

MULTIFUNCTIONELE CENTRA VOOR DE BEHANDELING VAN KINDEREN EN JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING EN PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN: WAAR STAAN WE EN WAAR GAAN WE NAARTOE?¹

Xavier Moonen²

Het kabinetsbeleid en mensen met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische stoornissen

In mei 1988 organiseerde het kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum 't Ruige Veld een tweedaagse werkconferentie in Dedemsvaart onder de titel 'MLK-psychiatrie, een speciale psychiatrie?'. Een keur van sprekers belichtte het onderwerp vanuit diverse optieken. In de in 1989 verschenen congresbundel van Noorda is te lezen dat de vraag in de titel met "Ja, tenzij", beantwoord dient te worden (Noorda, 1989). Er werd gepleit voor een speciale deskundigheid binnen een integrale en geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijke beperking (VB).

Een VB verwijst volgens de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities naar functioneringsproblemen die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. De functioneringsproblemen ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar (Schalock et al., 2010). Uit een internationale review-studie blijkt dat de prevalentie van kinderen met een IQ-score tussen 50 en 70 wordt geschat op ongeveer 3% ten opzichte van 0,4% voor kinderen met een IQ-score van lager dan 50 (Roeleveld, Ziehuus & Gabreëls, 1998). De DSM-IV stelt dat het IQ bij lichte zwakzinnigheid (Mild Mental Retardation) tussen de 50-55 en ongeveer 70 ligt, en dat van mensen met die wij zwakbegaafd noemen (Borderline Intellectual Functioning) tussen 71 en 85. Het onderscheid tussen mild, moderate, severe en profound zal uit de DSM-V waarschijnlijk verdwijnen.

In de Nederlandse praktijk zijn hierop aanvullende criteria ontwikkeld, waarbij een IQ-score tussen 70 en 85 kan worden opgevat als een signaal voor het vermoeden van een licht verstandelijke beperking (LVB) (Moonen & Verstegen, 2006). Zij beschrijven een LVB aan de hand van drie specifieke kenmerken. Het eerste kenmerk is intelligentie. De IQ-score moet gezien worden als een signalering van een (mogelijke) LVB. Met een IQ-score tussen 50 en 70 is daar in alle gevallen sprake van, bij een score tussen 70 en 85 is nader onderzoek op andere terreinen, waaronder het sociaal aanpassingsvermogen, nodig om de LVB te kunnen vaststellen. Het tweede kenmerk is het beperkt sociaal aanpassingsvermogen. De persoon is niet in staat zich zonder hulp in sociale situaties te handhaven, zoals in het gezin, met familie, vrienden en op school, werk en in de vrije tijd. Het derde kenmerk is blijvende behoefte aan ondersteuning. Het is voor de persoon moeilijk om te functioneren in sociale situaties en het beperkt sociaal aanpassingsvermogen veroorzaakt telkens opnieuw problemen en crises. Daardoor zal er langdurig en vaak blijvend behoefte zijn aan ondersteuning. Naast de specifieke kenmerken beschrijven Moonen en Verstegen (2006) ook nog aanvullende kenmerken, namelijk psychiatrische stoornissen, leerproblemen, problemen in de gezinssituatie en/of een aandoening van medisch-organische aard. Het complex van factoren uit zich bij de persoon dan vaak in ernstige gedragsproblemen en vaak ook in ernstig overlastgevend gedrag.

¹ Dit is een bewerking van het artikel "Multifunctionele Centra voor de behandeling van kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische problemen" in de nieuwsbrief van de Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, jaargang 13, nr. 3, november 2010.

² Xavier Moonen is voorzitter van het Landelijk Kenniscentrum LVG, onderzoeker/docent bij de Universiteit van Amsterdam en adviseur bij de Koraal Groep.

De cognitieve processen bij mensen met een LVB verlopen anders dan bij gemiddeld begaafde mensen. Daardoor kunnen zij minder profiteren van aangeboden leermateriaal. Ons focussende op kinderen en jongeren zien we dat de problemen die jongeren met een LVB laten zien met cognitieve taken veelal te maken hebben met de nauwkeurigheid waarmee de taak wordt uitgevoerd (Ponsioen, 2001). Daarnaast concluderen Van der Molen, Van Luit, Jongmans en Van der Molen (2009) dat kinderen met LVB niet alleen een achterstand in het werkgeheugen hebben, maar vooral ook een relatief zwak verbaal kortetermijngeheugen. Jongeren met een LVB kenmerken zich door impulsiviteit, motivatieproblemen, geringe aandachtsspanne en te veel gebondenheid aan het onmiddellijk voorspelbare en het hier en nu (Embregts, 2000). Van Nieuwenhuijzen (2004) laat zien dat er sprake is van problemen op het gebied van sociale informatieverwerking. Vooral op het terrein van de sociale cognitie (met name bij het “Theory of Mind” onderzoek) blijken jongeren met een LVB moeite te hebben met het selecteren van relevante cues. Ze hebben vooral moeite met het adequaat duiden van sociale cues, vooral die met een positieve emotionele lading. Dit komt tot uiting in sociale situaties die als onduidelijk beleefd worden, waarbij ze vaak kiezen voor negatief, bijvoorbeeld agressief, gedrag.

Kinderen en jongeren met een LVB vinden we in alle vormen van jeugdzorg naar gelang de focus van de problematiek. We vinden ze in de algemene jeugdzorg inclusief pleegzorg, de gesloten jeugdzorg, de kinder- en jeugdpsychiatrie, in de justitiële jeugdinrichtingen en in de algemene instellingen voor begeleiding van mensen met een VB. Indien deze kinderen en jongeren voor hun complexe problemen behandeling nodig hebben vraagt dit een speciale setting en speciale deskundigheid. Deze speciale setting en deze speciale deskundigheid bieden de orthopedagogische behandelingscentra voor jeugdigen met een LVB (OBC). Hier vindt behandeling plaats binnen het continuüm van ambulante tot gesloten residentieel. De instituten werken regionaal in netwerken met andere hulpverleners samen aan de behandeling van daarvoor door het CIZ geïndiceerde jeugdigen. Voor (jong)volwassenen met een LVB en (forensisch) psychiatrische problemen zijn er vier zogenaamde SGLVG-klinieken (sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten).

Helaas lijkt het kabinet Rutte een streep te gaan trekken door deze sinds vele jaren gegroeide praktijk (VVD en CDA, Regeerakkoord, 2010). Het kabinet wil bezuinigen op de kosten van de gezondheidszorg en heeft daarbij het plan opgevat om de AWBZ-zorg voor kinderen, jongeren en volwassenen met een IQ van 71 en hoger niet meer te vergoeden.

Nu is het valide bepalen van een IQ voor deze mensen, dat weten wij als deskundigen maar al te goed, een hachelijke zaak. Een eenmalige en eendimensionale meting is vaak niet voldoende, omdat de foutkans hoog is. Test-hertestuitslagen verschillen nogal eens sterk. Daarnaast kunnen de testprofielen dusdanig grillig zijn dat een valide totaal IQ-meting niet mogelijk is. De uitslagen tussen IQ-testen zijn niet zonder meer vergelijkbaar. Verschillen van tientallen IQ-punten zijn geen zeldzaamheid (Van Toorn & Van Bon, 2011). Daarbij zijn veel IQ-tests niet voldoende genormeerd wanneer de intelligentie van mensen met het vermoeden van een (licht) VB moet worden vastgesteld. Soms wordt het gebruik van bepaalde tests, zoals de WAIS, onder omstandigheden zelfs afgeraden (Thijs, Hoogervorst, Pesch & Ponsioen, 2010). Zoals hierboven betoogd, wordt een VB, ook internationaal, niet alleen gedefinieerd door de uitslag op een IQ-test, maar spelen de adaptieve vaardigheden een even belangrijke rol. Steeds meer verschuift daarbij het perspectief van het vaststellen van een VB op basis van classificatie met daartoe maar matig geschikte instrumenten, naar het vaststellen van de ondersteuningsbehoefte die iemand heeft. Recent hebben Buntinx, Maes, Claes en Curfs (2010) laten zien dat intelligentie en ondersteuningsbehoefte niet één op één samengaan. Met name als er sprake is van bijkomende (psychiatrische) problemen is de ondersteuningsbehoefte van mensen met relatief lichte cognitieve beperkingen groot!

Het wrange aan de hiervoor genoemde kabinetsplannen is dat er vooral voor zwakbegaafde (jong)volwassenen die nu, als zij behoefte hebben aan langdurige ondersteuning, onder strikte voorwaarden geholpen kunnen worden in de AWBZ-gefinancierde (L)VG-zorg, géén vangnet is. Enerzijds heeft het kabinet namelijk voor deze operatie een bezuiniging van zo'n 250 miljoen euro ingeboekt (dus er is dadelijk helemaal geen geld voor eventueel noodzakelijke hulp in andere sectoren), maar anderzijds zijn er ook geen maatschappelijke systemen die deze specifieke vormen van hulp op een verantwoorde wijze kunnen bieden. De deskundigheid ontbreekt daar, of moet moeizaam opgebouwd worden. De verwachting is dat veel mensen met een LVB in sociale en psychische nood zullen komen wat grote druk op de psychiatrie, de psychosociale hulpverlening, de verslavingszorg, de maatschappelijke opvang en uiteindelijk (hoe cynisch) ook op het justitieel systeem zal leggen.

De (KJP) en de behandeling van mensen met een (L)VB in een MFC

De relatie tussen de zorg voor mensen met een VB en de psychiatrie is een moeizame. In haar boek 'Zin der zotheid' schetst Inge Mans (1998) de weg die deze zorg heeft afgelegd. Deze gaat van religieus via medisch en psychologisch gekleurde zorg naar pedagogisch gefundeerde zorg en behandeling waarbij het maatschappelijk perspectief de leidraad is waarlangs de behandeling plaatsvindt (Moonen, 2006). De (kinder- en jeugd)psychiatrie (KJ)P is daarbij lang niet in beeld geweest in de zorg voor mensen met VB. Eind van de vorige eeuw is een (her)start gemaakt met de samenwerking met de zorg voor mensen met een VB. Lokaal onderstonden er bloeiende samenwerkingsinitiatieven, maar die waren vooral afhankelijk van persoonlijke affiniteit en interesse tot samenwerking. In 1998 verscheen er een gezamenlijke notitie van twee koepelorganisaties voor mensen met een VB, te weten de VGN en GGZ Nederland, met als titel 'Multifunctionele centra voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met psychiatrische stoornissen' (VGN & GGZ Nederland, 1998). In deze notitie werd het voorkómen van psychiatrische problemen bij kinderen en jongeren met een LVB geproblematiseerd en er werd gepleit voor de inrichting van zogeheten Multifunctionele Centra (MFC's), waarbij KJP en OBC als gelijkwaardige partners met inbreng van ieders deskundigheid zouden samenwerken. Hierbij zou sprake moeten zijn van een landelijke dekking. Door het toenmalige Ministerie van VWS werd hierop subsidie verstrekt en aan het veld werd gevraagd om 12 van deze MFC's in te richten. Dit proces is niet van een leien dakje gegaan, maar inmiddels is in bijna alle regio's een MFC actief. Daarnaast zijn er de afgelopen tien jaar vervolgens ook diverse andere samenwerkingsverbanden tussen VG en KJP en volwassen psychiatrie ontstaan. Soms noemen deze samenwerkingsverbanden zich ook MFC, maar ze zijn ook onder andere benamingen te vinden (bijvoorbeeld De Swaai, Kristal en Opsy), die zich overigens ook of uitsluitend op volwassen met een (licht) VB richten.

In 2003 is door Prismant (Barnard & Kramer, 2003) een eerste onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de hulpverlening door de MFC's. Daartoe werd een zogenaamde kwaliteitsmeetlat ontwikkeld met de volgende kenmerken:

- hulp wordt door de KJP en de OBC's gezamenlijk geboden;
- er wordt daarbij gewerkt aan het dichten van de kenniskloof tussen de twee sectoren;
- de hulp is transparant georganiseerd;
- de toegang is inzichtelijk;
- de hulp is vraaggestuurd;
- de hulp is gericht op continuïteit;
- de hulp is professioneel;
- er wordt residentiële en ambulante hulp geboden;
- er is een actief beleid gericht op vervolgotrajecten voor kinderen en jongeren die dat nodig hebben;
- er wordt samengewerkt met vele instanties.

Er werd toen geconstateerd dat lang niet al deze criteria voldoende waren gerealiseerd, en ook nu nog is voor menig regionale samenwerking deze kwaliteitsmeetlat té hoog. De sectoren verschillen qua visie en cultuur en het proces van samenwerking wordt hierdoor duidelijk beïnvloed. Dit werd overigens ook bij de start van de MFC's al vermoed. Daarom werd een MFC-platform ingericht en door het ministerie van VWS gesubsidieerd om de samenwerking te stroomlijnen. Dit platform wordt inmiddels niet meer door het ministerie gesubsidieerd maar bestaat nog steeds op basis van eigen bijdragen van de aangesloten partners (de oorspronkelijke MFC's, maar ook andere samenwerkingsverbanden tussen VG en (KJ)P en initiatieven in de psychiatrie gericht op VG maken er deel van uit). Dit platform tracht de cultuurverschillen te overbruggen en samenwerking zowel organisatorisch als inhoudelijk te stroomlijnen. Geleidelijk aan lijkt dit te lukken. Zo liet het MFC-platform in 2009 een modulenboek verschijnen. Hierin staat het huidige aanbod beschreven. Daarnaast is er in 2010 een notitie verschenen over psychiatrie voor mensen met een matige en ernstige VB (Platform MFC, 2010) en er is inhoudelijk en organisatorisch afstemmingsoverleg.

De diagnostiek en behandeling van mensen met een LVB binnen de MFC's

In de samenwerking binnen de MFC's brengt de psychiatrie kennis in van psychiatrische diagnostiek en behandeling. De OBC's brengen op de orthopedagogiek gestoelde kennis in van bejegening, diagnostiek, behandeling en begeleiding. De psychiatrische behandeling is gericht op het relatief intensief en op relatief korte termijn verminderen van de problemen en het vergroten van de mogelijkheden van de jeugdigen. De orthopedagogische behandeling richt zich, vaak langdurig, op alle levensgebieden. Bij uitstek wordt er samengewerkt, zowel monodisciplinair als interdisciplinair, met cliënt en cliëntensysteem en met ketenpartners. Daarbij is het onderwerp veiligheid en beveiliging altijd aan de orde, omdat we te maken hebben met een populatie die zich kenmerkt door risicovol gedrag waarvan ze de gevolgen vaak niet kunnen overzien. Er is sprake van aanzienlijke agressie en middelengebruik. Niet zelden zien we triple-problematiek (zie hiervoor ook het artikel van Van Ooyen-Houben, Kaal & Wits in dit nummer van *Onderzoek & Praktijk*), waarbij naast een LVB sprake is van psychiatrische problemen en van verslavingsproblematiek. Het (speciaal) onderwijs heeft vaak geen adequaat antwoord op de problemen van de kinderen en jongeren en vraagt om intensieve samenwerking met en coachen door de professionals van de MFC's.

Ook regionale crisisopvang is een punt van zorg. Er zijn regionaal nogal wat verschillen in vormgeving van de OBC's en de uitvoering van de psychiatrische behandeling voor mensen met een VB in het algemeen. De kwaliteit van de aangeboden diagnostiek en behandeling is daarbij een punt van voortdurende aandacht. Helaas zijn veel diagnostische instrumenten niet geschikt voor mensen met een VB (ontbreken van normen, té verbaal, té abstract, etc.) en ook het aantal evidence-based behandelmethodieken voor de doelgroep is beperkt. Werken met mensen met een (licht) VB is vooral een kwestie van nauwkeurige afstemming binnen en tussen disciplines. Disciplinair en interdisciplinair overleg, zowel plaatselijk als regionaal en landelijk, zijn van eminent belang.

Psychische stoornissen en gedragsproblemen komen bij deze doelgroep veel vaker voor (Dekker, 2003) en de vaststelling van (eventuele) psychische ziekten bij mensen met een VB is lastig, onder meer door 'diagnostic overshadowing' (Dykens, 2007). Hiermee wordt bedoeld dat door de VB en het daarmee geassocieerde gedrag de betekenis van de symptomen van een bijkomende psychiatrische aandoening minder duidelijk is. Mensen met een VB kunnen afwijkend gedrag vertonen in vergelijking met mensen zonder die beperking, maar daarvan is het niet bekend in hoeverre dit gedrag een uiting van psychopathologie is of van het niet afgestemd zijn op de omgeving. De huidige classificatiesystemen zijn mede daardoor maar beperkt toepasbaar. Daarnaast is er ook relatief vaker sprake van organische problematiek en genetische syndromen zoals Fragiele-X, Prader-Willi, Williams, Rett, Lesch-Nyhan, VCFS, Angelman, waarvoor vaak ook typische gedragsprofielen beschreven zijn (de zogenaamde behavioral phenotypes of gedragsfenotypen). Ook bestaan er vaker

neuropsychologische risicocondities, zoals hyperactiviteit, impulsiviteit, ritualistisch gedrag, vermoeidheid. Deze leiden dan eerder tot slaapproblemen, angst, aandachtstekort, over-arousal en emotionele instabiliteit. De complexe en meervoudige vragen in deze doelgroep vragen dan ook om een multidisciplinaire benadering bij diagnostiek en behandeling.

Behandeling van mensen met een VB verloopt via verschillende wegen om het effectief te kunnen laten zijn. Kenmerk van de doelgroep is dat men moeite heeft met generaliseren; iets toe te passen buiten de situatie waar het 'aangeleerd' is. Om iets nieuws te laten bekliven, is het belangrijk om iets vaak te herhalen, en het gedrag in die situaties aan te leren waar het gedrag getoond moet worden. Een ander uitgangspunt bij behandeling dient positieve bekrachtiging van gewenst gedrag en het aanleren van nieuw gedrag te zijn, omdat dit meer effect heeft dan het afleren van ongewenst gedrag en straf. Indien er geen sprake is van een acute en invaliderende psychiatrische stoornis die het gedragsprobleem of vastlopen van de ontwikkeling veroorzaakt, wordt een medicamenteuze behandeling (biologische dimensie) in de regel pas ingezet als op de andere dimensies ook interventies zijn ingezet c.q. deze onvoldoende soelaas bieden (Platform MFC, 2010).

Veel behandelingen worden mediërend uitgevoerd via ouders, begeleiders, of leerkrachten en niet direct door een therapeut uitgevoerd uitsluitend met de betrokkene zelf. De verhoogde kwetsbaarheid van de doelgroep in combinatie met de mate van beperking van een persoon, maakt dat de omgeving snel geneigd is de persoon te beschermen en/of sturend en beheersmatig met hulpvragen om te gaan. Het is een uitdaging in behandelingen te zoeken naar een manier waarop de persoon zelf zo veel mogelijk betrokken wordt en actief gaat participeren in het behandelproces. De intensiteit van behandeling zal per situatie verschillen en dat bepaalt of de behandeling poliklinisch, dag-klinisch of klinisch uitgevoerd zal worden.

Een doorkijkje naar de toekomst

Heeft de samenwerking tussen orthopedagogiek en kinder- en jeugdpsychiatrie nu ook geleid tot vergroting van de bruikbare kennis voor de behandeling van jeugdigen met een LVB? Ja, maar nog steeds onvoldoende. In de relatie tussen de psychiatrische problematiek en de VB is de 'standaardaanpak' vaak onbruikbaar. De specifieke vertaling van behandelingen voor gemiddeld begaafde naar mensen met een (licht) VB moet gerealiseerd worden in samenwerking tussen vele specialisten op de verschillende gebieden. Er is meer en specifiekere wetenschappelijke kennis nodig op alle gebieden. Een zich profilerende leerstoel (kinder- en jeugd)psychiatrie voor mensen met een (licht) VB zou dan ook zeer wenselijk zijn.

Veelbelovend lijken de vele initiatieven die gericht zijn op het verbeteren van het diagnostisch en behandelarsenaal ten behoeve van deze doelgroep. Zowel binnen De Borg (het samenwerkingsverband van de vier SGLVG-instellingen in Nederland – www.de-borg.nl) als binnen het Landelijk Kenniscentrum LVG (www.lvgnet.nl) wordt hier druk aan gewerkt. Een mooie ontwikkeling hierbij is dat op basis van een ZonMw-subsidie deze beide kennisinstututen samenwerken met een aantal universiteiten onder de naam 'Coping LVB' (www.copinglvb.nl). Hierbij wordt getracht een aantal behandelmethodieken te valideren. Ook op andere terreinen zoals de klinische genetica en de kennis van behavioral phenotypes worden successen geboekt. Het Gouverneur Kremerscentrum (www.gkc-um.nl) speelt hierbij een belangrijke rol.

Psychiatrische behandeling voor mensen met een VB heeft alleen zin als deze behandeling ingebed is of voortgezet kan worden in een begeleidende, opvoedkundige, orthopedagogische setting. (F)ACT lijkt een duidelijke meerwaarde te kunnen creëren voor deze doelgroep. *Assertive Community Treatment* (ACT) is een organisatie-model voor de behandeling, begeleiding en rehabilitatie van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. ACT biedt intensieve, multidisciplinaire, outreachende en langdurige zorg.

Momenteel zijn zo'n 30 ACT-teams actief, voornamelijk in de (grote) steden. Functie ACT (FACT) is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT. Waar ACT zich richt op de meest ernstige, vaak zorgmijdende cliënten, bieden de Functie ACT-teams ondersteuning voor een bredere groep cliënten met een langdurige zorgbehoefte. Een FACT-team combineert casemanagement met ACT. Aan de meer stabiele cliënten biedt dit team individuele behandeling, aangevuld door behandeling van andere disciplines. Wanneer het slechter met een cliënt gaat, wordt de zorg 'opgeschaald', wat betekent dat wordt overgegaan op intensieve ACT-zorg vanuit het gehele team. De laatste jaren wordt (F)ACT ook steeds meer toegepast op betrekkelijk nieuwe doelgroepen, waaronder mensen met een LVB. De aanpassingen in de methodiek voor deze specifieke doelgroep zijn nog niet goed beschreven. Het is dan ook toe te juichen dat het Trimbos-instituut recentelijk deze handschoen heeft opgepakt en met het veld samenwerkt om te komen tot een specifieke (F)ACT variant voor mensen met een VB.

Geleidelijk aan blijkt dat er een groep mensen is die minder goed reageert op de geboden orthopedagogische en psychiatrische behandeling. Deze mensen hebben een chronische problematiek die vraagt om een langdurige, vaak intensieve, begeleiding. Longstay voor mensen met een (licht) VB en psychiatrische problemen moet in de zorg voor mensen met een LVB, in samenwerking met de VG-SGLVG-zorg, en de psychiatrie, nog verder ontwikkeld worden.

Een laatste probleem heeft betrekking op adequate wetgeving. De huidige wettelijke kaders (waaronder de WGBO en de BOPZ) zijn vaak niet goed bruikbaar voor de vaak wat meer assertieve wijze van hulpverlening die deze doelgroep vraagt. Een aantal noodzakelijke initiatieven, zoals de wet 'Verplichte GGZ' en de wet 'Zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten', heeft ernstige vertraging opgelopen, niet in de laatste plaats door de lange kabinetsformatie. De Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) heeft gemeend niet op deze ontwikkelingen te moeten blijven wachten maar heeft zeer recent de Voorlopige Richtlijn Wettelijk Kader Orthopedagogische Behandelcentra (Pedagogisch-juridische overwegingen voor het uitvoeren van de behandeling binnen een orthopedagogisch behandelcentrum voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking) vastgesteld (Moonen, Held & Leeman, 2011). Deze richtlijn moet behandelaars in de praktijk handvatten geven om, met inachtneming van wet- en regelgeving, op een verantwoorde wijze vorm te geven aan de behandeling en begeleiding van kinderen en jongeren met een LVB. Deze richtlijn zou mutatis mutandis ook goed bruikbaar kunnen zijn voor de behandeling van mensen met een VB en psychiatrische problemen in andere settings.

Samenvattend: Er is de afgelopen 15 jaar véél gebeurd. Het veld is in beweging. De coöperatie verloopt steeds soepeler, maar er is nog veel te wensen en er liggen forse bedreigingen op de loer. Laten we als orthopedagogen en psychiaters samenwerken, onze krachten bundelen en ons inzetten voor deze relatief kleine, kwetsbare en o zo boeiende doelgroep.

Literatuurlijst

- Barnhard, M.C., & Kramer, G.L.A. (2003). *Eerste evaluatie van de multifunctionele centra*. Utrecht: Prismant.
- Buntinx, W.H.E., Maes, B., Claes, C., & Curfs L.M.G. (2010). De Nederlandstalige versie van de Supports Intensity Scale: Psychometrische eigenschappen en toepassingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 36(1), 4-22.
- Dekker, M.C. (2003). *Psychopathology in children with intellectual disability: Assessment, prevalence and predictive factors* (Ongepubliceerd proefschrift). ErasmusMC, Rotterdam.
- Dykens, E.M. (2007). Psychiatric and behavioral disorders in persons with Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 272-278.

- Embregts, P.J.C.M. (2000). Gedragsproblemen bij licht verstandelijk gehandicapten. In P. Ghesquiere & J.M.A.M. Janssens (Red.), *Van zorg naar ondersteuning: Ontwikkelingen in de begeleiding van personen met een verstandelijke handicap* (pp. 65-72). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mans, I. (1998). *Zin der zotheid: Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Molen, M.J. van der, Luit, J.E.H. van, Jongmans, M.J., & Molen, M.W. van der (2009). Memory profiles in children with mild intellectual disabilities: Strengths and weaknesses. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 1237-1247.
- Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk, 4*(1), 23-28.
- Moonen, X.M.H. (2006). *Verblijf, beeld en ervaringen van jongeren opgenomen in een orthopedagogisch centrum voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap* (Ongepubliceerd proefschrift). Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Moonen, X.M.H., Held, J., & Leeman, M. (Red.) (2011). *Voorlopige Richtlijn Wettelijk Kader Orthopedagogische Behandelcentra: Pedagogisch-juridische overwegingen voor het uitvoeren van de behandeling binnen een orthopedagogisch behandelcentrum voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: VOBC LVG.
- Nieuwenhuijzen, M. van (2004). *Social information processing in children with mild intellectual disabilities* (Ongepubliceerd proefschrift). Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Noorda, W.K. (Red.) (1989). *MLK-Psychiatrie een speciale psychiatrie?* Rolde: Kinder- en Jeugdpsychiatrisch Ziekenhuis 't Ruige Veld.
- Platform MultiFunctionele Centra / MFC (2009). *Modulenboek*. Utrecht: Platform MultiFunctionele Centra / MFC.
- Platform MFC (2010). *Eindconcept Raamwerk verstandelijke beperking in het MFC*: interne notitie.
- Ponsioen, A.J.G.B. (2001). *Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren* (Ongepubliceerd proefschrift). Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Roeleveld, N., Zielhuis, G.A., & Gabreëls, F. (1998). The prevalence of mental retardation: A critical review of recent literature. *Developmental Medicine & Child Neurology, 39*, 125-132.
- Schalock, R.L., Borthwick-Duffy S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., . . . Yeager, M.H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th Edition). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).
- Thijs, F., Hoogervorst, J., Pesch, W., & Ponsioen, A. (2010). Vissen in troebel water: Het gebruik van de WAIS-III-NL bij (jong)volwassenen met lagere IQ's. *De Psycholoog, 45*(3), 38-45.
- Toorn, B.Y. van, & Bon, C. van (2011). De onbetrouwbaarheid van de IQ-meting en de consequenties voor de praktijk. *De Psycholoog, 46*(4), in press.
- VGN & GGZ Nederland (1998). *Multifunctionele centra voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met psychiatrische stoornissen*. Utrecht: VGN.
- VVD en CDA (2010). *Regeerakkoord; Vrijheid en verantwoordelijkheid*. Den Haag.