangegeven in welke mate dat probleemgedrag voorkwam in de afgelopen zes. Hierbij kan worden gekozen uit '0' (helemaal niet), uit '1' (een beetje of soms) en '2' (duidelijk of vaak).

- [Korte beschrijving](#) met doorklikmogelijkheid voor een uitgebreidere beschrijving van de CBCL. Van de TRF vindt u die informatie [hier](#) en van de YSR vindt u die informatie [hier](#).
- Voor [verkrijgbaarheid](#) van de CBCL, TRF en YSR.

Sociaal Cognitieve Vaardigheden Test (SCVT)

Met de SCVT kan worden vastgesteld of kinderen in de leeftijd van 4 t/m 12 jaar zich de sociaal- cognitieve vaardigheden hebben eigen gemaakt op het voor hen leeftijdsgerelateerde ontwikkelingsniveau. Sociale cognitie wordt beschouwd als een belangrijke en zelfs noodzakelijke voorwaarde voor kwalitatieve veranderingen in sociaal gedrag. Afname van de SCVT biedt daarbij zicht op de precieze aard van eventuele tekorten in het sociaal-cognitief functioneren. Afname is met name geïndiceerd bij kinderen waarvan vermoed

wordt dat zij problemen hebben met sociale informatieverwerking, zoals het geval is bij kinderen met een LVB, ADHD, een oppositionele gedragsstoornis of een aan autisme verwante stoornis.

- [Korte beschrijving](#) met doorklikmogelijkheid voor een uitgebreidere beschrijving van de SCVT.
- [Meer informatie](#) over de SCVT, ook over verkrijgbaarheid.



6. Begeleidingsmethodes, ontwikkeld vanuit de jeugdgezondheidszorg

Hoewel deze handreiking niet primair gericht is op het bieden van een volledig overzicht van beschikbare begeleidingsmethodes, bespreken we hier enkele methodes die vanuit de jeugdgezondheidszorg ontwikkeld zijn. Dat doen we omdat deze methodes ook elementen bevatten die als screeningsinstrument kunnen worden ingezet.

DMO-protocol (DMOP)

Het DMOP is een gespreksprotocol waarin aandacht is voor de gezins- en omgevingsfactoren die een rol spelen bij de psychosociale ontwikkeling van jonge kinderen. Het doel is opvoedsituaties die risico's en problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling van jonge kinderen kunnen opleveren zo vroeg mogelijk te signaleren. Het protocol beslaat vijf domeinen: Welbevinden kind, Welbevinden ouder, Rol partner, Sociale steun en Obstakels. Het is een systematisch volgsysteem voor ondersteuning in gesprekken met ouders. De jeugdgezondheidszorg brengt met het DMOP de ontwikkeling van zowel het kind als zijn omgeving in kaart. Zo kan passende zorg worden aangeboden om de ontwikkeling van kinderen te stimuleren. Het DMOP is een methode waarmee gezinnen en professionele zorgverleners samen kunnen werken aan een gunstige ontwikkeling van kinderen. Het gaat daarbij om relevante inhoud én een goed onderling contact. Als een gezin behoefte blijkt te hebben aan extra steun, moet deze ook snel en adequaat geboden kunnen worden. Daarom wordt het DMOP altijd gecombineerd met het doelgericht en planmatig versterken van 'de zorgketen' op lokaal niveau.

- Inleidende informatie over [DMOP](#) en hierna bij Samen Starten.

Samen Starten

Het DMOP maakt een belangrijk onderdeel uit van het programma Samen Starten, waarin gebruik gemaakt wordt van een app. De Samen Starten App ondersteunt de uitvoering van het DMO-protocol in het gesprek met ouders. Met Samen Starten worden kinderen en gezinnen die te maken hebben met een hulpvraag in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) snel opgespoord en ondersteund. Na signalering met behulp van het DMO-Protocol blijft het vaak de vraag hoe ouders snel op maat geholpen kunnen worden en welke middelen beschikbaar zijn. Met de App wordt gestimuleerd om de ouder de regie over het gesprek te geven, aan te sluiten bij hun vragen en voorlichting en informatie op maat te geven, waardoor ouders zelf verder kunnen met hun vragen. De App wordt ingezet tijdens huisbezoeken die naar aanleiding van Samen Starten worden uitgevoerd door jeugdverpleegkundigen.

De app bestaat uit:

- Visuele gespreksondersteuning voor ouder en verpleegkundige;
- Overzicht van hulpvraagspecifieke inhoud (folders, filmpjes en websites) en zorginstelling;
- E-mailverslag van het gesprek voor de ouder;
- Tools voor de verpleegkundigen om zelf direct hulp te bieden.
- Een [korte beschrijving](#) van Samen Starten.
- [Korte informatie](#) over de Samen Starten app vindt u hier.
- Een [kort verslag](#) van een onderzoek naar het gebruik van Samen Starten/DMO-protocol met een link naar het gehele artikel vindt u hier.
- Een [film](#) over Samen Starten is te zien op.



Alle kinderen in beeld (AKIB), Kwaliteit voor ieder kind door effectief en efficiënt noodzakelijke JGZ (KIEN) en Structured Problem Analysis of Raising Kids (SPARK)

Verwant aan het DMOP zijn AKIB, KIEN en SPARK. Alle drie gaan uit van het (bio-)ecologische model van Bronfenbrenner.

- Meer [informatie](#) over AKIB en KIEN. Daar is ook een rapport over een pilotonderzoek te downloaden.
- Een [Engelstalige samenvatting](#) van een tijdschriftartikel over SPARK.

Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften' (GIZ)

Hoe maak je samen met ouders/jeugdigen een afweging welke ondersteuning binnen en buiten de JGZ gewenst is? Hoe geef je praktisch vorm aan zelfsturing bij ouders en jongeren? Hoe voorkom je dat gezinnen ten onrechte gebruik maken van specialistische, dure zorg maar ook, hoe voorkom je dat gezinnen te laat in beeld komen met kans op escalatie en verergering van problematiek? De werkwijze GIZ is een innovatieve, integrale taxatiemethodiek waarmee een professional, samen met een jongere (en eventueel ouders en/of andere professionals), de krachten, ontwikkel- en zorgbehoeften van de jongere in relatie tot de ouders en omgeving snel in kaart brengt. Dit gebeurt door middel van een transparant, gestructureerd, motiverend gesprek. Bij GIZ gaat het om het stimuleren van de zelfsturing door de cliënt.

Het gebruik van de GIZ-werkwijze door CJG-partners / jeugd- en gezinteam bevindt zich nog in een pilotfase en nog niet in de fase van structurele implementatie.

- Een [kort artikel](#) over GIZ (3 pag.).
- Een [korte beschrijvende tekst](#) over GIZ.
- Een informatieve [PowerPoint-presentatie](#) over GIZ.
- Een [rapport](#) (13 pag.) over een pilotonderzoek naar de implementatie van GIZ.

Samen opletten

Samen opletten is een methode van risicotaxatie en –management voor Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's). In de uitvoeringspraktijk van de Jeugdgezondheidszorg en in de samenwerking met de andere kernpartners van het CJG is geconstateerd dat kinderen en gezinnen met meervoudige en/of complexe (gezondheids)problemen te laat worden gesignaleerd en beoordeeld en vervolgens onvoldoende adequaat georganiseerde zorg ontvangen. Dit vraagt om een herbeoordeling en herontwerp van de uitvoeringspraktijk van signalering, risicoselectie, diagnostiek en begeleiding vanuit het CJG. In de regio Hollands Midden is daarom gestart met een innovatietraject. Het project heeft de volgende doelstelling: het komen tot een herontwerp van risicomanagement in de uitvoeringspraktijk van het CJG op basis van multidisciplinaire consensus, waarbij er ruimte wordt gecreëerd voor meer aandacht aan risicokinderen, in het bijzonder uit lage SES- en allochtone gezinnen.

- [Meer informatie](#) over Samen opletten en [hier](#).



Literatuur

Voor aanvullende informatie verwijzen we naar de volgende factsheets, websites en brochures:

- Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg maakte eerder een overzicht van signaleringsinstrumenten voor uiteenlopende functie- of probleemgebieden voor de jeugdsector en voor mogelijk gebruik in de jeugdgezondheidszorg. Zie [hier](#) voor een overzicht van deze instrumenten.
- Er is een [boekje](#) over signalering en gebruik van richtlijnen in de Centra voor Jeugd en Gezin.
- De [factsheet](#) 'Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking' van de Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) geeft een korte beschrijving van een LVB.
- De gehandicaptenzorg-organisaties Ipse De Bruggen en Middin publiceerden een [brochure](#) over wijkteams en jeugdigen met een LVB.
- De [website](#) Voor de Jeugd www.voordejeugd.nl heeft een groot aantal informatieve [factsheets](#) beschikbaar.
- Het Nederlands Jeudinstituut (NJI) publiceert relevante [factsheets](#), bijvoorbeeld over generalistisch werken in de nieuwe Jeugdwet, en over het [beslissingsproces](#) in de hulp aan kinderen en jeugdigen.
- Er is een [uitgebreid overzicht](#) van signaleringsinstrumenten op allerlei terreinen, opgemaakt door het Nederlands Jeugd instituut (NJI).
- Een [factsheet](#) over mensen met een LVB en de overgang naar de WMO van Vilans.
- De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) publiceerde een [factsheet](#) over kinderen met een beperking en de overgang naar de Jeugdwet.
- Op de [website](#) Kennisplein Gehandicapten Sector www.kennispleingehandicaptensector.nl is een domein specifiek gericht op mensen met een LVB, waar [uiteenlopende informatie](#) te vinden is over deze cliëntengroep.
- [Protocol](#) (115 pagina's) over diagnostiek bij een vermoeden van zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking bij kinderen en jongeren(Vlaams).
- Task Force Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) biedt een [overzicht](#) van diagnostische instrumenten die gebruikt kunnen worden voor niveaubepaling en classificatie van intelligentie in het forensische zorgveld (101 pagina's).

Bijlage: Gebruikersgroepen en voor hen bruikbare informatiebronnen, screeningsinstrumenten en hulpmiddelen bij aanvullende diagnostiek

[illegible]

