

Aurora Ulgiati, Marjanne van der Hoek,
Irene Ijpma en Alain Dekker

Keuzegids screening & diagnostiek VB

- definitie
 - inventarisatie
 - eigenschappen
 - vergelijking
- van instrumenten voor screening
en diagnostiek van het intellectueel
en adaptief functioneren bij mensen
met verstandelijke beperkingen

University of Groningen Press

Keuzegids screening en diagnostiek VB

Aurora Ulgiati, Marjanne van der Hoek,
Irene Ijpma en Alain Dekker

Keuzegids screening & diagnostiek VB

- definitie
 - inventarisatie
 - eigenschappen
 - vergelijking
- van instrumenten voor screening
en diagnostiek van het intellectueel
en adaptief functioneren bij mensen
met verstandelijke beperkingen

University of Groningen Press



Uitgegeven door
University of Groningen Press
Broerstraat 4
9712 CP Groningen
Nederland

Eerste druk in Nederland © 2024 Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek

Citeer als: Ulgiati, A.M., Van der Hoek, M.D., IJpma, I. & Dekker, A.D. (2024). *Keuzegids screening & diagnostiek VB: inventarisatie, eigenschappen en vergelijking van instrumenten voor screening en diagnostiek van intellectueel en adaptief functioneren bij mensen met verstandelijke beperkingen*. University of Groningen Press.

<https://doi.org/10.21827/663b61dbe6d99>

Website: alliade.nl/pwo/vb-diagnostiek

Redactie en correctie: Martha Martens

Figuren en tabellen: Alain Dekker, Marjanne van der Hoek, Aurora Ulgiati

Omslagontwerp: Bas Ekkers

Vormgeving en opmaak: LINE UP boek en media bv | Mirjam Kroondijk, Jort Haan

ISBN (gedrukt): 978-94-034-3093-5

ISBN (e-boek): 978-94-034-3094-2

DOI: 10.21827/663b61dbe6d99



Dit werk is verschenen onder de Creative Commons-licentie: NietCommercieel-GelijkDelen 4.0 Internationaal licentie (CC BY-NC-SA 4.0).


De volledige licentievoorwaarden zijn beschikbaar op <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.nl>.

Deze keuzegids is het resultaat van uitgebreid literatuuronderzoek door de afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade. Vanuit de missie ‘een goed en zinvol leven’ biedt Alliade zorg en ondersteuning aan ruim 8000 mensen met een verstandelijke beperking en kwetsbare ouderen in Friesland. Dit betreft zowel begeleid wonen, werk & dagbesteding als ambulante ondersteuning. Bovendien wordt specialistische screening, diagnostiek en behandeling geleverd. ‘Samen elke dag een beetje beter’, met die ambitie wordt binnen Alliade gewerkt aan kwalitatieve zorg, ook door middel van kennisontwikkeling. De afdeling PWO beantwoordt praktijkvragen met praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek. Hiermee wordt een stevigere onderbouwing gelegd voor passende zorg en ondersteuning binnen én buiten Alliade.

Het onderzoeksteam dat heeft bijgedragen aan de *Keuzegids screening & diagnostiek VB* bestond uit:


Dr. Alain D. Dekker

Hoofd van de afdeling PWO van Alliade en docent-onderzoeker bij Rijksuniversiteit Groningen/UMCG

 <https://orcid.org/0000-0001-8771-218X>


Dr. Marjanne D. van der Hoek

Senior onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade

 <https://orcid.org/0000-0002-7797-3340>

Dr. Irene IJpma

Senior onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade

 <https://orcid.org/0000-0002-4327-1607>

Martha Martens

Redacteur bij de afdeling PWO van Alliade

Aurora M. Ulgiati

Gedragkundige bij de centrale behandeldienst en onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade

 <https://orcid.org/0000-0001-6393-946X>

Op het omslag van dit boek prijkt een Rubiks-piramide. De driehoekige vorm verwijst naar de essentiële samenwerking tussen de cliënt, verwanten en professionals, die de kern vormt van de integrale benadering in de gehandicaptenzorg.

Daarnaast symboliseert de Rubiks-piramide de noodzaak om naar het geheel te kijken wanneer je de mogelijkheden en beperkingen wilt bepalen. Dit geldt niet alleen bij het maken van deze ruimtelijke puzzel, maar ook bij het screenen en diagnosticeren van verstandelijke beperkingen.

Rubiks-puzzels ogen eenvoudig, maar zijn in werkelijkheid complex. Dat zal iedereen die ze weleens in handen heeft gehad herkennen. Je kunt ze alleen oplossen als je het geheel ziet en niet alleen één vlak. Deze visuele metafoor illustreert de complexiteit van het diagnostische proces bij mensen met verstandelijke beperkingen. Net zoals het oplossen van een Rubiks-puzzel vereist het beoordelen van iemands mogelijkheden en beperkingen een holistische benadering waarbij meerdere facetten in overweging worden genomen.

Inhoud

1. Inleiding	9
2. Verstandelijke beperking: definitie en doelgroepen	15
2.1. Definitie van verstandelijke beperking	17
2.2. Mate van verstandelijke beperking	21
2.3. VB als multidimensionaal model	28
3. Instrumenten voor intellectueel functioneren	31
3.1. Screeningsinstrumenten voor intellectueel functioneren	33
3.1.1. Inventarisatie screeningsinstrumenten	34
3.1.2. Algemene en psychometrische eigenschappen per screeningsinstrument	35
3.1.3. Vergelijking screeningsinstrumenten per doelgroep	42
3.2. Diagnostische instrumenten voor intellectueel functioneren	47
3.2.1. Inventarisatie diagnostische instrumenten	47
3.2.2. Algemene en psychometrische eigenschappen per diagnostisch instrument	49
3.2.3. Vergelijking diagnostische instrumenten per doelgroep	64
4. Instrumenten voor adaptief functioneren	73
4.1. Screeningsinstrumenten voor adaptief functioneren	76
4.1.1. Inventarisatie screeningsinstrumenten	77
4.1.2. Algemene en psychometrische eigenschappen per screeningsinstrument	78
4.1.3. Vergelijking screeningsinstrumenten per doelgroep	84
4.2. Diagnostische instrumenten voor adaptief functioneren	87
4.2.1. Inventarisatie diagnostische instrumenten	87
4.2.2. Algemene en psychometrische eigenschappen per diagnostisch instrument	89
4.2.3. Vergelijking diagnostische instrumenten per doelgroep	110

5. Verantwoording	119
5.1. Inventarisatie van beschikbare instrumenten	121
5.1.1. Engelstalige wetenschappelijke literatuur	121
5.1.2. Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur	124
5.1.3. Grijze literatuur	125
5.1.4. Inclusie- en exclusiecriteria	126
5.1.5. Inventarisatie van instrumenten voor intellectueel functioneren	127
5.1.6. Inventarisatie van instrumenten voor adaptief functioneren	128
5.1.7. Selectie van instrumenten	129
5.2. Eigenschappen van instrumenten	130
5.3. Vergelijking van instrumenten per doelgroep	132
6. Uitleiding	135
7. Appendices	147
7.1. Overige, uitgesloten instrumenten	148
7.1.1. Intellectueel functioneren	148
7.1.2. Adaptief functioneren	150
7.2. Verklarende woordenlijst	153
7.3. Afkortingenlijst	156
7.4. Over PWO	158
7.5. Disclaimer	160

1.

Inleiding



De zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen (VB) staat momenteel voor grote uitdagingen: er is sprake van een krimpende arbeidsmarkt, toenemende druk op financiën en steeds complexere zorgvragen. Het *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028* geeft richting aan hoe de gehandicaptenzorg zo kan worden ingericht dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft in de steeds veranderende maatschappij (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022). Een van de uitgangspunten van het *Kwaliteitskompas* is persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Hieronder wordt verstaan dat goede zorg en ondersteuning persoonsgericht is, waarbij de mens centraal staat. Persoonsgerichte zorg sluit aan bij de mogelijkheden, behoeften en wensen van mensen met VB, hierna cliënten genoemd. Om de zorgvraag, mogelijkheden, behoeften en wensen in kaart te brengen is de dialoog tussen cliënten, hun verwanten en professionals belangrijk. Deze ‘dialoog’, aangevuld met gedegen diagnostiek en de voorgeschiedenis van cliënten (het levensverhaal), geeft een integraal beeld van cliënten en hun zorg- en ondersteuningsbehoeften.

Voortbordurend op het *Kwaliteitskompas* nam de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) het initiatief tot het opstellen van *Perspectief op persoonsgerichte zorg: Leidraad voor mensen met beperkingen en intensieve zorgvragen* (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2023). Deze leidraad is bedoeld om persoonsgerichte zorg te verwerken in concreet beleid. In de leidraad wordt benadrukt dat “Persoonsgerichte zorg voor deze doelgroep vraagt om kennis van een laag ontwikkelingsniveau, disharmonisch profiel, probleemgedrag en diverse bijkomende beperkingen en stoornissen. (...) De gedragskundige en arts VG beschikken over de expertise om de stoornissen en beperkingen samen met begeleiders te vertalen naar handelen in de praktijk. (...) Daarnaast vraagt het voortdurende toetsing van de hypothese (beeldvorming van hypothese op basis van diagnostiek en interdisciplinair overleg). Dit vormt de basis voor de vormgeving van begeleiding en behandeling voor de persoon. Hierin heeft de gedragskundige een belangrijke rol. Samen met de begeleiders geeft hij/zij dit vorm” (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2023).

Screening en diagnostiek

Screening en diagnostiek van de mate van VB is een belangrijk onderdeel in het verkrijgen van een integraal beeld van cliënten en daarmee voor het verlenen van passende zorg en ondersteuning. Onder screening veronderstellen we een eerste snellere oriëntatie van (de mate van) VB waarbij screeningsinstrumenten kunnen worden ingezet (Landelijk

Kenniscentrum LVB, z.d.). Diagnostiek bestaat uit een uitgebreider onderzoek waarbij diagnostische instrumenten worden gebruikt en er een grotere mate van zekerheid is ten aanzien van de vastgestelde (mate van) VB (Douma et al., 2012). Bij het screenen en diagnosticeren van VB worden het intellectueel functioneren en adaptief functioneren (voorheen: sociale redzaamheid) bepaald door middel van instrumenten. In de *Keuzegids screening & diagnostiek VB* definiëren we instrumenten als (directe of indirecte) testen, schalen en vragenlijsten. Deze instrumenten zijn bij voorkeur gevalideerd (bij de desbetreffende doelgroep), zodat betrouwbare resultaten worden verkregen.

In Nederland zijn verschillende instrumenten beschikbaar voor het bepalen van het intellectueel en adaptief functioneren. Het ontbreekt echter aan een overzicht van beschikbare instrumenten per doelgroep (op basis van de vermoede mate van VB) en aan een keuzewijzer waarmee gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers een weloverwogen keus kunnen maken voor een passend instrument voor een cliënt. Door dat een overzicht en keuzewijzer ontbreken, kan het screenen en diagnosticeren van VB door gedragskundigen verschillen. Daarnaast is de wetenschappelijke onderbouwing van sommige instrumenten ontoereikend. Door gebruik te maken van de juiste instrumenten bij de desbetreffende doelgroep worden beoordelingsfouten verminderd en wordt de beeldvorming van de persoon nauwkeuriger, waardoor adequater kan worden ingespeeld op zijn/haar beperkingen, mogelijkheden, wensen en behoeften. Dit draagt bij aan een betere kwaliteit van zorg en daarmee aan een betere kwaliteit van leven.

Ook het *Kwaliteitskompas* stelt dat zorgverleners gebruik zouden moeten maken van state-of-the-art kennis over kwalitatief goede zorg (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022). Dit geldt ook voor het bepalen van de mate van VB. Dit wordt onderschreven in het *Kader Passende zorg*, opgesteld door Zorginstituut Nederland in opdracht van het ministerie van VWS (Zorginstituut Nederland, 2022). In dit kader wordt de basis beschreven voor wat er in de toekomst in de zorg moet gebeuren en wat de overheid hierbij van een ieder verwacht. Voor het werken aan passende zorg heeft het Zorginstituut vier principes opgesteld, waaronder ‘passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek’. Hiermee wordt onder andere het voorkómen van niet-passende zorg bedoeld. Een juiste diagnose van de mate van VB is belangrijk om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen geven. Immers, het plaatsen van cliënten met lichte VB (LVB) in een woning voor cliënten met ernstige VB (EVB) geeft risico op ondervraging/onderstimulering. Andersom kan het overvraging tot gevolg hebben. Een ander principe is ‘passende zorg is waardegedreven’. Dit houdt in dat zorg aannemelijk, doelmatig en effectief is. Door

te kiezen voor valide, goed onderbouwde instrumenten, die ook nog eens praktisch uitvoerbaar zijn, kan de benodigde informatie op een effectieve manier gestructureerd in kaart worden gebracht, met als doel de zorg zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de cliënt.

Overzicht van instrumenten

Om passende, persoonsgerichte zorg te kunnen bieden, is het onder andere belangrijk om de mate van VB te weten. Welke instrumenten kunnen het best worden ingezet om VB te screenen dan wel te diagnosticeren? Tot op heden ontbrak een overzicht van welke instrumenten bij welke doelgroep het best kunnen worden gebruikt. Ook was er geen keuzewijzer waarmee gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers een weloverwogen keus kunnen maken voor een passend instrument voor een cliënt. Dit boek vult deze hiaten. Hiervoor heeft een onderzoeksteam van de afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade beschikbare Nederlandstalige instrumenten voor zowel het intellectueel als adaptief functioneren geïnventariseerd, beschreven en per doelgroep vergeleken. Hoofdstuk 3 beschrijft de inventarisatie, eigenschappen en vergelijking van instrumenten voor het intellectueel functioneren. Hoofdstuk 4 gaat in op instrumenten voor het adaptief functioneren. Beide hoofdstukken zijn opgebouwd aan de hand van de drie deelvragen van het onderzoek.

- 1) Welke Nederlandstalige instrumenten zijn beschikbaar voor het screenen en/of diagnosticeren van het intellectueel en adaptief functioneren bij kinderen en volwassenen met VB?
- 2) Wat zijn de eigenschappen van de gevonden instrumenten? En voor cliënten met welke verwachte mate van VB (doelgroepen) zijn ze geschikt?
- 3) Welke instrumenten zijn per doelgroep het meest passend voor het screenen en/of diagnosticeren van het intellectueel en adaptief functioneren?

Waarvoor dient deze keuzegids?

Er zijn veel verschillende instrumenten op de markt, maar welke kies je? Voor een individuele gedragskundige of psychodiagnostisch medewerker is het ondoenlijk om in de waan van de dag goed vergelijkend onderzoek te doen door een gebrek aan tijd en toegang tot de benodigde informatie (diverse instrumenten zijn prijzig en de informatie is vaak alleen beschikbaar in de handleiding). Dikwijls moet een duur instrument eerst worden aangekocht voordat kan worden bepaald of het überhaupt aan de wensen vol-

doet. In de *Keuzegids screening & diagnostiek VB* is deze vergelijking al gemaakt. Het boek biedt gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers keuzewijzers voor het kiezen van een passend instrument voor de cliënt die hij/zij voor zich heeft. Hiermee voorkomt deze keuzegids (hopelijk) dat elke zorginstelling eenzelfde inventarisatie en vergelijking moet maken.

Is de keuzegids écht compleet?

De keuzegids geeft een overzicht van screenings- en diagnostische instrumenten voor het intellectueel en adaptief functioneren die begin 2024 in het Nederlands beschikbaar waren. In hoofdstuk 5 is de methodologische verantwoording beschreven, waarbij ook de uitgebreide zoekstrategie die is toegepast om de instrumenten te vinden wordt toegelicht. De instrumentenwereld staat echter niet stil: er verschijnen nieuwe uitgaven, verbeterde versies komen op de markt en oude instrumenten raken in onbruik of worden van de markt gehaald. Deze keuzegids moet dan ook periodiek worden geactualiseerd.

Bronnen hoofdstuk 1

Douma, J., Moonen, X. & Noordhof, L. (2012). *Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Landelijk Kenniscentrum LVB. Beschikbaar: www.kenniscentrumlvb.nl/product/richtlijn-diagnostisch-onderzoek-lvb.

Landelijk Kenniscentrum LVB. (z.d.). *Dossier signalering, screening en diagnostiek*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.kenniscentrumlvb.nl/signaleren-screenen-en-diagnostiek.

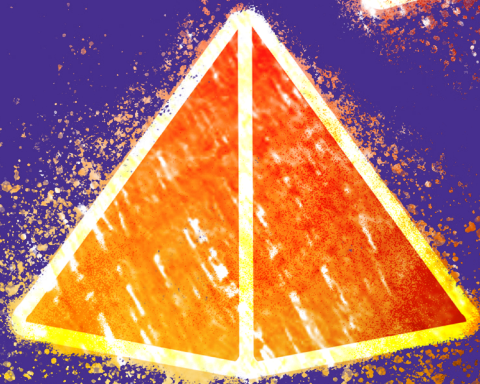
Stuurgroep Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg. (2022). *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028: Landelijk kompas voor goede zorg en kwaliteit van bestaan*. Beschikbaar: www.vgn.nl/system/files/2023-08/kwaliteitskompas-GHZ_augustus2023_DEF.pdf.

Stuurgroep Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg. (2023). *Perspectief op persoonsgerichte zorg: Leidraad voor mensen met beperkingen en intensieve zorgvragen*. Beschikbaar: www.vgn.nl/system/files/2023-07/Leidraad_persoongerichte%20zorg_juli%202023_def.pdf.

Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader Passende zorg*. Beschikbaar: www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg.

2.

Verstandelijke beperking: definitie en doelgroepen



Wanneer iemand voor ondersteuning bij een zorginstelling aanklopt, is het van belang de ondersteuningsbehoefte van de persoon goed in kaart te brengen. Door iemands beperkingen en mogelijkheden zo objectief mogelijk vast te stellen, kunnen de begeleiding en behandeling zo passend mogelijk op de persoon worden afgestemd. Een van de essentiële onderdelen hierin is het bepalen of er sprake is van VB, en zo ja, welke mate het betreft. Maar wat is een verstandelijke beperking eigenlijk?

2.1. Definitie van verstandelijke beperking

Een VB, ook wel verstandelijke handicap genoemd, is een ontwikkelingsstoornis die wordt gekenmerkt door significante beperkingen in het intellectueel én adaptief functioneren. Het eerste aspect hierin, een laag intelligentiequotiënt (IQ), wordt al ruim een eeuw kenmerkend geacht voor VB. In 1905 verscheen van de hand van de Franse psycholoog Alfred Binet en psychiater Théodore Simon de schaal van Binet-Simon, de eerste intelligentietest waarmee het onder andere mogelijk was om bij kinderen leerachterstanden te identificeren. De Nederlandse versie van deze schaal verscheen met enige aanpassingen in 1919 als de Binet-Herderschêe-intelligentietest. Een van de luiken van de *CANON Speciaal onderwijs* beschrijft de introductie van deze test als middel om kinderen te selecteren voor het ‘zwakzinnigenonderwijs’ (Bakker & De Beer, 2020). Sindsdien is IQ een bepalende maat voor het vaststellen van VB, destijds zwakzinnigheid genoemd.

Over de tijd zijn verschillende definities van VB gehanteerd door het handboek van de toonaangevende American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen* (DSM) van de American Psychiatric Association en de *Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen* (ICD) van de Wereldgezondheidsorganisatie. Mettertijd kwam het besef dat het IQ niet allesbepalend is en te beperkt om VB vast te stellen. Hierin liep de AAIDD voorop. Zij stelden dat niet alleen het intellectueel functioneren van belang is, maar ook hoe iemand zich in de maatschappij redt en zich tot zijn/haar omgeving (context) verhoudt. Deze sociale redzaamheid, het zogenaamde adaptief functioneren, speelt óók een belangrijke rol en moet dus worden meegenomen in het bepalen van VB. Hoewel er enige tijd overheen is gegaan, hebben de DSM en ICD het voorbeeld van de AAIDD gevolgd. Hierdoor is de sterke focus op het IQ vandaag de dag verminderd ten gunste van het adaptief functioneren.

Sinds de komst van deze edities van de AAIDD, DSM en ICD komen de definities van de verschillende instanties goed overeen:

- De 12^e editie van het AAIDD-handboek, verschenen in 2021 (Schalock et al., 2021)
- De DSM-5, verschenen in 2013, waarvan inmiddels de herziene DSM-5-TR (tekst-revisie) is uitgebracht (American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2022)
- De ICD-11, bekrachtigd in 2019 (Wereldgezondheidsorganisatie, 2019)

In alle drie definities wordt VB aangeduid als significante beperkingen in zowel het intellectueel als adaptief functioneren. Hieronder zijn de meest actuele officiële definities van de drie instanties vertaald weergegeven, waarbij de overeenkomst duidelijk te zien is. De AAIDD specificeert dat de beperkingen moeten zijn ontstaan voor de leeftijd van 22 jaar. De DSM-5-TR en ICD-11 stellen dat ze moeten zijn ontstaan gedurende de ontwikkelingsperiode.

AAIDD

Verstandelijke beperking:

“Verstandelijke beperking (VB) wordt gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectueel functioneren als in het adaptief gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische adaptieve vaardigheden. Deze beperking ontstaat in de ontwikkelingsperiode; dat wil zeggen voordat de persoon de 22-jarige leeftijd bereikt.

De volgende vijf uitgangspunten zijn essentieel bij de toepassing van deze definitie:

- 1) Beperkingen in het huidige functioneren moeten worden beschouwd in de context van wat kenmerkend is voor de leeftijdsgenoten en cultuur van de persoon.
- 2) Bij een valide bepaling wordt rekening gehouden met verschillen in taal en cultuur en met communicatieve, zintuiglijke, motorische en gedragsmatige verschillen.
- 3) Een persoon heeft naast beperkingen vaak ook sterke punten.
- 4) Een belangrijk doel van het beschrijven van beperkingen is het opstellen van een ondersteuningsprofiel.
- 5) Wanneer een persoon met VB langdurig passende persoonsgerichte ondersteuning ontvangt, zal hij/zij vaak beter gaan functioneren.”

Schalock et al., 2021

DSM-5-TR

Verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis):

“Een verstandelijke beperking begint gedurende de ontwikkelingsperiode, met beperkingen in zowel het verstandelijk als het adaptief functioneren, in de conceptuele, sociale en praktische domeinen. Er moet worden voldaan aan de volgende drie criteria:

- 1) Deficiënties in de intellectuele functies, zoals redeneren, problemen oplossen, plannen, abstract denken, oordelen, schools leren en leren door ervaringen, die moeten worden bevestigd door zowel een klinische beoordeling als een geïndividualiseerde, gestandaardiseerde intelligentietest.
- 2) Deficiënties in het adaptief functioneren die ertoe leiden dat de persoon niet kan voldoen aan de ontwikkelings- en sociaal-culturele standaarden van persoonlijke zelfstandigheid en sociale verantwoordelijkheid. Zonder blijvende ondersteuning beperken de deficiënties in het aanpassingsvermogen het functioneren in een of meer aspecten van het dagelijks leven, waaronder communicatie, deelname aan het sociale leven, schools of beroepsmatig functioneren en persoonlijke zelfstandigheid thuis of in de directe sociale omgeving.

- 3) De deficiënties in de verstandelijke functies en het aanpassingsvermogen beginnen gedurende de ontwikkelingsperiode.”

American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2022

ICD-11

Verstandelijke beperkingen (verstandelijke-ontwikkelingsstoornissen):

“Groep van condities met verschillende etiologiën die zijn ontstaan in de ontwikkelingsperiode en worden gekenmerkt door een intellectueel functioneren en adaptief gedrag op een significant lager niveau, zo'n twee of meer standaarddeviaties onder het gemiddelde, gemeten met adequaat genormeerde, gestandaardiseerde instrumenten die individueel zijn afgenomen. Wanneer adequaat genormeerde, gestandaardiseerde instrumenten niet beschikbaar zijn, dan speelt het klinische oordeel, gebaseerd op een adequate beoordeling van vergelijkbare gedragsindicatoren, een grotere rol in de diagnose van VB.”

Wereldgezondheidsorganisatie, 2019

Een uitgangspunt dat bij alle drie definities wordt gehanteerd, is de opvatting dat een VB breder is dan enkel het intellectueel functioneren, ofwel de IQ-scores, van de persoon. Er moeten daarnaast ook beperkingen zijn in het adaptief functioneren. VB kan worden beschouwd als een paraplubegrip waarbinnen het intellectueel en adaptief functioneren samenhangen.

Intellectueel functioneren is een nauwer begrip dan verstandelijke functioneren. Het intellectueel functioneren omvat de intellectuele vaardigheden van een persoon, zoals redeneren, plannen, problemen oplossen, abstract denken, complexe concepten begrijpen en tot stand brengen, en iemands leervermogen (Schalock et al., 2021).

Beperkingen in het intellectueel functioneren kunnen worden aangetoond met behulp van een gestandaardiseerd instrument om de intelligentie te meten. Er is sprake van een beperking in het intellectueel functioneren als het vastgestelde IQ lager is dan 70-75. Bij het interpreteren van de IQ-score moet de standaardfout van een diagnostisch instrument in acht worden genomen, want een IQ-score kan variëren tussen verschillende metingen. Daarom moet naast de IQ-score altijd het bijbehorende betrouwbaarheidsinterval worden weergegeven (Schalock et al., 2021).

Bij een beperking in het adaptief functioneren kan een persoon niet voldoen aan de maatstaven die de maatschappij hem/haar bij een bepaalde leeftijd oplegt. Er is sprake

van beperkingen in het adaptief functioneren als het resultaat van een diagnostisch instrument minimaal twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde ligt. Ook de resultaten van adaptieve instrumenten moeten altijd worden weergegeven met de bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen. Onder het adaptief functioneren worden conceptuele, sociale en praktische adaptieve vaardigheden verstaan (Schalock et al., 2021). Hieronder worden deze vaardigheden toegelicht (Wieland et al., 2022):

- Conceptuele vaardigheden omvatten het functioneel gebruik van schoolse vaardigheden en betreffen onder andere competenties op het gebied van lezen, schrijven en rekenen, praktische kennis verwerven, problemen oplossen en nieuwe situaties beoordelen.
- Sociale vaardigheden betreffen onder meer het herkennen van en omgaan met eigen emoties (emotieregulatie), het besef van gedachten, gevoelens en ervaringen van anderen (empathie), interpersoonlijke communicatieve vaardigheden, het vermogen om vriendschap te sluiten en het sociale beoordelingsvermogen.
- Praktische vaardigheden omvatten het leervermogen en de zelfredzaamheid in verschillende levenssituaties, waaronder persoonlijke verzorging, huishouden, geldbeheer, complexe beslissingen overzien, de verantwoordelijkheden van een baan, het plannen van taken op school en op het werk, vrijetijdsbesteding.

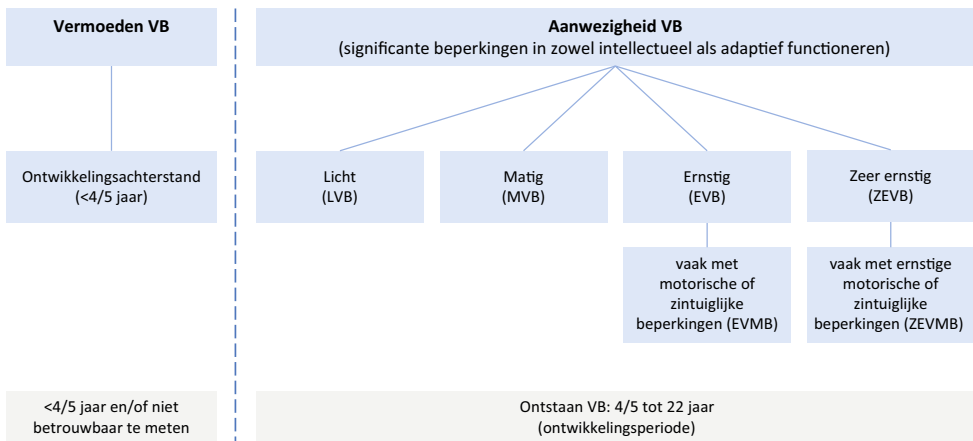
De beoordeling van het adaptief functioneren is gebaseerd op iemands kenmerkende uitvoering van deze vaardigheden tijdens dagelijkse routines en in veranderende omstandigheden.

Een diagnostisch onderzoek bestaat altijd uit meer dan alleen de afname van een instrument en is geen puur statistische berekening. De uitkomsten van instrumenten geven een *indicatie* van iemands mogelijkheden en beperkingen. Bij de interpretatie van scores van instrumenten moeten individuele en contextuele factoren worden meegewogen. De gedragskundige of psychodiagnostisch medewerker dient te kijken naar de cliënt als gehele mens en informeert zich hiervoor over zaken die voor de cliënt belangrijk zijn (aan de hand van zijn/haar eigen verhaal, zijn/haar dossier en informatie van familie en begeleiders). Het resultaat van een niveaubepaling met een gevalideerd en gestandaardiseerd instrument moet nog steeds worden geïnterpreteerd op basis van een klinische beoordeling (American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2022; Schalock et al., 2021).

2.2. Mate van verstandelijke beperking

Binnen VB wordt over het algemeen onderscheid gemaakt in vier niveaus (mate/ernst): licht, matig, ernstig en zeer ernstig (figuur 2.1). Naast deze vier doelgroepen wordt bij jonge kinderen, bij wie VB en in het bijzonder de mate ervan nog lastig is vast te stellen, gesproken over een ontwikkelingsachterstand.

Figuur 2.1. Doelgroepen op basis van mate van VB



Bij kinderen jonger dan 4/5 jaar bij wie er een vermoeden is van VB wordt gesproken over ontwikkelingsachterstand. EVB en EVMB worden ook wel samengevoegd tot EV(M)B. Bij mensen met ZEVB is naar schatting bij driekwart sprake van ernstige motorische beperkingen (Van der Putten et al., 2017), waardoor meestal over ZEVMB wordt gesproken.

Ontwikkelingsachterstand

Om VB en de mate ervan te kunnen vaststellen, moeten het intellectueel en adaptief functioneren op een betrouwbare manier worden bepaald. Bij kinderen jonger dan 4/5 jaar kan dit meestal niet omdat veel instrumenten voor deze groep niet zijn gestandaardiseerd en een betrouwbare afname vaak niet mogelijk is. Het is dan correcter om te spreken over een algemene ontwikkelingsachterstand. Zowel de DSM-5-TR als ICD-11 hanteert een aparte benaming. In de DSM-5-TR is bij kinderen jonger dan 5 jaar sprake van een 'globale ontwikkelingsachterstand'. De ICD-11 spreekt bij kinderen jonger dan 4 jaar van een 'voorlopige VB'. De AAIDD hanteert geen aparte benaming.

DSM-5-TR

Globale ontwikkelingsachterstand:

“Deze classificatie wordt gereserveerd voor kinderen jonger dan 5 jaar wanneer de klinische ernst gedurende de vroege kinderleeftijd niet op een betrouwbare manier kan worden vastgesteld. Deze classificatie wordt gebruikt wanneer het kind de verwachte ontwikkelingsmijlpalen op verschillende gebieden van het verstandelijk functioneren niet haalt, en is van toepassing op kinderen die geen systematisch onderzoek van het verstandelijk functioneren kunnen ondergaan, inclusief kinderen die te jong zijn om mee te werken aan gestandaardiseerde instrumenten. Deze classificatie moet na verloop van tijd opnieuw beoordeeld worden.”

American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2022

ICD-11

Voorlopige verstandelijke beperking:

“De classificatie ‘voorlopige VB’ wordt toegekend wanneer er tekenen van verstandelijke beperking worden vastgesteld bij kinderen jonger dan 4 jaar of bij personen bij wie gevalideerde instrumenten voor het intellectueel functioneren en adaptief gedrag niet kunnen worden afgenomen vanwege zintuiglijke of lichamelijke aandoeningen (zoals blindheid, prelinguale doofheid), motorische of communicatieve beperkingen, ernstig probleemgedrag of comorbide psychische of gedragsmatige stoornissen.”

Wereldgezondheidsorganisatie, 2019

Lichte, matige, ernstige en zeer ernstige VB

Er zijn vier verschillende niveaus van verstandelijke beperking: licht, matig, ernstig en zeer ernstig. Ondanks dat de definities van VB van de AAIDD, DSM-5-TR en ICD-11 goed overeenkomen, is de manier waarop de mate van VB wordt bepaald enigszins anders.

AAIDD: Volgens de AAIDD zijn er verschillende manieren om de mate van VB te bepalen: op basis van de intensiteit van de ondersteuningsbehoeften en/of het niveau van het adaptief en/of intellectueel functioneren.

AAIDD

“Een classificatiesysteem zou moeten zijn gebaseerd op de intensiteit van de persoonlijke ondersteuningsbehoeften en/of beperkingen in het adaptief gedrag en/of intellectueel functioneren. Een classificatiesysteem is bij voorkeur gebaseerd op het patroon en de intensiteit van de ondersteuningsbehoeften van de persoon. Afhankelijk van het doel van het bepalen van de mate van VB moet het klinische oordeel overeenkomen met de relevante datasets (zoals de intensiteit van de gemeten ondersteuningsbehoeften, scores op adaptief gedrag of som van de standaardscores van de IQ-meting).”

Schalock et al., 2021

Of het bepalen van de mate van VB (licht tot zeer ernstig) zinvol is en waarop de bepaling (het meest) moet worden gebaseerd, hangt volgens de AAIDD af van de hulpvraag. Hierbij wordt gesteld dat het patroon en de intensiteit van de ondersteuningsbehoeften van de persoon het meest uitgebreid inzicht geven in de mate van VB. Een instrument is daarom bij voorkeur gebaseerd op het vaststellen van het niveau van deze ondersteuningsbehoeften. Dit geeft het beste beeld van iemands groeimogelijkheden en biedt een kader voor de implementatie van ondersteuningswijzen die naar verwachting een positief effect hebben op het functioneren en welzijn van de persoon. In de dagelijkse praktijk wordt vaak gescreend en gediagnosticeerd op basis van het intellectueel en/of adaptief functioneren. Daarom biedt de 12^e editie van het AAIDD-handboek, in tegenstelling tot de 11^e editie, zowel een onderverdeling in verschillende mates van VB op basis van de ondersteuningsbehoeften als op basis van het intellectueel en/of adaptief functioneren. Het is aan de gedragskundige om doelgericht en weloverwogen te bepalen wat de meest passende manier is om bij een cliënt de mate van VB vast te stellen.

DSM-5-TR: De DSM-5-TR stelt dat de mate van VB (licht tot zeer ernstig) wordt bepaald door het adaptief functioneren. Bijvoorbeeld: iemand functioneert intellectueel op het niveau van LVB en adaptief op het niveau van MVB, dan is er sprake van MVB. IQ-scores zijn niet langer leidend, wat nog wel het geval was in de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

DSM-5-TR

“Specificeer actuele ernst: licht, matig, ernstig en zeer ernstig.

De verschillende niveaus van ernst worden gedefinieerd volgens het adaptief functioneren en niet volgens de IQ-scores, omdat de mate van adaptief functioneren bepaalt hoeveel ondersteuning er nodig is. Bovendien zijn IQ-metingen in het laagste deel van de IQ-scores minder valide.”

American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2022

ICD-II: De ICD-II stelt dat de mate van VB (licht tot zeer ernstig) wordt bepaald door zowel het intellectueel als adaptief functioneren. Als instrumenten voor het intellectueel en adaptief functioneren verschillende resultaten laten zien, dan geeft het meest voorkomende niveau de doorslag. Als er geen adequaat gevalideerde instrumenten beschikbaar zijn, dan speelt de klinische beoordeling een grotere rol in de bepaling van de mate van VB. De gedragskundige beschrijft hiervoor verschillende relevante gedragsindicatoren voor het intellectueel en adaptief functioneren en baseert zich op solide bewijs en een passende beoordeling. Kwantitatieve gegevens kunnen deze kwalitatieve beschrijvingen aanvullen.

ICD-11

“De ernst van een verstandelijke beperking wordt bepaald door het niveau van zowel het intellectueel vermogen als het adaptief gedrag van de persoon, bij voorkeur vastgesteld met gestandaardiseerde instrumenten die voor de doelgroep zijn genormeerd en individueel worden afgenomen. Wanneer gestandaardiseerde en voor de doelgroep genormeerde instrumenten niet beschikbaar zijn, dan speelt de klinische beoordeling een grotere rol in het vaststellen van het intellectueel functioneren en adaptief gedrag.

Over het algemene geldt dat de ernst moet worden bepaald op basis van het niveau van het merendeel van iemands intellectuele capaciteiten en zijn/haar adaptieve vaardigheden binnen alle drie domeinen (d.w.z. conceptueel, sociaal en praktisch). Wanneer bijvoorbeeld wordt vastgesteld dat het intellectueel functioneren en twee of drie domeinen van het adaptief functioneren drie of vier standaarddeviaties afwijken van het gemiddelde, dan is een matige verstandelijke beperking de meest passende diagnose. Afhankelijke van de aard en het doel van de niveaubepaling en de impact van het betreffende gedrag op het algehele functioneren van de persoon kan dit ook anders zijn.”

Wereldgezondheidsorganisatie, 2019

Tabel 2.1. omvat een samenvattend overzicht van actuele definities van VB en de mates van VB. De verouderde definities uit de II^e editie van het AAIDD-handboek (Schalock et al., 2010), de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) en de ICD-10 (Wereldgezondheidsorganisatie, 1993/2019) zijn weergegeven in tabel 2.2. Wanneer je deze tabellen met elkaar vergelijkt, dan zijn de verschillen tussen de verouderde en actuele definities duidelijk zichtbaar. Het valt op dat de nadruk op het IQ is afgenomen. Ook blijkt dat de ICD-10 (in tegenstelling tot de AAIDD-II en DSM-IV-TR) zogenaamde ontwikkelingsleeftijden benoemde. Hoewel ontwikkelingsleeftijden in de Nederlandse gehandicaptenzorg veel worden gebruikt, zijn ze in de ICD-II komen te vervallen. Naast de AAIDD, DSM en ICD wordt in Nederland vaak verwezen naar het *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid* van Dick Kraijer en Jan Plas (Kraijer & Plas, 2014). In dit bekende standaardwerk worden nog wel ontwikkelingsleeftijden gehanteerd. Deze betreffen echter andere leeftijdsbereiken dan die in de ICD-10.

Zwakbegaafdheid

Naast VB wordt in Nederland de term ‘zwakbegaafdheid’ veel gebruikt. Zwakbegaafdheid werd voorheen gedefinieerd als een IQ tussen grofweg 70 en 85 (DSM-IV-TR en ICD-10). De AAIDD benoemde en benoemt zwakbegaafdheid niet. In de DSM-5-TR en ICD-11 is het IQ-criterium ten aanzien van zwakbegaafdheid komen te vervallen, net als bij VB. De DSM-5-TR classificeert zwakbegaafdheid als V-code, onder andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn. Er zijn niet langer criteria geformuleerd die zwakbegaafdheid definiëren. Vermeld wordt in welke gevallen het relevant kan zijn om bij iemand zwakbegaafdheid te classificeren, bijvoorbeeld als het reden voor zorg is of de behandeling/prognose negatief beïnvloedt. Ook het onderscheid met VB is nu ter beoordeling aan de gedragskundige, vooral wanneer er sprake is van een psychische stoornis die gevolgen kan hebben voor de mate waarin de persoon meewerkt bij de afname van gestandaardiseerde instrumenten. Hoewel de ICD-11 zwakbegaafdheid classificeert onder ‘andere gespecificeerde symptomen en tekenen die betrekking hebben op cognitie’, wordt geen duidelijke definitie of beschrijving gegeven.

Mensen met zwakbegaafdheid kunnen in de praktijk tot de doelgroep LVB worden gerekend wanneer ze qua ondersteuningsbehoefte een beroep doen op de verstandelijk gehandicaptenzorg (Landelijk Kenniscentrum LVB, z.d.). Bijvoorbeeld door een disharmonisch profiel waarbij het adaptief functioneren dermate beperkt is dat ondersteuning op LVB-niveau passend is (VZinfo, z.d.).

Tabel 2.1. Samenvattend overzicht actuele definities van VB en mates van VB

		AAIDD-12 (2021)	DSM-5-TR (2022)	ICD-11 (2019)	
Ontwikkelingsachterstand		Niet benoemd	<5 jr. Indien mate VB niet betrouwbaar kan worden vastgesteld Vereist herbeoordeling na verloop van tijd	<4 jr. Indien mate VB niet betrouwbaar kan worden vastgesteld	
Zwakbegaafdheid		Niet benoemd	Geen diagnose mogelijk: valt onder V-code. ^a	Geen diagnose mogelijk: valt onder MB21.Y-code. ^b	
Criteria diagnose VB					
	Intellectueel	≥2 SD ^c ; IQ <65-75 (70±5) ^d	≥2 SD ^c ; IQ <65-75 (70±5) ^d	≥2 SD ^c ; IQ <65-75 (70±5) ^d	
	Adaptief	≥2 SD ^c ; SS <65-75 (70±5) ^d	Significante beperkingen: scores niet verder gespecificeerd ^d	≥2 SD ^c ; SS <65-75 (70±5) ^d	
	Ontstaan VB	<22 jr.	Ontwikkelingsperiode	Ontwikkelingsperiode	
Mate VB (niveau/ernst)	Doorslaggevend voor mate VB	Mate VB o.b.v. intensiteit ondersteuningsbehoefte en/of intellectueel en/of adaptief functioneren. Klinisch oordeel doorslaggevend	Mate VB o.b.v. adaptief functioneren. Klinisch oordeel doorslaggevend	Mate VB o.b.v. intellectueel én adaptief functioneren. Klinisch oordeel doorslaggevend	
	Doelgroepen				
	LVB	Intellectueel	IQ 50-55 tot 70-75 ^d	n.v.t.	2-3 SD ^d + beschrijvende classificatie
		Adaptief	SS 50-55 tot 70-75 ^d	Beschrijvende classificatie	2-3 SD ^d + beschrijvende classificatie
	MVB	Intellectueel	IQ 40-45 tot 50-55 ^d	n.v.t.	3-4 SD ^d + beschrijvende classificatie
		Adaptief	SS 40-45 tot 50-55 ^d	Beschrijvende classificatie	3-4 SD ^d + beschrijvende classificatie
	EV(M)B	Intellectueel	IQ 25-30 tot 40-45 ^{d,e}	n.v.t.	≥4 SD ^{d,f} + beschrijvende classificatie
		Adaptief	SS 25-30 tot 40-45 ^{d,e}	Beschrijvende classificatie	≥4 SD ^{d,f} + beschrijvende classificatie
	ZEVMB	Intellectueel	IQ <20-25 ^{d,e}	n.v.t.	≥4 SD ^{d,f} + beschrijvende classificatie
Adaptief		SS <20-25 ^{d,e}	Beschrijvende classificatie	≥4 SD ^{d,f} + beschrijvende classificatie	

^a DSM-5 classificeert zwakbegaafdheid als V-code, onder andere problemen die reden voor zorg kunnen zijn.

^b ICD-11 classificeert zwakbegaafdheid als code MB21.Y, onder andere gespecificeerde symptomen en tekenen die betrekking hebben op cognitie.

^c Twee of meer standaardafwijkingen onder het gemiddelde.

^d Gemeten met individueel afgenomen en uitvoerige, cultureel aangepaste, psychometrisch valide instrumenten. Uitkomsten moeten worden geïnterpreteerd op basis van klinisch oordeel.

^e Bij gestandaardiseerde instrumenten geldt een ondergrens voor de standaardscores. Lage scores zijn vaak weinig betrouwbaar.

^f EVB en ZEVMB worden puur op basis van het adaptief functioneren geclassificeerd omdat gestandaardiseerde intelligentietesten bij deze doelgroepen geen betrouwbare en valide resultaten voor het intellectueel functioneren geven.

Afkortingen: EV(M)B, ernstige verstandelijke (en meervoudige) beperkingen; IQ, intelligentiequotiënt; jr., jaar; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; MVB, matige verstandelijke beperkingen; SD, standaarddeviatie; SS, genormaliseerde standaardscores m.n. normscores met gemiddelde = 100 en SD = 15; VB, verstandelijke beperkingen; ZEVMB, zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen.

Tabel 2.2. Samenvattend overzicht verouderde definities van VB en mates van VB

	AAIDD-11 (2010)	DSM-IV-TR (2000)	ICD-10 (1993/2019)	
Ontwikkelingsachterstand	Niet benoemd	Niet benoemd	Niet benoemd	
Zwakbegaafdheid	Niet benoemd	Geen diagnose mogelijk: valt onder V-code, IQ 71-84. ^a	Geen diagnose mogelijk: valt onder code R41.83, IQ 70-85. ^b	
Criteria diagnose VB				
Intellectueel	≥ 2 SD ^c , IQ $\leq 70-75^d$	≥ 2 SD ^c , IQ $\leq 70-75^d$	Significante beperkingen: scores niet verder gespecificeerd	
Adaptief	≥ 2 SD ^c ^d	Significante beperkingen: scores niet verder gespecificeerd ^d	Als aanvulling op intellectueel functioneren	
Ontstaan VB	<18 jr.	<18 jr.	Ontwikkelingsperiode	
Mate VB (niveau/ernst)	Doorslaggevend voor mate VB	De AAIDD deelt VB niet verder in. Indien relevant, classificatie o.b.v. een of meerdere dimensies van menselijk functioneren en/of patroon/intensiteit ondersteuningsbehoeften.	Mate VB o.b.v. intellectueel functioneren, evt. aangevuld met adaptief functioneren	
Doelgroepen				
LVB	Intellectueel	Niet benoemd	IQ 50-55 tot 70 ^d	IQ 50-69 ^d + ontwikkelingsleeftijd 9-12 jr.
	Adaptief	Niet benoemd	n.v.t.	Niet benoemd
MVB	Intellectueel	Niet benoemd	IQ 35-40 tot 50-55 ^d	IQ 35-49 ^d + ontwikkelingsleeftijd 6-9 jr.
	Adaptief	Niet benoemd	n.v.t.	Niet benoemd
EV(M)B	Intellectueel	Niet benoemd	IQ 20-25 tot 35-40 ^d	IQ 20-34 ^d + ontwikkelingsleeftijd 3-6 jr.
	Adaptief	Niet benoemd	n.v.t.	Niet benoemd
ZEVMB	Intellectueel	Niet benoemd	IQ <20-25 ^d	IQ <20 ^d + ontwikkelingsleeftijd <3 jr.
	Adaptief	Niet benoemd	n.v.t.	Niet benoemd

^a DSM-IV classificeert zwakbegaafdheid als V-code, onder andere problemen die reden voor zorg kunnen zijn.

^b ICD-10 classificeert zwakbegaafdheid als code R41.83, andere niet-gespecificeerde symptomen, tekenen en afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen die niet elders worden geassocieerd.

^c Twee of meer standaardafwijkingen onder het gemiddelde.

^d Gemeten met individueel afgenomen en uitvoerige, cultureel aangepaste, psychometrisch valide instrumenten. Uitkomsten moeten worden geïnterpreteerd op basis van klinisch oordeel.

Afkortingen: EV(M)B, ernstige verstandelijke (en meervoudige) beperkingen; IQ, intelligentiequotiënt; jr., jaar; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; MVB, matige verstandelijke beperkingen; SD, standaarddeviatie; VB, verstandelijk beperkingen; ZEVMB, zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen.

2.3. VB als multidimensionaal model

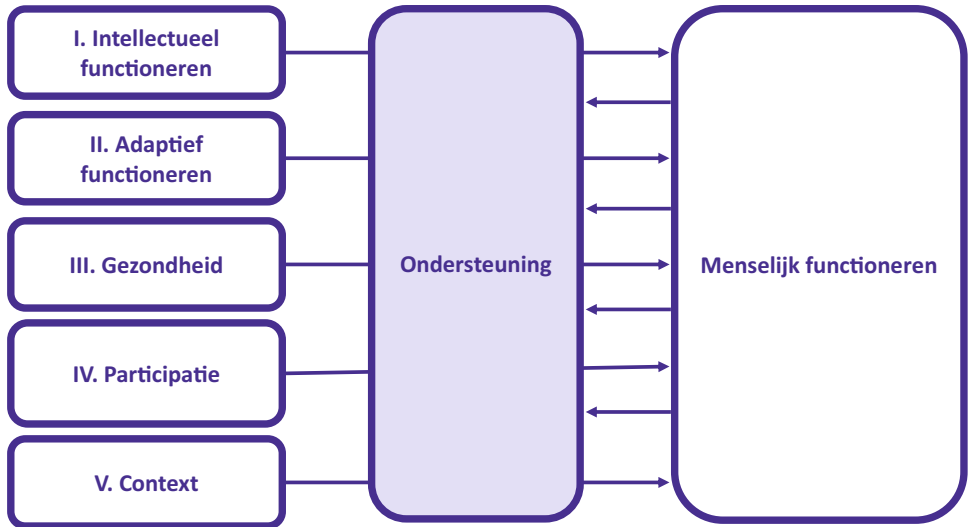
In het AAIDD-handboek worden twee benaderingen van het concept VB gecombineerd. De eerste betreft de definitie van VB, inclusief de criteria voor het diagnosticeren ervan. Eerder in dit hoofdstuk zijn deze definitie en criteria vergeleken met die van de DSM-5-TR en ICD-11. De tweede benadering betreft een multidimensionaal model van VB (figuur 2.2) dat de AAIDD heeft opgesteld om het menselijk functioneren integraal te beschrijven.

Het multidimensionale model laat zien hoe het menselijk functioneren kan worden begrepen vanuit vijf dimensies en de mate van ondersteuning die de persoon ontvangt. Hoe iemand functioneert, wordt niet alleen bepaald door zijn/haar beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren (dimensie I en II) en in de gezondheid (dimensie III), participatie in de maatschappij (dimensie IV) en context (dimensie V), maar ook door de ontvangen mate van ondersteuning (Schalock et al., 2021). Ondersteuning vormt een aparte, centrale component van het AAIDD-model en omvat hulpbronnen en strategieën die worden ingezet om de algemene ontwikkeling, gezondheid en het functioneren van een persoon te bevorderen.

Bij het screenen en diagnosticeren van VB dienen gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers rekening te houden met individuele kenmerken van de persoon en de heterogeniteit van de doelgroep op basis van mate van VB en/of voorliggende problematiek. Wat centraal staat, zijn niet de beperkingen, maar juist het functioneren en vermogen van de persoon in relatie met externe factoren, zoals de maatschappelijke context en culturele aspecten. VB is een samenspel van aanwezige competenties, omgevingseisen én ondersteuning. Als iemands individuele competenties tekortschieten ten aanzien van de (te hoge) omgevingseisen, kan het ondersteuningssysteem dit compenseren en zo het functioneren van de persoon positief beïnvloeden (Schalock et al., 2021). Een beperking wordt een handicap als gevolg van maatschappelijke, culturele en/of fysieke barrières.

Volgens het AAIDD-model worden problemen in het menselijk functioneren dus gezien als een dynamische disbalans tussen de vijf dimensies, waarbij de omgeving de persoon niet adequaat ondersteunt of behandelt, waardoor er onvoldoende compensatie plaatsvindt. Met een goede balans tussen de elementen van dit model, kunnen problemen in het functioneren worden voorkomen (Embregts et al., 2023). Alleen op basis van een veelzijdige beoordeling kunnen gedragskundigen een passend individueel ondersteuningsplan opstellen en de kwaliteit van leven van de persoon behouden of verbeteren.

Figuur 2.2. AAIDD-model



Het menselijk functioneren wordt bepaald door vijf dimensies en de mate van ondersteuning die de persoon ontvangt. Figuur gebaseerd op Schalock et al. (2021).

In het AAIDD-model:

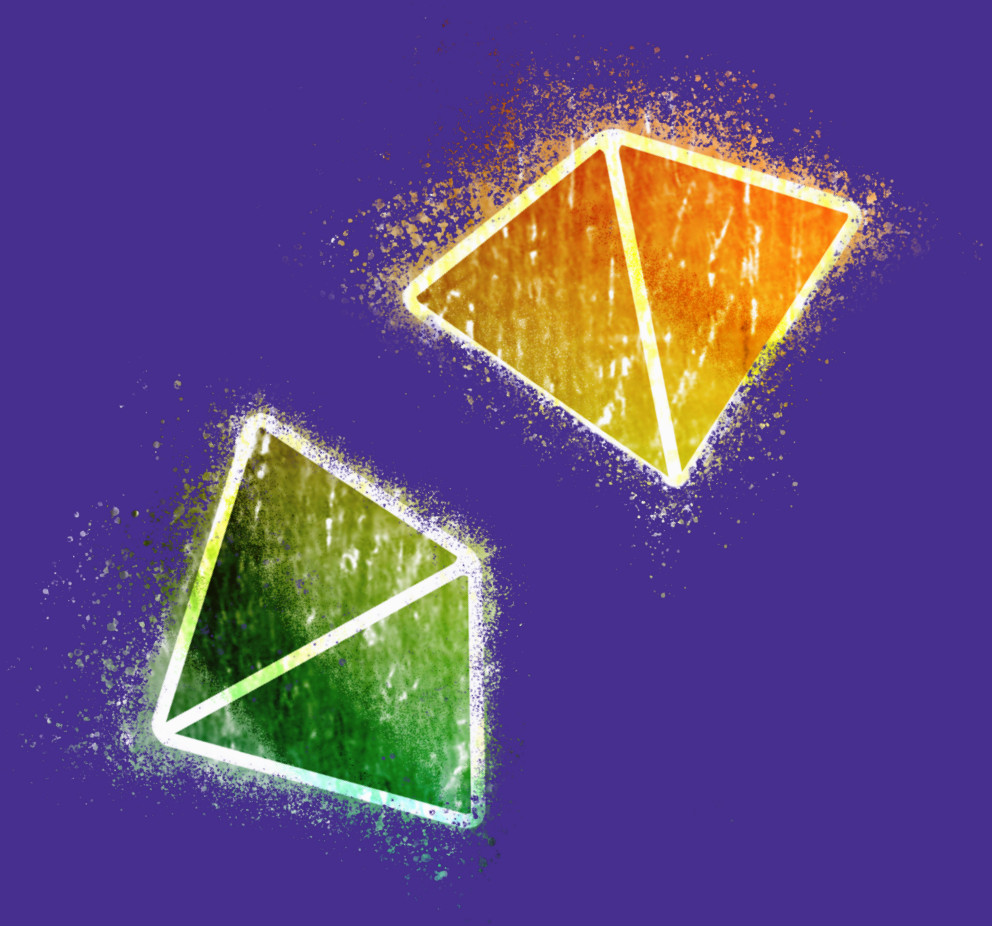
- Betreft de dimensie gezondheid het geestelijk, lichamelijk en sociaal welzijn. Het is belangrijk om lichamelijke (somatische) en psychische ziekten en aandoeningen mee te nemen in de beeldvorming omdat ze iemands functioneren kunnen belemmeren.
- Omvat de dimensie participatie alledaagse activiteiten in de samenleving: de mate van toegang tot openbare voorzieningen en deelname aan activiteiten, de interactie met vrienden, familie en burens en iemands rol thuis, op het werk, et cetera.
- Betreft de dimensie context het systeem waarin iemand zijn/haar dagelijks leven leidt, onder te verdelen in het microsysteem (directe omgeving, bijv. eigen familie, medebewoners), mesosysteem (bredere omgeving, bijv. wijk, school) en macrosysteem (brede context, bijv. samenleving, landelijke wetten en regels, cultuur). Deze omgevingsfactoren zijn bepalend voor wat de persoon doet en waar, wanneer en met wie dit plaatsvindt. Hierdoor kunnen ze effect hebben op iemands functioneren. Naast de (externe) omgevingsfactoren omvat de context ook (interne) persoonlijke factoren, zoals geslacht, leeftijd, leefstijl, opvoeding, onderwijsniveau, voorbije en huidige levensgebeurtenissen. Meerdere van deze kenmerken kunnen een rol spelen in functioneringsproblemen (Schalock et al., 2021).

Bronnen hoofdstuk 2

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR, 4^e druk tekstrevisie)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2022). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR, 5^e druk tekstrevisie)*. Boom uitgevers.
- Bakker, N. & De Beer, F. (2020). *1919: De IQ test en de selectie voor het Buitengewoon Onderwijs*. Beschikbaar: www.canonsociaalwerk.eu/nl_spo/details.php?cps=12&canon_id=676.
- Embregts, P., Didden, R., Moonen, X., Leusink, G. & Schuengel, C. (2023). Kenmerken en ondersteuningsbehoeften van mensen met een licht of ernstig verstandelijke beperking en ernstig probleemgedrag en psychische problematiek. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, 49(3), 82–393.
- Landelijk Kenniscentrum LVB. (z.d.). *Over een LVB*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.kenniscentrumlvb.nl/over-lvb.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, M., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K., Snell, M., Spreat, S., Tasse, M., Thompson, J., Verdugo-Alonso, M., Wehmeyer, M. & Yeager, M. (2010). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (11^e druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).
- Schalock, R. L., Luckasson, R. & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (12^e druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).
- Van der Putten, A., Vlaskamp, C., Luijckx, J. & Poppes, P. (2017). *Kinderen en volwassenen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen: tijd voor een nieuw perspectief*. Rijksuniversiteit Groningen.
- VZinfo. (z.d.). *Verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.vzinfo.nl/verstandelijke-beperking/leeftijd-en-geslacht.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (1993/2019). *Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen (ICD-10 NL)*. Beschikbaar: <https://class.whoic.nl>.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2019). *International statistical classification of diseases, eleventh revision (ICD-11)*. Beschikbaar: <https://icd.who.int/browse11>.
- Wieland, J., Aldenkamp, E. & Van den Brink, A. (2022). *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ* (2^e druk). Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

3.

Instrumenten voor intellectueel functioneren



Het eerste aspect in de definitie van VB betreft significante beperkingen in het intellectueel functioneren. Maar wat is intellectueel functioneren eigenlijk? En hoe stel je het vast?

De AAIDD stelt dat het intellectueel functioneren de intellectuele vaardigheden van een persoon omvat, zoals redeneren, plannen problemen oplossen, abstract denken, complexe ideeën begrijpen, schools leren en van ervaringen leren. Iemands intellectueel functioneren wordt beïnvloed door de andere dimensies van het menselijk functioneren (adaptief functioneren, gezondheid, participatie, context) en door de ondersteuning die de persoon ontvangt. Bij beperkingen in het intellectueel functioneren gaat het vaak om moeilijkheden in het denken en schools leren, redeneren, plannen en leren van ervaringen (Schalock et al., 2021).

Bij mensen met VB is er sprake van significante beperkingen in het intellectueel functioneren. Significants wil zeggen: twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde op een gestandaardiseerde IQ-test. Voor IQ, met een gemiddelde van 100, betekent dat ongeveer 70 of lager. IQ-testen zijn vragenlijsten die bij de cliënt worden afgenomen. Maar welke IQ-test zet je in? En met welk doel?

Allereerst kan onderscheid worden gemaakt tussen screening en diagnostiek. Met screening wordt een eerste snellere oriëntatie van (de mate van) VB bedoeld (Landelijk Kenniscentrum LVB, z.d.), terwijl diagnostiek een uitgebreider onderzoek is met een grotere mate van zekerheid (Douma et al., 2012). Paragraaf 3.1 geeft een overzicht van screeningsinstrumenten: welke zijn er (3.1.1), wat zijn hun eigenschappen (3.1.2) en welke is voor welke cliënt het meest passend (3.1.3)? Paragraaf 3.2 geeft eenzelfde overzicht voor diagnostische instrumenten.

Instrumenten	Subpara- graaf		Pagina
Screeningsinstrumenten	3.1.1	Inventarisatie	34
	3.1.2	Algemene en psychometrische eigenschappen	35
	3.1.3	Vergelijking	42
Diagnostische instrumenten	3.2.1	Inventarisatie	47
	3.2.2	Algemene en psychometrische eigenschappen	49
	3.2.3	Vergelijking	64

3.1. **Screeningsinstrumenten voor intellectueel functioneren**

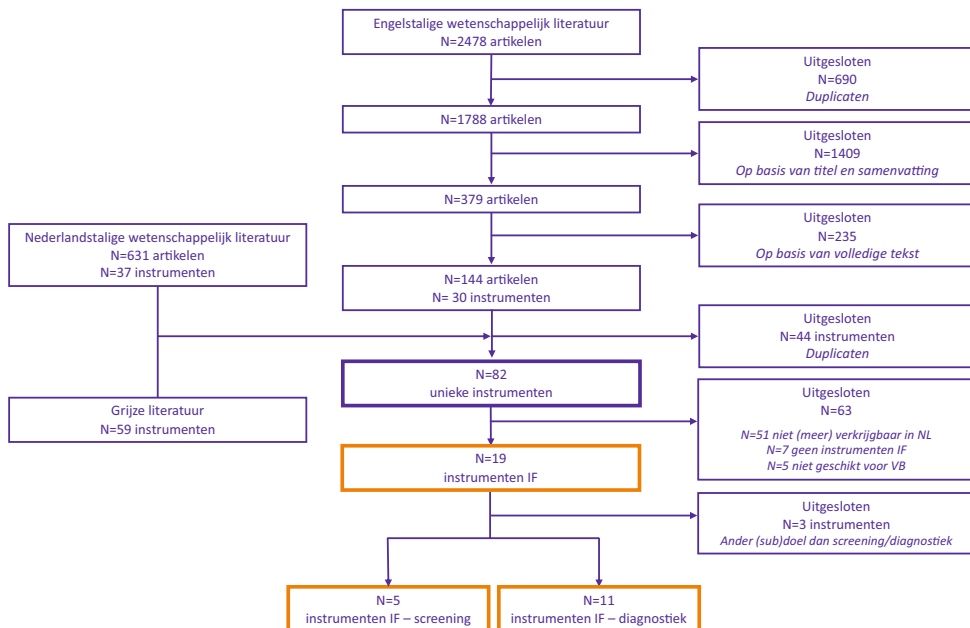
Deze paragraaf richt zich op de inventarisatie, eigenschappen en vergelijking van screeningsinstrumenten voor het intellectueel functioneren. Op basis van literatuuronderzoek in openbare bronnen is een inventarisatie gedaan van screeningsinstrumenten voor het intellectueel functioneren die worden gebruikt bij mensen met VB. Vervolgens is nagegaan of deze instrumenten momenteel beschikbaar zijn en of ze inderdaad geschikt zijn voor gebruik bij mensen met VB. Van de instrumenten die zowel beschikbaar als geschikt bleken, zijn algemene en psychometrische eigenschappen in kaart gebracht. Tot slot zijn deze screeningsinstrumenten opgenomen in een keuzewijzer waarmee gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers voor de cliënt het meest passende instrument kunnen kiezen.

3.1.1. Inventarisatie screeningsinstrumenten

Binnen het literatuuronderzoek naar instrumenten voor het intellectueel functioneren zijn uiteindelijk vijf screeningsinstrumenten geïdentificeerd (figuur 3.1):

- HASI (Hayes Ability Screening Index)
- IDS-2 (Intelligence and Development Scales-2)
- RAKIT-2 (Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentietest-2) (verkorte versie)
- Raven's 2 (Raven's 2 Progressieve matrijzen)
- SCIL (Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking)

Figuur 3.1. Stroomschema van het literatuuronderzoek naar instrumenten voor screening en diagnostiek van het intellectueel functioneren



Van 2478 hits in Engelstalige wetenschappelijke literatuur, 631 hits in Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur en 59 instrumenten in grijze literatuur bleven 5 screeningsinstrumenten over. Afkorting: IF, intellectueel functioneren; VB, verstandelijke beperkingen.

3.1.2. Algemene en psychometrische eigenschappen per screeningsinstrument

De screeningsinstrumenten die uit het literatuuronderzoek naar voren kwamen (subparagraaf 3.1.1), zijn nader bestudeerd aan de hand van de meest actuele versie van de handleiding. De algemene eigenschappen, zoals het doel en de afnamesetting, afnamevereisten en afnameduur, zijn weergegeven in tabel 3.1 (toegelicht in paragraaf 5.2). Vervolgens is de wetenschappelijke onderbouwing van de instrumenten bij de algemene populatie, mensen met VB en overige doelgroepen onderzocht om te bepalen of de instrumenten geschikt zijn voor gebruik bij mensen met VB. Hiervoor is een aantal essentiële psychometrische eigenschappen in kaart gebracht. Tabel 3.2 geeft per instrument het volgende weer:

- 1) de kenmerken van de algemene studiegroep waarin het instrument is onderzocht;
- 2) de kenmerken van de studiegroep met VB waarin het instrument is onderzocht;
- 3) de kenmerken van enkele overige doelgroepen waarin het instrument is onderzocht; en tot slot
- 4) welke uitkomstmaten worden gebruikt.

Tabel 3.1. Algemene eigenschappen van screeningsinstrumenten voor het intellectueel functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Doel en toepassing	Kalenderleeftijd doelgroep	Afnamesetting
HASI, 2000 (University of Sydney)	<u>Doel</u> : Screenen intellectueel vermogen <u>Toepassing</u> : <ul style="list-style-type: none"> • GGZ • forensische zorg • strafrechtstelsysteem 	>13 jr.	Individuele papieren afname
IDS-2 (IQ-screening), 2018 (Hogrefe)	<u>Doel</u> : Inschatten IQ	5;0-20;11 jr.	Individuele papieren of digitale afname (Hogrefe Teststelsysteem)
RAKIT-2 (verkorte versie), 2012 (Pearson)	<u>Doel</u> : Globale indruk IF	4-12;6 jr.	<ul style="list-style-type: none"> • Individuele afname • Automatisch scoreprogramma beschikbaar
Raven's 2 Progressieve matrijzen (diagnostische versie) ¹ , 2020 (Pearson)	<u>Doel</u> : Meten analytisch vermogen (belangrijk onderdeel algemene intelligentie) <u>Toepassing</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Schatting algemeen cognitief functioneren bij beperkte tijd • Onderzoeken grote groepen • Andere moedertaal of taalprobleem 	4;0-69;11 jr.	Individuele of groepsgewijze afname (non-verbaal) Drie versies: <ul style="list-style-type: none"> • Uitgebreide digitale versie (Q-global) • Korte digitale versie • Papieren versie
SCIL, 2015 (Hogrefe)	<u>Doel</u> : Vaststellen vermoeden LVB <u>Toepassing</u> : Inschatten door hulpverleners of sprake kan zijn van LVB	<ul style="list-style-type: none"> • 14-17 jr. (SCIL 14-17) • >18 jr. (SCIL 18+) 	Individuele papieren of digitale afname (Hogrefe Teststelsysteem)

Afkortingen: CHC-model, Cattell-Horn Carrollmodel; GGZ, geestelijke gezondheidszorg; IF, intellectueel functioneren; IQ, intelligentiequotient; jr., jaar; LVB, lichte verstandelijke beperkingen, max., maximaal; min., minuten; n.b., niet beschreven.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

¹ Hoewel in de naam 'diagnostische versie' is opgenomen, is de Raven's 2 Progressieve matrijzen niet geschikt voor diagnostische doeleinden.

Afnamevereisten	Afnameduur	Aantal subtests	Domeinen	Intelligentiemodel
<ul style="list-style-type: none"> • Minimale training vereist. • Niet-psychologen kunnen test afnemen. 	<10 min.	4 subtests	Aandacht, visueel-conceptueel, visuomotoriek en visueel-ruimtelijk	Geen
Aanbevolen dat testleider bekend is met test en minimaal 2 proefafnames heeft gedaan of training heeft gevolgd.	±10 min.	2 subtests	Cognitieve functie: intelligentie	CHC-model
<ul style="list-style-type: none"> • Testleider kent afnamerichtlijnen, theorie van psychodiagnostisch onderzoek en houdt zich aan aanwijzingen in handleiding. • Afname onder supervisie van en interpretatie resultaten door psycholoog of pedagoog met diagnostische aantekening 	±60-75 min. Afname kan verspreid over week.	6 subtests	Perceptuele redeneervaardigheden, verbale leervaardigheden, verbale vlotheid en ruimtelijke oriëntatie en tempo	CHC-model
<ul style="list-style-type: none"> • Minimale training vereist. • Niet-psychologen kunnen test afnemen. • Interpretatie resultaten door bevoegde personen (bv. begeleiders, paramedici en psychologen). 	Uitgebreide digitale versie: <ul style="list-style-type: none"> • 4;0-8;11 jr. max. 30 min. • 9;0-69;11 jr. max. 45 min. Korte digitale versie: <ul style="list-style-type: none"> • Alle leeftijden max. 20 min. Papieren versie: <ul style="list-style-type: none"> • 4;0-8;11 jr. max. 30 min. • 9;0-69;11 jr. max. 45 min. 	Test bestaat uit itemsets. Uitgebreide digitale versie: <ul style="list-style-type: none"> • 4;0-8;11 jr. 6 items • 9;0-69;11 jr. 48 items Korte digitale versie: <ul style="list-style-type: none"> • Alle leeftijden 24 items Papieren versie: <ul style="list-style-type: none"> • 4;0-8;11 jr. 60 items • 9;0-69;11 jr. 60 items 	N.b. in handleiding.	CHC-model
<ul style="list-style-type: none"> • Iedereen die afname- en scoringsinstructies volgt kan test afnemen. • Geen training vereist. 	10 min.	14 vragen en opdrachten	N.b. in handleiding.	Geen. Ontwikkeld op basis van hoe LVB kan worden herkend (scholing, sociale contacten, schoolse vaardigheden, taalbegrip en gedrag).

Tabel 3.2. Psychometrische eigenschappen van screeningsinstrumenten voor het intellectueel functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Algemene bevolking	VB
HASI, 2000 (University of Sydney)	AU: N=115 (l.o.)	AU: N=57 zwakbegaafdheid (l.o.) N=57 LVB (l.o.) N=8 MVB (l.o.)
IDS-2 (IQ-screening), 2018 (Hogrefe)	NL: Onderdeel van normeringssteekproef: N=1314 (4;5-21;10 jr.) ²	NL: Onderdeel van normeringssteekproef: N=2 LVB (4;5-21;10 jr.) Extra onderzoek in klinische populaties: N=50 IQ ≤80 (5-19 jr.)
RAKIT-2 (verkorte versie), 2012 (Pearson)	NL: N=813 (4;0-12;6 jr.) VL: N=416 (4;0-12;6 jr.)	NL: N=44 IQ 60-70 (6;0-12;6 jr.) N=39 IQ 50-60 (5;0-12;6 jr.) N=24 IQ <50 (5;0-12;6 jr.) VL: N=24 IQ 60-70 (5;0-12;6 jr.) N=27 IQ 50-60 (5;0-12;6 jr.) N=4 IQ <50 (6;0-7;0 jr. en 10;0-11;0 jr.)
Raven's 2 Progressieve matrijzen, diagnostische versie³, 2020 (Pearson)	Europa (ook NL en VL): N=1200 (4;0-69;11 jr.) ⁴	Europa: N=173 LVB/MVB (l.o.) NL/VL: N=31 LVB/MVB (l.o.)

Afkortingen: ADD, aandachtstekortstoornis; ADHD, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; ASS, autismespectrumstoornis; AU, Australië; IQ, intelligentiequotiënt; jr., jaar; l.o., leeftijd onbekend; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; MVB, matige verstandelijke beperkingen; n.b., niet beschreven; NL, Nederland; VL, Vlaanderen.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

² Van 98 kinderen is niet bekend of zij een onderliggende diagnose hebben.

³ Hoewel in de naam 'diagnostische versie' is opgenomen, is de Raven's 2 Progressieve matrijzen niet geschikt voor diagnostische doeleinden.

⁴ Waaronder: N=19 hoogbegaafdheid en N=18 laagbegaafdheid.

⁵ Vereenvoudigde versie van de geschaalde score.

Overige groepen	Uitkomstmaat
<p>AU: N=16 bovengemiddelde intelligentie (l.o.) N=73 benedengemiddelde intelligentie (l.o.)</p>	<p>HASI-score: HASI-score onder of boven afkapwaarde geeft respectievelijk wel of geen vermoeden van VB aan.</p>
<p>NL: Onderdeel van normeringssteekproef: N=49 ADHD (4;5-21;10 jr.) N=24 ADD (4;5-21;10 jr.) N=64 ASS (4;5-21;10 jr.) N=80 dyslexie (4;5-21;10 jr.) N=7 dyscalculie (4;5-21;10 jr.) N=42 taalontwikkelingsstoornis (4;5-21;10 jr.) N=51 combinatie van stoornissen (4;5-21;10 jr.) N=32 onderliggende diagnose onbekend</p> <p>Extra onderzoek in klinische populaties: N=38 hoogbegaafdheid (5;3-17;11 jr.) N=71 ADHD (6-20 jr.) N=72 ASS (6-20 jr.)</p>	<p>Ruwe scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • standaar score per subtest • IQ-screening: som van de standaar scores • percentielscore
<p>NL: N=30 uit cluster 2- en 4-onderwijs (taalontwikkelingsstoornis, doof- of slechthorendheid, gedrags- of psychische stoornissen) (6;0-12;6 jr.)</p>	<p>Ruwe scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • standaar score per subtest • totaal IQ-score: som van de standaar scores • percentielscore • beschrijvende classificatie
<p>Europa: N=174 hoogbegaafdheid (l.o.)</p> <p>NL/VL: N=26 hoogbegaafdheid (l.o.)</p>	<p>Ruwe scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • basis voor vaardigheidsscores • geschaalde scores • percentielscores • stanines⁵ • ontwikkelingsleeftijden • beschrijvende classificaties

Tabel 3.2 (vervolg). Psychometrische eigenschappen van screeningsinstrumenten voor het intellectueel functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Algemene bevolking	VB
SCIL, 2015 (Hogrefe)	SCIL (14-17): NL: N=92 (14-17 jr.) normale of hogere begaafdheid (IQ \geq 85) SCIL (18+): NL: N=196 (l.o.) normale of hogere begaafdheid (IQ \geq 85)	SCIL (14-17): NL: N=122 (14-17 jr.), waarvan N=72 zwakbegaafdheid N=50 LVB SCIL (18+): NL: N=122 (l.o.), waarvan N=96 zwakbegaafdheid N=26 LVB

Afkortingen: IQ, intelligentiequotiënt; jr., jaar; l.o., leeftijd onbekend; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; n.b., niet beschreven; NL, Nederland.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

Overige groepen

N.b. in handleiding.

Uitkomstmaat

SCIL-score: SCIL-score onder of boven afkapwaarde geeft respectievelijk wel of geen vermoeden van LVB aan.

3.1.3. **Vergelijking screeningsinstrumenten per doelgroep**

De keuzewijzers (figuren 3.2 t/m 3.4) geven per doelgroep op basis van de vermoede mate van VB (ontwikkelingsachterstand, LVB, MVB en EV(M)B/ZEVMB) een schematisch overzicht van screeningsinstrumenten per kalenderleeftijd. Dit kan gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers helpen bij het maken van de keuze voor het meest passende instrument voor het screenen van het intellectueel functioneren van de cliënt. Bij voorkeur is een screeningsinstrument onderzocht in dezelfde doelgroep als die van de cliënt bij wie het instrument wordt afgenomen, zodat de betrouwbaarheid en validiteit bekend zijn. De keuzewijzers zijn gebaseerd op de volgende criteria:

- 1) Het vermoeden van de gedragskundige of psychodiagnostisch medewerker ten aanzien van de mate van VB. Op basis hiervan zijn de keuzewijzers ingedeeld.
- 2) Kalenderleeftijd van de cliënt. Voor baby's of peuters zijn bijvoorbeeld andere instrumenten geschikt dan voor volwassenen.
- 3) Verbale/non-verbale afname. Zijn er contra-indicaties voor verbale afname? Bij iemand die slechthorend is of de Nederlandse taal niet spreekt, kan bijvoorbeeld beter een non-verbaal instrument worden afgenomen.
- 4) Wetenschappelijke onderbouwing. Het heeft de voorkeur dat instrumenten worden gebruikt die wetenschappelijk zijn onderbouwd in de doelgroep waartoe de cliënt behoort.
- 5) Afnameduur. Blijven na het hanteren van de bovenstaande criteria meerdere instrumenten over, dan kan de voorkeur worden gegeven aan het instrument met de kortste afnameduur.

In de keuzewijzers wordt per mate van VB weergegeven welke instrumenten bij welke kalenderleeftijden kunnen worden gebruikt en of deze instrumenten verbaal of non-verbaal worden afgenomen. De gekleurde blokjes geven aan of de mate van VB is gespecificeerd in het psychometrische onderzoek dat door de ontwikkelaars is uitgevoerd en of het instrument is ontwikkeld, onderzocht en gevalideerd voor de desbetreffende mate van VB en kalenderleeftijden. In de laatste kolom wordt de afnameduur weergegeven.

Bronnen screeningsinstrumenten voor intellectueel functioneren

HASI

Hayes, S. (2000). *Hayes Ability Screening Index (HASI). Manual*. University of Sydney.

IDS-2

Grob, A. & Hagmann-von Arx, P. (2018a). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Afnamehandleiding* (Nederlandstalige bewerking: S. Ruiter, L. Visser & M. Timmerman). Hogrefe Uitgevers.

Grob, A. & Hagmann-von Arx, P. (2018b). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Scoring en interpretatie* (Nederlandstalige bewerking: S. Ruiter, L. Visser & M. Timmerman). Hogrefe Uitgevers.

Grob, A. & Hagmann-von Arx, P. (2018c). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Verantwoording en psychometrie* (Nederlandstalige bewerking: S. Ruiter, L. Visser & M. Timmerman). Hogrefe Uitgevers.

Grob, A. & Hagmann-von Arx, P. (2020). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Scoring en interpretatie: aanvullingen* (Nederlandstalige bewerking: S. Ruiter, L. Visser & M. Timmerman). Hogrefe Uitgevers.

RAKIT-2

Resing, W. C. M., Bleichrodt, N., Drenth, P. J. D. & Zaal, J. N. (2017). *Afname- en scoringshandleiding RAKIT-2. Deel 1 Afname & scoring*. In *RAKIT-2 - Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test* (3^e druk). Uitgeverij Pearson Benelux.

Resing, W. C. M., Bleichrodt, N., Drenth, P. J. D. & Zaal, J. N. (2015). *Handleiding verantwoording RAKIT-2. Deel 2 Normen, betrouwbaarheid, validiteit en interpretatie*. In *RAKIT-2 - Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test* (2^e druk). Uitgeverij Pearson Benelux.

Raven's 2

Pearson. (2020). *Raven's 2 Progressieve matrixen diagnostische versie - Handleiding*. Uitgeverij Pearson Benelux.

SCIL

Kaal, H. L., Nijman, H. L. I. & Moonen, X. M. H. (2019). *SCIL - Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking. Voor volwassenen (SCIL 18+) & voor jongeren van veertien tot en met zeventien jaar (SCIL 14-17). Handleiding* (4^e druk). Hogrefe Uitgevers.

3.2. Diagnostische instrumenten voor intellectueel functioneren

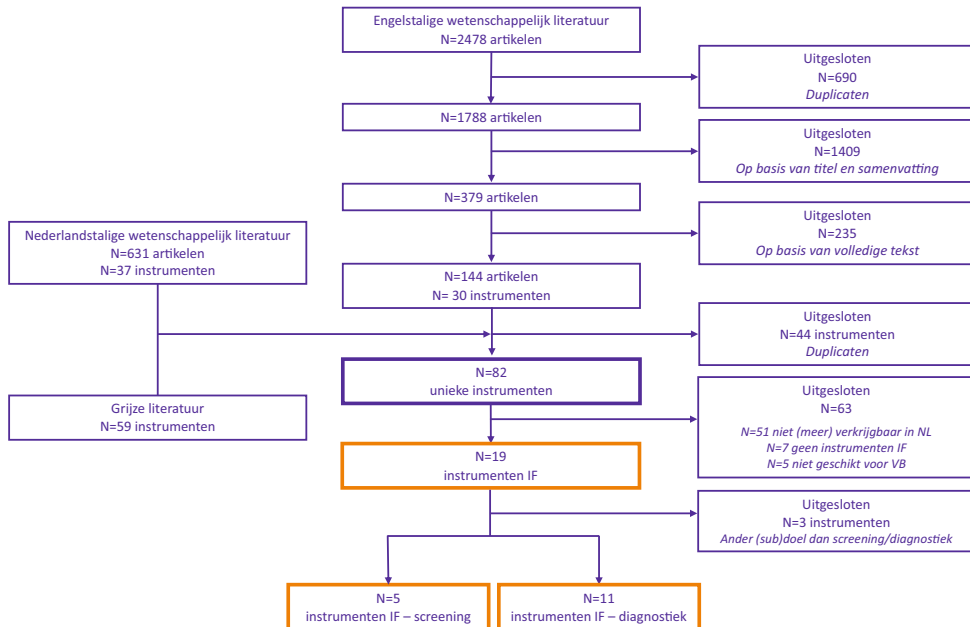
Deze paragraaf richt zich op de inventarisatie, eigenschappen en vergelijking van diagnostische instrumenten voor het intellectueel functioneren. Op basis van literatuuronderzoek in openbare bronnen is een inventarisatie gedaan van diagnostische instrumenten voor het intellectueel functioneren die worden gebruikt bij mensen met VB. Vervolgens is nagegaan of deze instrumenten momenteel beschikbaar zijn en of ze inderdaad geschikt zijn voor mensen met VB. Van de instrumenten die zowel beschikbaar als geschikt bleken, zijn algemene en psychometrische eigenschappen in kaart gebracht. Tot slot zijn deze diagnostische instrumenten opgenomen in keuzewijzers waarmee gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers voor de cliënt het meest passende instrument kunnen kiezen.

3.2.1. Inventarisatie diagnostische instrumenten

Binnen het literatuuronderzoek naar instrumenten voor het intellectueel functioneren zijn uiteindelijk elf diagnostische instrumenten geïdentificeerd (figuur 3.5):

- Bayley-III-NL
- Bayley-III-NL SNA (Bayley-III-NL Special Needs Addition)
- Griffiths III
- IDS-2 (Intelligence and Development Scales-2)
- RAKIT-2 (Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentietest-2)
- SON-R 2-8 (Snijders-Oomen Niet-verbale intelligentietest-Revised 2-8)
- SON-R 6-40 (Snijders-Oomen Niet-verbale intelligentietest-Revised 6-40)
- WAIS-IV-NL (Wechsler Adult Intelligence Scale-IV-NL)
- WISC-V-NL (Wechsler Intelligence Scale for Children-V-NL)
- WNV-NL (Wechsler Non Verbal-NL)
- WPPSI-IV-NL (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-IV-NL)

Figuur 3.5. Stroomschema van het literatuuronderzoek naar instrumenten voor screening en diagnostiek van het intellectueel functioneren



Van 2478 hits in Engelstalige wetenschappelijke literatuur, 631 hits in Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur en 59 instrumenten in grijze literatuur bleven 11 diagnostische instrumenten over. De 3 instrumenten die zijn uitgesloten omdat ze een ander (sub)doel dienen dan screening of diagnostiek van het intellectueel functioneren in het kader van VB, zijn weergegeven in Appendix 7.1.1. Afkortingen: IF, intellectueel functioneren; VB, verstandelijke beperkingen.

3.2.2. Algemene en psychometrische eigenschappen per diagnostisch instrument

De diagnostische instrumenten die uit het literatuuronderzoek naar voren kwamen (subparagraaf 3.2.1), zijn nader bestudeerd aan de hand van de meest actuele versie van de handleiding. De algemene eigenschappen, zoals het doel en de afnamesetting, afnamevereisten en afnameduur, zijn weergegeven in tabel 3.3 (toegelicht in paragraaf 5.2). Vervolgens is de wetenschappelijke onderbouwing van de instrumenten bij de algemene populatie, mensen met VB en overige doelgroepen onderzocht om te bepalen of de instrumenten geschikt zijn voor gebruik bij mensen met VB. Hiervoor is een aantal essentiële psychometrische eigenschappen in kaart gebracht. Tabel 3.4 geeft per instrument het volgende weer:

- 1) de kenmerken van de algemene studiegroep waarin het instrument is onderzocht;
- 2) de kenmerken van de studiegroep met VB waarin het instrument is onderzocht;
- 3) de kenmerken van enkele overige doelgroepen waarin het instrument is onderzocht; en tot slot
- 4) welke uitkomstmaten worden gebruikt.

Tabel 3.3. Algemene eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het intellectueel functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Doel en toepassing	Kalenderleeftijd doelgroep	Afnamesetting	Afnamevereisten
Bayley-III-NL, 2014 (Pearson)	<p><u>Doel:</u> Identificeren ontwikkelingsachterstand en verstrekken informatie voor interventieplanning</p> <p><u>Toepassing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documenteren effect genetische aandoening, ziekte en behandeling • Onderzoeken ontwikkelingsproblematiek en -verloop 	16 d. tot 42 mnd. en 15 d.	Individuele afname	Onbekend; n.b. in handleiding.
Bayley-III-NL SNA, 2014 (Pearson)⁶	<p><u>Doel:</u> Meten ontwikkelingsverloop jonge kinderen met communicatieve, fijnmotorische of visuele beperking</p>	6 mnd. tot 11 jr. met verwachte ontwikkelingsleeftijd <42 mnd.	Individuele afname	Onbekend; n.b. op website.
Griffiths III, 2016 (Hogrefe)	<p><u>Doel:</u> Beoordelen algemeen ontwikkelingsniveau</p> <p><u>Toepassing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticeren ontwikkelingsachterstand • Meten ontwikkeling over tijd • Meten effect interventies op ontwikkeling 	0-6 jr.	<p>Individuele afname in settingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klinisch • onderwijs • neuropsychologie • forensisch • onderzoek 	<p>Afname door bevoegde deskundige (bv. kinderarts, psycholoog, etc.)</p> <p>Trainingsvereisten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • e-learning • 3-daagse training (geaccrediteerd door ARICD)

Afkortingen: ARCID, Association for Research in Infant & Child Development; bv., bijvoorbeeld; d., dagen; incl., inclusief; jr., jaar; min., minuten; mnd., maanden; n.b., niet beschreven; NL, Nederlands.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

⁶ Vanwege de hoge kosten is de afname- en scoringshandleiding niet aangekocht voor dit onderzoek. De informatie is verkregen van de website van uitgever Pearson.

Afnameduur	Aantal subtests	Domeinen	Intelligentiemodel
Ruim 31 min. bij zuigelingen van 16 d. tot ruim 85 min. bij kinderen van 42 mnd. en 15 d.	5 subtests	5 ontwikkelingsdomeinen: <ul style="list-style-type: none"> • cognitie • taal • motoriek • sociaal-emotioneel • adaptief 	Verschillende theorieën en ontwikkelingsmodellen
<ul style="list-style-type: none"> • Afnameduur kan afwijken van die van Bayley-III-NL. • Geen tijdslijmieten 	5 subtests	5 ontwikkelingsdomeinen: <ul style="list-style-type: none"> • cognitie • taal • motoriek • sociaal-emotioneel • adaptief 	Verschillende theorieën en ontwikkelingsmodellen
±60 min.	5 subtests	Ontwikkelingsdomeinen: <ul style="list-style-type: none"> • fundamente van leren • taal en communicatie • oog-handcoördinatie • sociaal-emotioneel • grove motoriek 	'Avenues of learning' (NL: manieren van leren) volgens model Griffiths

Tabel 3.3 (vervolg). Algemene eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het intellectueel functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Doel en toepassing	Kalenderleeftijd doelgroep	Afnamesetting	Afnamevereisten
IDS-2, 2018 (Hogrefe)	<p><u>Doel:</u> Meten cognitieve en algemene ontwikkeling om afwijkingen vroegtijdig op te sporen.</p> <p>Test kan ook modulair worden gebruikt voor specifieke hulpvraag.</p> <p><u>Toepassing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bepalen begaafdheid • Bepalen schooltype • Bepalen intelligentie en ontwikkelingsniveau bij leerstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen • Basis voor plannen interventies 	5-20 jr.	Individuele papieren of digitale afname (Hogrefe Teststelsysteem)	Aanbevolen dat testleider bekend is met test en minimaal 2 proefafnames heeft gedaan of training heeft gevolgd.
RAKIT-2, 2012 (Pearson)	<p><u>Doel:</u> Diagnosticeren algemene intelligentie en verwerven informatie over cognitie</p> <p><u>Toepassing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Onderzoeken algehele cognitieve ontwikkeling en specifieke intelligentiefactoren bij leerlingen (speciaal) basisonderwijs • Herhaalde metingen 	4-12;6 jr. Specifiek geschikt voor leerlingen met LVB en MVB	Individuele afname	<ul style="list-style-type: none"> • Testleider kent afnamerichtlijnen en theorie psychodiagnostisch onderzoek en houdt zich aan aanwijzingen in handleiding. • Afname onder supervisie van en interpretatie door psycholoog of pedagoog.

Afkortingen: CHC-model, Cattell-Horn Carrollmodel; jr., jaar; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; MVB, matige verstandelijke beperkingen; min., minuten; u., uur.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

Afname duur	Aantal subtests	Domeinen	Intelligentiemodel
<p>Volledige afname 3-4 u. (afhankelijk van leeftijd).</p> <p>Verkorte afname intelligentie-deel ±45 min.</p> <p>Afname kan verspreid over week.</p>	<p>30 subtests</p> <p>Verkorte afname intelligentie-deel 7 subtests</p>	<p>Cognitieve functies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • intelligentie • executieve functies <p>Ontwikkelingsfuncties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychomotoriek • sociaal-emotionele competenties • schoolse vaardigheden • werkhouding 	CHC-model
<p>±2 tot 2,5 u. afhankelijk van leeftijd en ontwikkelingsniveau.</p> <p>Afname kan verspreid over week.</p>	12 subtests	<p>Perceptuele redeneervaardigheden, verbale leervaardigheden, verbale vlotheid en ruimtelijke oriëntatie en tempo</p>	CHC-model

Tabel 3.3 (vervolg). Algemene eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het intellectueel functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Doel en toepassing	Kalenderleeftijd doelgroep	Afnamesetting	Afnamevereisten
SON-R 2-8, 2017 (Hogrefe)	<u>Doel:</u> Meten algemene intelligentie (nadruk op vloeiende intelligentie)	2;0 tot 8;0 jr. Best bruikbaar 3;0 tot 7;0 jr. >7;0 jr. voor kinderen met cognitieve achterstand, anders SON-R 6-40	Individuele afname (non-verbaal)	Testleider: <ul style="list-style-type: none"> • Doet afname volgens instructies. • Heeft ervaring met instrument en doelgroep. Interpretatie en rapportage door bevoegde deskundige.
SON-R 6-40, 2011 (Hogrefe)	<u>Doel:</u> Meten algemene intelligentie (nadruk op vloeiende intelligentie)	6;0 tot 40;0 jr. Specifiek voor: <ul style="list-style-type: none"> • doofheid • communicatieve beperkingen • anderstalige opvoeding • zwakbegaafdheid of VB Specifiek voor kinderen: <ul style="list-style-type: none"> • moeilijk testbaar • ontwikkelingsachterstand Niet voor personen met visuele en/of ernstige motorische beperkingen	Individuele afname (non-verbaal)	Testleider: <ul style="list-style-type: none"> • Doet afname volgens instructies. • Heeft ervaring met instrument en doelgroep. Interpretatie en rapportage door bevoegde deskundige.
WAIS-IV-NL, 2012 (Pearson)	<u>Doel:</u> Meten algemene intelligentie	16;0-84;11 jr.	Individuele afname	Trainingsvereisten voor afname n.b. in handleiding.

Afkortingen: CHC-model, Cattell-Horn Carrollmodel; incl., inclusief; jr., jaar; min., minuten; n.b., niet beschreven; VB, verstandelijke beperkingen.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

Afnameduur	Aantal subtests	Domeinen	Intelligentiemodel
±50 min. (incl. korte pauzes)	6 subtests	Redeneren, perfoormaal en ruimtelijk inzicht	N.b. in handleiding.
<60 min. (incl. korte pauzes)	4 subtests	Redeneren, perfoormaal en ruimtelijk inzicht	N.b. in handleiding.
±67 min. (10 kernsubtests)	15 subtests <ul style="list-style-type: none"> • 10 kernsubtests indexscores • 5 aanvullende subtests 	Verbaal begrip, perceptueel redeneren, werkgeheugen en verwerkingssnelheid	Spearman's intelligentiemodel, CHC-model, Algemene factor van intelligentie

Tabel 3.3 (vervolg). Algemene eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het intellectueel functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Doel en toepassing	Kalenderleeftijd doelgroep	Afnamesetting	Afnamevereisten
WISC-V-NL, 2018 (Pearson)	<u>Doel</u> : Meten algemene intelligentie	6;0-16;11 jr.	Individuele papieren of digitale afname	Trainingsvereisten voor afname n.b. in handleiding.
WNV-NL, 2021 (Pearson)	<u>Doel</u> : Meten cognitieve capaciteiten	Versie 1: 4;0-7;11 jr. Versie 2: 8;0-21;11 jr.	Individuele papieren afname (non-verbaal)	Trainingsvereisten voor afname n.b. in handleiding.
WPPSI-IV-NL, 2020 (Pearson)	<u>Doel</u> : Beoordelen intelligentieniveau	Versie 1: 2;6-3;11 jr. Versie 2: 4;0-6;11 jr.	Individuele afname	<ul style="list-style-type: none"> • Testleider op de hoogte van relevante literatuur. • Training aanbevolen.

Afkortingen: CHC-model, Cattell-Horn Carrollmodel; IQ, intelligentiequotiënt; jr., jaar; min., minuten; n.b., niet beschreven.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

Afnameduur	Aantal subtests	Domeinen	Intelligentiemodel
Onbekend; n.b. in handleiding.	14 subtests <ul style="list-style-type: none"> • 5 subtests voor totaalscore (TIQ) • 5 subtests voor primair indexniveau • 5 aanvullende subtests 	Verbaal begrip, visueel-ruimtelijk, fluïde redeneren, werkgeheugen en verwerkingssnelheid	Spearman's intelligentiemodel, CHC-model, Algemene factor van intelligentie
Geheel: ±45 min. Verkort: ±20 min.	Versie 1: Geheel: 4 subtests Verkort: 2 subtests Versie 2: Geheel: 4 subtests Verkort: 2 subtests	Perceptueel redeneren, simultane informatieverwerking, verwerkingssnelheid, grafomotorische snelheid, werkgeheugen, perceptuele organisatie	Spearman's intelligentiemodel, CHC-model, Algemene factor van intelligentie
Versie 1: Geheel: ±50 min. Verkort: ±35 min. Versie 2: Geheel: ±70 min. Verkort: ±35 min.	Versie 1: 7 subtests Versie 2: 15 subtests Subtests voor totaal IQ en primaire indexen uit te breiden met aanvullende indexen	Verbaal begrip, visueel-ruimtelijk, werkgeheugen, algemene taal, non-verbaal, algemene vaardigheden, fluïde redeneren, verwerkingssnelheid en cognitieve competenties	Spearman's intelligentiemodel, CHC-model

Tabel 3.4. Psychometrische eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het intellectueel functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Algemene bevolking	VB
Bayley-III-NL, 2014 (Pearson)	NL: Schaal cognitie, taal en motoriek: N=1945 (16 d.-42 mnd. en 15 d.)	NL: Schaal cognitie, taal en motoriek: N=27 downsyndroom (gem. l. 35,6 mnd.) N=32 algehele ontwikkelingsachterstand (gem. l. 26,8 mnd.)
Bayley-III-NL SNA, 2014 (Pearson) ⁷	NL: Schaal cognitie, taal en motoriek: N=1945 (16 d.-42 mnd. en 15 d.)	NL: Schaal cognitie, taal en motoriek: N=27 downsyndroom (gem. l. 35,6 mnd.) N=32 algehele ontwikkelingsachterstand (gem. l. 26,8 mnd.)
Griffiths III, 2016 (Hogrefe) ⁸	VK: N=426 (0-6 jr.)	Geen mensen met VB onderzocht.
IDS-2, 2018 (Hogrefe)	NL: Onderdeel van normeringssteekproef: N=1314 (4;5-21;10 jr.) ⁹	NL: Onderdeel van normeringssteekproef: N=2 LVB (4;5-21;10 jr.) Extra onderzoek: N=50 IQ ≤80 (5-19 jr.)

Afkortingen: ADD, aandachtstekortstoornis; ADHD, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; ASS, autismespectrumstoornis; d., dagen; gem. l., gemiddelde leeftijd; IQ, intelligentiequotiënt; jr., jaar; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; m.b.t., met betrekking tot; mnd., maanden; n.b., niet beschreven; NL, Nederland; TOS, taalontwikkelingsstoornis; VB, verstandelijke beperkingen; VK, Verenigd Koninkrijk. Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

⁷ De meetpretentie is gelijk aan die van de Bayley-III-NL; daarom zijn de normscores van de Bayley-III-NL dezelfde.

⁸ De test is niet specifiek voor Nederland aangepast en betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek voor de algemene populatie, mensen met VB en overige doelgroepen in Nederland/Vlaanderen ontbreekt.

⁹ Van 98 kinderen is niet bekend of zij een onderliggende diagnose hebben.

Overige groepen	Uitkomstmaat
NL: Schaal cognitie, taal en motoriek: N=128 te vroeg geboren kinderen (gem. l. 21,3 mnd.)	Ruwe scores: <ul style="list-style-type: none"> • geschaalde scores m.b.t. leeftijd (per subtest) • indexscores berekend van schaal cognitie, taal en motoriek afgeleid van som geschaalde subtestsscores • percentielscores • ontwikkelingsleeftijden • groeiscoringen • beschrijvende classificaties
NL: Schaal cognitie, taal en motoriek: N=128 te vroeg geboren kinderen (gem. l. 21,3 mnd.)	Ruwe scores: <ul style="list-style-type: none"> • geschaalde scores m.b.t. leeftijd (per subtest) • indexscores berekend van schaal cognitie, taal en motoriek afgeleid van som geschaalde subtestsscores • percentielscores • ontwikkelingsleeftijden • groeiscoringen • beschrijvende classificaties
N.b. in handleiding.	Ruwe scores: <ul style="list-style-type: none"> • geschaalde scores • percentielscores • statines • ontwikkelingsleeftijden • algemene ontwikkelingscoëfficiënt
NL: Onderdeel van normeringssteekproef: N=49 ADHD (4;5-21;10 jr.) N=24 ADD (4;5-21;10 jr.) N=64 ASS (4;5-21;10 jr.) N=80 dyslexie (4;5-21;10 jr.) N=7 dyscalculie (4;5-21;10 jr.) N=42 TOS (4;5-21;10 jr.) N=51 combinatie van stoornissen (4;5-21;10 jr.) N=32 onderliggende diagnose onbekend	Ruwe scores: <ul style="list-style-type: none"> • omgezet naar z-scores (o.b.v. leeftijd) • standaardscores Voor onderdeel intelligentie: <ul style="list-style-type: none"> • totaalscore: IQ-profiel en IQ-verkort • IQ-scores per intelligentiefactor • percentielscores • genormaliseerde t-scores • verbale interpretatie van standaardscores
Extra onderzoek in klinische populaties: N=38 hoogbegaafdheid (5;3-17;11 jr.) N=71 ADHD (6-20 jr.) N=72 ASS (6-20 jr.)	Daarnaast: <ul style="list-style-type: none"> • verschillende samengestelde scores op subtestniveau • intra- en interindividuele analyse (weergegeven in grafiek) • testleider kan prestatie-motivatie van deelnemer beoordelen

Tabel 3.4 (vervolg). Psychometrische eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het intellectueel functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Algemene bevolking	VB
RAKIT-2, 2012 (Pearson)	NL: N=813 (4;0-12;6 jr.) VL: N=416 (4;0-12;6 jr.)	NL: N=44 IQ 60-70 (6;0-12;6 jr.) N=39 IQ 50-60 (5;0-12;6 jr.) N=24 IQ <50 (5;0-12;6 jr.) VL: N=24 IQ 60-70 (5;0-12;6 jr.) N=27 IQ 50-60 (5;0-12;6 jr.) N=4 IQ <50 (6;0-7;0 jr. en 10;0-11;0 jr.)
SON-R 2-8, 2017 (Hogrefe)	NL: N=1113 (2;3-8;0 jr.) Kinderen met zware LB of VB zijn buiten beschouwing gelaten.	NL: N=13 kinderen met VB (l.o.)
SON-R 6-40, 2011 (Hogrefe)	NL: N=1020 (6-20 jr., 22 jr., 27 jr., 32 jr. en 37 jr.), waarvan N=360 kinderen basisonderwijs N=300 kinderen voortgezet onderwijs N=360 volwassenen Personen met zware LB of VB zijn buiten beschouwing gelaten. NL/D: N=1933 (6 tot 40 jr.)	NL: N=60 leerlingen speciaal (basis)onderwijs en praktijkonderwijs en volwassenen met LVB (verdeling onbekend; l.o.)

Afkortingen: ADHD, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; D, Duitsland; IQ, intelligentiequotiënt; gem. l., gemiddelde leeftijd; jr., jaar; l.o., leeftijd onbekend; LB, lichamelijke beperking; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; NL, Nederland; o.b.v., op basis van; TOS, taalontwikkelingsstoornis; VB, verstandelijke beperkingen; VL, Vlaanderen.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

Overige groepen	Uitkomstmaat
<p>NL: N=30 uit cluster 2- en 4-onderwijs (TOS, doof- of slechthorendheid, gedrags- of psychische stoornissen) (6;0-12;6 jr.)</p>	<p>Ruwe scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • standaardscores per subtest • totaal IQ-score: som standaardscores • percentielscores • beschrijvende classificaties
<p>NL: Onderdeel normeringssteekproef: N=13 gediagnosticeerde beperking (soort beperking onbekend; 2;3-8;0 jr.) N=20 speciaal onderwijs (2;3-8;0 jr.)</p> <p>Extra onderzoek in klinische populaties: N=22 taalachterstand/TOS (l.o.) N=13 pervasieve ontwikkelingsstoornis (l.o.) N=7 ADHD (gem. l. 7,2 jr.) N=15 gehoorproblemen (gem. l. 5,2 jr.) N=7 dyslexie (gem. l. 7,3 jr.)</p>	<p>Ruwe scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • genormeerde scores (per subtest) • SON-IQ: totaal van genormeerde subtestscores • schaalscores performale test (SON-PS) • schaalscores rederneertests (SON-RS) • ontwikkelingsleeftijden <p>Daarnaast zijn er observatiemogelijkheden.</p>
<p>NL: N=57 zeer moeilijk lerend (cluster 3-onderwijs) (7-19 jr.) N=82 communicatieve beperkingen (6-17 jr.) N=34 Chinese migranten <6 jr. woonachtig in NL (18-37 jr.)</p>	<p>Ruwe scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • genormeerde scores (per subtest) • SON-IQ: totaal van genormeerde subtestscores • ontwikkelingsleeftijden <p>Daarnaast zijn er observatiemogelijkheden.</p>

Tabel 3.4 (vervolg). Psychometrische eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het intellectueel functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Algemene bevolking	VB
WAIS-IV-NL, 2012 (Pearson)	NL: N=1009 (16;0-84;11 jr.) VL: N=510 (16;0-84;11 jr.)	NL: N=42 zwakbegaafd/LVB/MVB (gem. l. 36,2 jr.)
WISC-V-NL, 2018 (Pearson)	NL: N=1038 (6;0-16;11 jr.) VL: N=395 (6;0-16;11 jr.)	NL: N=58 LVB (6-16 jr.) VL: N=29 LVB (6-16 jr.)
WNV-NL, 2021 (Pearson)	NL: N=1228 (4-21 jr.) VL: N=495 (4-21 jr.)	NL: N=13 LVB (<8 jr.) N=33 LVB (>8 jr., gem. l. 12,2 jr.) N=34 MVB (>8 jr., gem. l. 12,1 jr.)
WPPSI-IV-NL, 2020 (Pearson)	NL: N=997 kinderen, waarvan N=323 (2;6-3;11 jr.) voor versie 1 N=674 (4;0-6;11 jr.) voor versie 2 VL: N=572 kinderen, waarvan N=183 (2;6-3;11 jr.) voor versie 1 N=389 (4;0-6;11 jr.) voor versie 2	NL/VL: N=51 VB (3-6 jr.)

Afkortingen: ADHD, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; ASS, autismespectrumstoornis; gem. l., gemiddelde leeftijd; IQ, intelligentiequotiënt; jr., jaar; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; MVB, matige verstandelijke beperkingen; NL, Nederland; TOS, taalontwikkelingsstoornis; VB, verstandelijke beperkingen; VL, Vlaanderen.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

Overige groepen	Uitkomstmaat
<p>NL: N=52 dyslexie (16-67 jr.) N=50 hoogbegaafdheid (16-63 jr.)</p> <p>VL: N=23 Alzheimer (71-84 jr.)</p>	<p>Ruwe scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geschaalde score (per subtest) • IQ- en indexscores • percentielscores • beschrijvende classificaties <p>Daarnaast profielanalyse mogelijk voor meer zicht op sterktes en zwaktes.</p>
<p>NL/VL: N=67 ADHD (gem. l. 13,7 jr.) N=44 ASS (gem. l. 12,4 jr.)</p> <p>VL: N=27 hoogbegaafdheid (gem. l. 10,6 jr.)</p>	<p>Ruwe scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geschaalde score (per subtest) • IQ- en indexscores • percentielscores • beschrijvende classificaties • ontwikkelingsleeftijden <p>Daarnaast profielanalyse mogelijk voor meer zicht op sterktes en zwaktes.</p>
<p>NL: N=20 spraak- en taalmoeilijkheden (<8 jr., gem. l. 6,3 jr.) N=10 net woonachtig in NL (<8 jr., gem. l. 6,8 jr.) N=20 slechthorendheid (<8 jr., gem. l. 6,1 jr.) N=16 doofheid (<8 jr., gem. l. 6,1 jr.) N=29 spraak- en taalmoeilijkheden (>8 jr., gem. l. 10,1 jr.) N=51 net woonachtig in NL (>8jr., gem. l. 15,4 jr.) N=23 slechthorendheid (>8 jr., gem. l. 11,1 jr.) N=9 doofheid (>8 jr., gem. l. 10,0 jr.)</p>	<p>Ruwe scores (per subtests):</p> <ul style="list-style-type: none"> • schaalscores (t-score) • totaalscores • percentielscores • ontwikkelingsleeftijden • beschrijvende classificaties
<p>NL: N=29 TOS (3-6 jr.)</p> <p>NL/VL: N=37 hoogbegaafdheid (4-6;11 jr.) N=31 ASS (gem. l. 5,4 jr.)</p>	<p>Ruwe scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geschaalde subtestscores • totaal IQ- en indexscores • percentielscore • beschrijvende classificaties • ontwikkelingsleeftijden <p>Daarnaast profielanalyse mogelijk voor completer beeld cognitieve vaardigheden.</p>

3.2.3. **Vergelijking diagnostische instrumenten per doelgroep**

De keuzewijzers (figuren 3.6 t/m 3.9) geven per doelgroep op basis van de vermoede mate van VB (ontwikkelingsachterstand, LVB, MVB en EV(M)B/ZEVMB) een schematisch overzicht van screeningsinstrumenten per kalenderleeftijd. Dit kan gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers helpen bij het maken van de keuze voor het meest passende instrument voor het screenen van het intellectueel functioneren van de cliënt. Bij voorkeur is een screeningsinstrument onderzocht in dezelfde doelgroep als die van de cliënt bij wie het instrument wordt afgenomen, zodat de betrouwbaarheid en validiteit bekend zijn. De keuzewijzers zijn gebaseerd op de volgende criteria:

- 1) Het vermoeden van de gedragskundige of psychodiagnostisch medewerker t.a.v. de mate van VB. Op basis hiervan zijn de keuzewijzers ingedeeld.
- 2) Kalenderleeftijd van de cliënt. Voor baby's of peuters zijn bijvoorbeeld andere instrumenten geschikt dan voor volwassenen.
- 3) Verbale/non-verbale afname. Zijn er contra-indicaties voor verbale afname? Bij iemand die slechthorend is of de Nederlandse taal niet spreekt, kan bijvoorbeeld beter een non-verbaal instrument worden afgenomen.
- 4) Wetenschappelijke onderbouwing. Het heeft de voorkeur dat instrumenten worden gebruikt die wetenschappelijk zijn onderbouwd in de doelgroep waartoe de cliënt behoort.
- 5) Afnameduur. Blijven na het hanteren van de bovenstaande criteria meerdere instrumenten over, dan kan de voorkeur worden gegeven aan het instrument met de kortste afnameduur.

In de keuzewijzers wordt per mate van VB weergegeven welke instrumenten bij welke kalenderleeftijden kunnen worden gebruikt en of deze instrumenten verbaal of non-verbaal worden afgenomen. De gekleurde blokjes geven aan of de mate van VB is gespecificeerd in het psychometrische onderzoek dat door de ontwikkelaars is uitgevoerd en of het instrument is ontwikkeld, onderzocht en gevalideerd voor de desbetreffende mate van VB en kalenderleeftijden. In de laatste kolom wordt de afnameduur weergegeven.

Figuur 3.6. Keuzewijzer diagnostische instrumenten voor het intellectueel functioneren bij vermoeden van ontwikkelingsachterstand

Instrument	Versie	Wijze van afname	Kalenderleeftijd (jr.)							Afnameduur (min.)
			0	1	2	3	4	5	6	
Bayley-III-NL*		Non-verbaal	■	■	■	■				31-85
Bayley-III-NL SNA** ¹		Non-verbaal	■	■	■	■				31-85
Griffiths III ²		Non-verbaal	■	■	■	■	■	■	■	60

■	Instrument is onderzocht/gevalideerd in dezelfde doelgroep/leeftijdsgroep als waarvoor het is ontwikkeld.
■	Instrument is onderzocht/gevalideerd bij mensen met VB, maar hun mate van VB is niet gespecificeerd.
■	Instrument is niet onderzocht/gevalideerd in de doelgroep/leeftijdsgroep, maar ontwikkelaars beschrijven in handleiding wel dat instrument geschikt is voor deze doelgroep/leeftijdsgroep.
□	Instrument is in de doelgroep/leeftijdsgroep onderzocht/gevalideerd, maar ontwikkelaars beschrijven in handleiding niet expliciet dat instrument geschikt is voor deze doelgroep/leeftijdsgroep.

*Leeftijdsgroep onderzoeksgroep onbekend. ¹Gevalideerd voor communicatieve, motorische of visuele beperking. ²Niet gevalideerd in Nederland/Vlaanderen.

Bronnen diagnostische instrumenten voor intellectueel functioneren

Bayley-III-NL

Bayley, N. (2014). *Bayley-III-NL. Technische handleiding* (Nederlandstalige bewerking: A. L. van Baar, L. J. P. Steenis, M. Verhoeven, D. J. Hessen). Uitgeverij Pearson Benelux.

Bayley-III-NL SNA

Bayley, N. (2014). *Bayley-III-NL. Technische handleiding* (Nederlandstalige bewerking: A. L. van Baar, L. J. P. Steenis, M. Verhoeven, D. J. Hessen). Uitgeverij Pearson Benelux.

Pearson (z.d.). *Bayley-III-NL Special Needs Addition (SNA)*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.pearsonclinical.nl/bayley-iii-nl-special-needs-addition-sna.

Griffiths III

Stroud, L., Foxcroft, C., Green, E., Bloomfield, S., Cronje, J., Hurter, K., Lane, H., Marais, R., Marx, C., McAlinden, P., O'Connell, R., Paradise, R. & Venter, D. (2017). *Griffiths III. Griffiths Scales of Child Development*. Hogrefe Uitgevers.

IDS-2

Grob, A. & Hagmann-von Arx, P. (2018a). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Afnamehandleiding* (Nederlandstalige bewerking: S. Ruiter, L. Visser & M. Timmerman). Hogrefe Uitgevers.

Grob, A. & Hagmann-von Arx, P. (2018b). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Scoring en interpretatie* (Nederlandstalige bewerking: S. Ruiter, L. Visser & M. Timmerman). Hogrefe Uitgevers.

Grob, A. & Hagmann-von Arx, P. (2018c). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Verantwoording en psychometrie* (Nederlandstalige bewerking: S. Ruiter, L. Visser & M. Timmerman). Hogrefe Uitgevers.

Grob, A. & Hagmann-von Arx, P. (2020). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Scoring en interpretatie: aanvullingen* (Nederlandstalige bewerking: S. Ruiter, L. Visser & M. Timmerman). Hogrefe Uitgevers.

RAKIT-2

Resing, W. C. M., Bleichrodt, N., Drenth, P. J. D. & Zaal, J. N. (2017). Afname- en scoringshandleiding RAKIT-2. Deel 1 Afname & scoring. In *RAKIT-2 - Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test* (3^e druk). Uitgeverij Pearson Benelux.

Resing, W. C. M., Bleichrodt, N., Drenth, P. J. D. & Zaal, J. N. (2015). Handleiding verantwoording RAKIT-2. Deel 2 Normen, betrouwbaarheid, validiteit en interpretatie. In *RAKIT-2 - Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test* (2^e druk). Uitgeverij Pearson Benelux.

SON-R 2-8

Tellegen, P. & Laros, J. A. (2017a). *SON-R 2-8 Snijders-Oomen. Niet-verbale intelligentietest. I. Verantwoording* (2^e druk). Hogrefe Uitgevers.

Tellegen, P. & Laros, J. A. (2017b). *SON-R 2-8 Snijders-Oomen. Niet-verbale intelligentietest. II. Instructies*. Hogrefe Uitgevers.

Tellegen, P. & Laros, J. A. (2017c). *SON-R 2-8 Snijders-Oomen. Niet-verbale intelligentietest. III. Nederlandse normen 2017*. Hogrefe Uitgevers.

SON-R 6-40

Tellegen, P. J. & Laros, J. A. (2011). *SON-R 6-40 Snijders Oomen. Niet-verbale intelligentietest*. Hogrefe Uitgevers.

WAIS-IV-NL

Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV-NL Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth edition - Nederlandstalige bewerking. Technische handleiding*. Uitgeverij Pearson Benelux.

WISC-V-NL

Wechsler, D. (2018). *WISC-V-NL Wechsler Intelligence Scale for Children - Fifth edition - Nederlandstalige bewerking. Technische handleiding. Theoretische achtergrond, uitgevoerde onderzoeken, interpretatie en casussen* (Nederlandstalige bewerking: M.P.H. Hendriks, S. Ruiters, M. Schittekatte & A. Bos. Uitgeverij Pearson Benelux.

WNV-NL

Wechsler, D. & Naglieri, J. A. (2021). *WNV - Wechsler Nonverbal Scale of Ability - Nederlandstalige bewerking. Technische handleiding* (2^e druk). Uitgeverij Pearson Benelux.

WPPSI-IV-NL

Wechsler, D. (2020). *WPPSI-IV-NL Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Fourth edition - Nederlandstalige bewerking. Technische handleiding* (Nederlandse bewerking: P. Hurks & J. Hendriksen. Uitgeverij Pearson Benelux.

Overige bronnen hoofdstuk 3

Douma, J., Moonen, X. & Noordhof, L. (2012). Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Landelijk Kenniscentrum LVB.

Beschikbaar: www.kenniscentrumlvb.nl/product/richtlijn-diagnostisch-onderzoek-lvb.

Landelijk Kenniscentrum LVB. (z.d.). *Dossier signalering, screening en diagnostiek*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.kenniscentrumlvb.nl/signaleren-screenen-en-diagnostiek.

Schalock, R. L., Luckasson, R. & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (12^e druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

4.

Instrumenten voor adaptief functioneren



Naast significante beperkingen in het intellectueel functioneren betreft het tweede aspect in de definitie van VB significante beperkingen in het adaptief functioneren. Maar wat is adaptief functioneren eigenlijk? En hoe stel je het vast?

De AAIDD beschouwt het adaptief functioneren als een verzamelbegrip voor de conceptuele, sociale en praktische vaardigheden die mensen in hun dagelijks leven aanleren en gebruiken. Het is een dynamisch geheel dat gedurende de levensloop verandert en mede wordt bepaald door de verwachtingen en normen die gelden in de omgeving waarin iemand opgroeit (Schalock et al., 2021). Hieronder worden de adaptieve vaardigheden toegelicht (Wieland et al., 2022):

- Conceptuele vaardigheden omvatten het functioneel gebruik van schoolse vaardigheden en betreffen onder andere competenties op het gebied van geheugen, taal, lezen, schrijven, rekenkundig redeneren, praktische kennis verwerven, problemen oplossen en nieuwe situaties beoordelen.
- Sociale vaardigheden betreffen onder meer het herkennen van en omgaan met eigen emoties (emotieregulatie), het besef van gedachten, gevoelens en ervaringen van anderen (empathie), interpersoonlijke communicatieve vaardigheden, het vermogen om vriendschap te sluiten en het sociale beoordelingsvermogen.
- Praktische vaardigheden omvatten het leervermogen en de zelfredzaamheid in verschillende levenssituaties, waaronder persoonlijke verzorging, huishouden, geldbeheer, complexe beslissingen overzien, de verantwoordelijkheden van een baan, het plannen van taken op school en op het werk, vrijetijdsbesteding.

Bij mensen met VB is er sprake van significante beperkingen in het adaptief functioneren. Significants wil zeggen: twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde op een gestandaardiseerd instrument. Deze beperkingen treden op in een of meerdere van de drie domeinen van het adaptief functioneren: in de conceptuele, sociale en/of praktische vaardigheden. Ook kan het twee standaardafwijkingen betreffen van de totaalscore op een gestandaardiseerd instrument waarin alle drie domeinen worden meegenomen (Schalock et al., 2021). Maar welk instrument zet je in om adaptief functioneren vast te stellen? En met welk doel?

Allereerst kan onderscheid worden gemaakt tussen screening en diagnostiek. Met screening wordt een eerste snellere oriëntatie van (de mate van) VB bedoeld (Landelijk Kenniscentrum LVB, z.d.), terwijl diagnostiek een uitgebreider onderzoek is met een grotere mate van zekerheid (Douma et al., 2012). Paragraaf 4.1 geeft een overzicht van

screeningsinstrumenten: welke zijn er? (4.1.1), wat zijn hun eigenschappen? (4.1.2) en welke is voor welke cliënt het meest passend (4.1.3)? Paragraaf 4.2 geeft eenzelfde overzicht voor diagnostische instrumenten.

Instrumenten	Subpara- graaf		Pagina
Screeningsinstrumenten	4.1.1	Inventarisatie	76
	4.1.2	Algemene en psychometrische eigenschappen	78
	4.1.3	Vergelijking	84
Diagnostische instrumenten	4.2.1	Inventarisatie	87
	4.2.2	Algemene en psychometrische eigenschappen	89
	4.2.3	Vergelijking	110

4.1. **Screeningsinstrumenten voor adaptief functioneren**

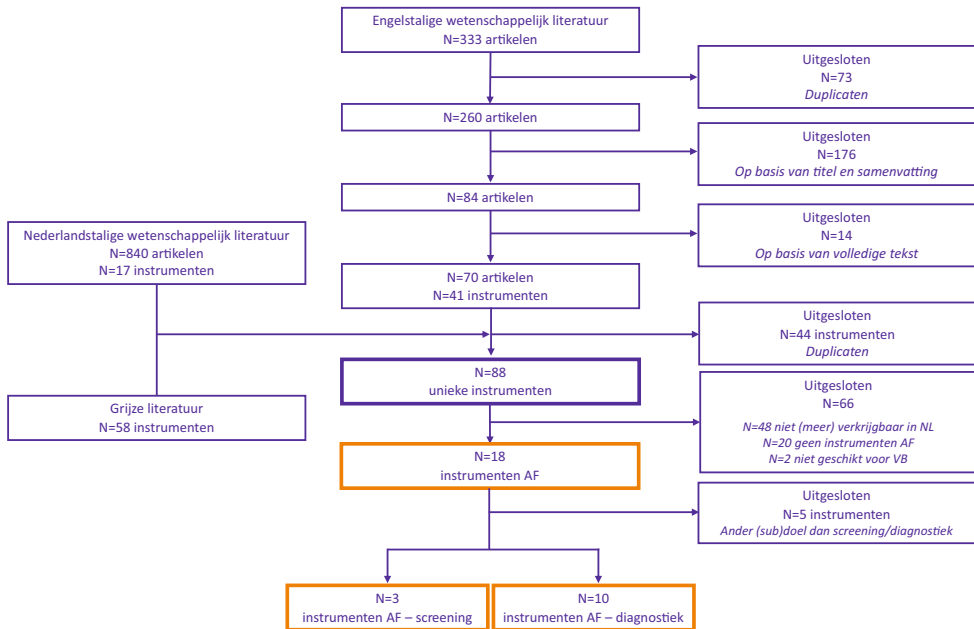
Deze paragraaf richt zich op de inventarisatie, eigenschappen en vergelijking van screeningsinstrumenten voor het adaptief functioneren. Op basis van literatuuronderzoek in openbare bronnen is een inventarisatie gedaan van screeningsinstrumenten voor het adaptief functioneren die worden gebruikt bij mensen met VB. Vervolgens is nagegaan of deze instrumenten momenteel beschikbaar zijn en of ze inderdaad geschikt zijn voor gebruik bij mensen met VB. Van de instrumenten die zowel beschikbaar als geschikt bleken, zijn algemene en psychometrische eigenschappen in kaart gebracht. Tot slot zijn deze screeningsinstrumenten opgenomen in keuzewijzers waarmee gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers voor de cliënt het meest passende instrument kunnen kiezen.

4.1.1. Inventarisatie screeningsinstrumenten

Binnen het literatuuronderzoek naar instrumenten voor het adaptief functioneren zijn uiteindelijk drie screeningsinstrumenten geïdentificeerd (figuur 4.1):

- BSA (Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen)
- SAF (Schaal Adaptief Functioneren)
- SCAF (Screener voor adaptief functioneren en licht verstandelijke beperking)

Figuur 4.1. Stroomschema van het literatuuronderzoek naar instrumenten voor het adaptief functioneren



Van 333 hits in Engelstalige literatuur, 840 hits in Nederlandstalige literatuur en 58 instrumenten in grijze literatuur bleven 3 screeningsinstrumenten over.

Afkortingen: AF, adaptief functioneren; VB, verstandelijke beperkingen.

4.1.2. Algemene en psychometrische eigenschappen per screeningsinstrument

De screeningsinstrumenten die uit het literatuuronderzoek naar voren kwamen (subparagraaf 4.1.1), zijn nader bestudeerd aan de hand van de meest actuele versie van de handleiding. De algemene eigenschappen, zoals het doel en de afnamesetting, afnamevereisten en afnameduur, zijn weergegeven in tabel 4.1 (toegelicht in paragraaf 5.2). Vervolgens is de wetenschappelijke onderbouwing van de instrumenten bij de algemene populatie, mensen met VB en overige doelgroepen onderzocht om te bepalen of de instrumenten geschikt zijn voor gebruik bij mensen met VB. Hiervoor is een aantal essentiële psychometrische eigenschappen in kaart gebracht. Tabel 4.2 geeft per instrument het volgende weer:

- 1) het scoringssysteem dat wordt gehanteerd;
- 2) de kenmerken van de algemene studiegroep waarin het instrument is onderzocht;
- 3) de kenmerken van de studiegroep met VB waarin het instrument is onderzocht;
- 4) de kenmerken van enkele overige doelgroepen waarin het instrument is onderzocht; en tot slot
- 5) welke uitkomstmaten worden gebruikt.

Tabel 4.1. Algemene eigenschappen van screeningsinstrumenten voor het adaptief functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Type, doel en toepassing	Kalenderleeftijd doelgroep	Afnamesetting
BSA, 2009 (Nederlands Jeugdinstituut)	<p><u>Type:</u> Vragenlijst</p> <p><u>Doel:</u> Globaal beoordelen sociaal aanpassingsvermogen</p> <p><u>Toepassing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicatie AF bij vermoeden LVB • Indicatiestelling: indien IQ, opvoedsituatie, zorgbehoefte en omgeving (o.a. school) goed in kaart worden gebracht en in overweging worden genomen, volstaat globale beoordeling m.b.v. BSA. 	<p>4-23 jr.</p> <p>1) BSA-k: kinderen in (speciaal) basisonderwijs</p> <p>2) BSA-j: jongeren die (speciaal) basisonderwijs hebben afgesloten</p> <p>Een of meer van deze criteria zijn van toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouder van kind/jongere heeft LVB. • Kind/jongere volgt geen of speciaal onderwijs. • Kind/jongere heeft (vermoedelijk) ontwikkelingsstoornis (ADHD, ASS/PDD-NOS, hechtingsstoornis). • Kind/jongere vertoont verlate ontwikkeling (t.a.v. taal en spraak). • Vermoede beperking in sociaal aanpassingsvermogen. 	<p>Hulpverlener vult vragenlijst in na eerste of tweede screeningsgesprek met cliënt (niet samen met of in bijzijn van cliënt).</p>
SAF, 2015 (Landelijk Kenniscentrum LVB)	<p><u>Type:</u> Proxy-vragenlijst</p> <p><u>Doel:</u> Beoordelen AF</p> <p><u>Toepassing:</u> Bepalen wel of geen hoger risico op functioneren op LVB-niveau</p>	<p>Basisschoolleerlingen groep 5-8</p>	<p>Leerkracht vult vragenlijst in voor alle leerlingen in klas of alleen voor leerling met vermoede LVB.</p>
SCAF, 2022 (Hogrefe)	<p><u>Type:</u> Directe vragenlijst</p> <p><u>Doel:</u> Beoordelen AF</p> <p><u>Toepassing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicatie AF bij vermoeden LVB • Kan worden ingezet als uitgangspunt voor behandel- of zorgplan. 	<p>Jongeren en volwassenen (>16 jr.) met en zonder LVB</p>	<p>Interview met te onderzoeken cliënt</p>

Afkortingen: AAIDD (voorheen AAMR), American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; ADHD, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; AF, adaptief functioneren; ASS, autismespectrumstoornis; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; m.b.v., met betrekking van; min., minuten; n.b., niet beschreven; PDD-NOS, pervasieve ontwikkelingsstoornis, niet anderszins omschreven; t.a.v., ten aanzien van.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

Afnamevereisten	Afnameduur	Aantal items	Domeinen
Onbekend; n.b. in handleiding.	10 min.	18	Drie domeinen: <ul style="list-style-type: none"> • conceptueel • sociaal • praktisch Theoretische constructie BSA sluit aan bij definitie AAMR uit 2002.
In te vullen door leerkracht of andere persoon op school die leerling zeer goed kent en zicht heeft op zijn/haar functioneren.	5 min.	15	Drie domeinen: <ul style="list-style-type: none"> • conceptueel • sociaal • praktisch Theoretische constructie SAF sluit aan bij definitie DSM-5.
<ul style="list-style-type: none"> • Geen specifieke opleidingseisen voor afname. • Voor sterker onderscheid tussen wel of geen LVB kan SCAF in combinatie met SCIL worden afgenomen. 	10-15 min.	12	Drie domeinen: <ul style="list-style-type: none"> • conceptueel • sociaal • praktisch Theoretische constructie SCAF sluit aan bij definitie DSM-5.

Tabel 4.2. Psychometrische eigenschappen van screeningsinstrumenten voor het adaptief functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Scoringssysteem	Algemene bevolking	VB
BSA, 2009 (Nederlands Jeugdinstituut)	Driepuntsschaal	NL: BSA-k N=50 (3-14 jr.)	NL: N=20 cliënten LVB-instelling (3-14 jr.)
		NL: BSA-j N=53 (9-20 jr.)	NL: N=37 cliënten VG-instelling (9-20 jr.)
SAF, 2015 (Landelijk Kenniscentrum LVB)	Driepuntsschaal	NL: Ontwikkefase N=877 (gem. l. 8,87 jr.) Toepassingsfase N=272 (l.o.)	NL: Ontwikkefase N=170 LVB (gem. l. 8,87 jr.) Toepassingsfase N=45 LVB (l.o.)
SCAF, 2022 (Hogrefe)	Driepuntsschaal	NL: N=138 (gem. l. 34,5 jr.)	NL: N=177 LVB (gem. l. 23,9 jr.)

Afkortingen: gem. l., gemiddelde leeftijd; jr., jaar; l.o., leeftijd onbekend; LVB, lichte verstandelijke beperking; n.b., niet beschreven; NL, Nederland; VB, verstandelijke beperkingen; VG, verstandelijk gehandicapten.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

Overige groepen	Uitkomstmaat
<p>NL: N=30 (3-14 jr.) cliënten jeugdzorg</p> <p>NL: N=16 (9-20 jr.) cliënten jeugdzorg</p>	<p>BSA-totaalscore en afkappunten: BSA-score onder of boven afkapwaarden geeft respectievelijk waarschijnlijk goed, mogelijk beperkt of waarschijnlijk beperkt sociaal aanpassingsvermogen aan.</p>
<p>N.b. in de bronnen.</p>	<p>SAF-totaalscore en afkappunten: SAF-score onder of boven afkapwaarden geeft grensgebied, wel of geen indicatie van functioneren op LVB-niveau aan.</p>
<p>N.b. in de bronnen.</p>	<p>SCAF-totaalscore en afkappunt: SCAF-score onder of boven afkapwaarde geeft wel of geen vermoeden van functioneren op LVB-niveau aan. SCAF kan worden afgenomen in combinatie met SCIL.</p>

4.1.3. **Vergelijking screeningsinstrumenten per doelgroep**

De keuzewijzer (figuur 4.2) geeft voor de doelgroep (vermoeden van) LVB een schematisch overzicht van screeningsinstrumenten per kalenderleeftijd. Voor de overige doelgroepen zijn geen screeningsinstrumenten voor het adaptief functioneren gevonden. De keuzewijzer kan gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers helpen bij het maken van de keuze voor het meest passende instrument voor het screenen van het adaptief functioneren van de cliënt. Bij voorkeur is een screeningsinstrument onderzocht in dezelfde doelgroep als die van de cliënt bij wie het instrument wordt afgenomen, zodat de betrouwbaarheid en validiteit bekend zijn. De keuzewijzer is gebaseerd op onderstaande criteria:

- 1) Het vermoeden van de gedragskundige of psychodiagnostisch medewerker t.a.v. de mate van VB.
- 2) Kalenderleeftijd van de cliënt. Voor baby's of peuters zijn bijvoorbeeld andere instrumenten geschikt dan voor volwassenen.
- 3) Wetenschappelijke onderbouwing. Het heeft de voorkeur dat instrumenten worden gebruikt die wetenschappelijk zijn onderbouwd in de doelgroep waartoe de cliënt behoort.
- 4) Afnameduur. Blijven na het hanteren van de bovenstaande criteria meerdere instrumenten over, dan kan de voorkeur worden gegeven aan het instrument met de kortste afnameduur.

In de keuzewijzer voor (vermoeden van) LVB wordt weergegeven welke instrumenten bij welke kalenderleeftijden kunnen worden gebruikt. De gekleurde blokjes geven aan of de mate van VB is gespecificeerd in het psychometrische onderzoek dat door de ontwikkelaars is uitgevoerd en of het instrument is ontwikkeld, onderzocht en gevalideerd voor (vermoeden van) LVB en de desbetreffende kalenderleeftijden. In de laatste kolom wordt de afnameduur weergegeven.

Bronnen screeningsinstrumenten voor adaptief functioneren

BSA

Lekkerkerker, L. & Konijn, C. (2011a). Beoordeling sociaal aanpassingsvermogen bij jeugdigen. *Kind & Adolescent*, 32(3), 134-145. <https://www.doi.org/10.1007/s12453-011-0014-9>.

Lekkerkerker, L. & Konijn, C. (2011b). *BSA-j: versie voor jongeren die het (speciaal) basisonderwijs hebben afgesloten*. Nederlands Jeugdinstituut. Beschikbaar: www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/BSA_jongeren.pdf.

Lekkerkerker, L. & Konijn, C. (2011c). *BSA-k: versie voor kinderen op het (speciaal) basisonderwijs*. Nederlands Jeugdinstituut. Beschikbaar: www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/BSA_kinderen.pdf.

Lekkerkerker, L. & Schouten, R. (2009). *Handleiding: Instrument 'Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen' (BSA)*. Nederlands Jeugdinstituut. Beschikbaar: www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/BSA_Handleiding.pdf.

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen (BSA)*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.nji.nl/instrumenten/beoordeling-sociaal-aanpassingsvermogen-bsa.

SAF

Landelijk Kenniscentrum LVB. (2020). De Schaal Adaptief Functioneren (SAF): Een screeningsinstrument ontwikkeld voor het (regulier) basisonderwijs. Beschikbaar: www.kenniscentrumlvb.nl/product/schaal-adaptief-functioneren-saf.

Wissink, I. B., Moonen, X. M. H., Zand Scholten, A., Stams, G. J. J. M., Bindels, A., Lekkerkerker, L. & Van der Wal, M. (2015). *Rapport onderzoek: De ontwikkeling en validering van een LVB-screeningsinstrument voor toepassing in het basisonderwijs*. Beschikbaar: https://pure.uva.nl/ws/files/4500289/162347_439397.pdf.

SCAF

Moonen, X. M. H. (2022). *SCAF - Screener voor adaptief functioneren en licht verstandelijke beperking. Handleiding*. Hogrefe Uitgevers.

4.2. Diagnostische instrumenten voor adaptief functioneren

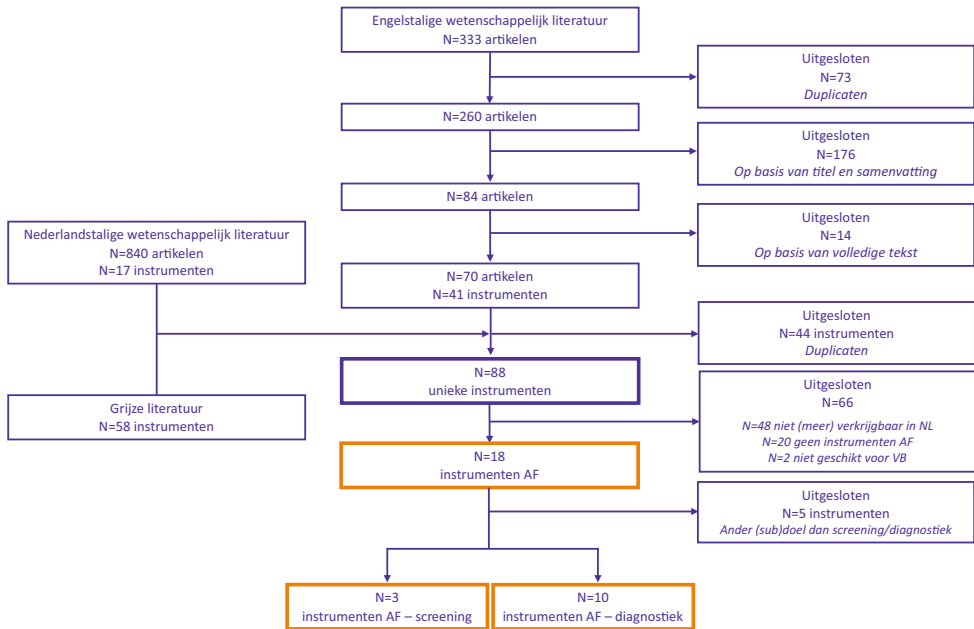
Deze paragraaf richt zich op de inventarisatie, eigenschappen en vergelijking van diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren. Op basis van literatuuronderzoek in openbare bronnen is een inventarisatie gedaan van diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren die worden gebruikt bij mensen met VB. Vervolgens is nagegaan of deze instrumenten momenteel beschikbaar zijn en of ze inderdaad geschikt zijn voor gebruik bij mensen met VB. Van de instrumenten die zowel beschikbaar als geschikt bleken, zijn algemene en psychometrische eigenschappen in kaart gebracht. Tot slot zijn deze diagnostische instrumenten opgenomen in keuzewijzers waarmee gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers voor de cliënt het meest passende instrument kunnen kiezen.

4.2.1. Inventarisatie diagnostische instrumenten

Binnen het literatuuronderzoek naar instrumenten voor het adaptief functioneren zijn uiteindelijk tien diagnostische instrumenten geïdentificeerd (figuur 4.2):

- ABAS-3 (Adaptive Behavior Assessment System-3)
- ADAPT (ADaptive Ability Performance Test)
- Bayley-AG (Bayley-Adaptief Gedragschaal)
- Griffiths III
- IDS-2 (Intelligence and Development Scales-2)
- PEDI-CAT (Pediatric Evaluation of Disability Inventory-Computer Adaptive Test)
- SRZ-P (Sociale redzaamheidsschaal voor verstandelijk gehandicapten van hoger niveau)
- SRZ/SRZ-I (Sociale redzaamheidsschalen voor verstandelijk gehandicapten)
- Vineland-3-NL
- Vineland-S (Vineland-Screener 0-6 jaar)

Figuur 4.3. Stroomschema van het literatuuronderzoek naar instrumenten voor het adaptief functioneren



Van 333 hits in Engelstalige wetenschappelijke literatuur, 17 instrumenten in Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur en 56 instrumenten in grijze literatuur bleven 10 diagnostische instrumenten over. De 5 instrumenten die zijn uitgesloten omdat ze een ander (sub)doel dienen dan screening of diagnostiek van het adaptief functioneren in het kader van VB, zijn weergegeven in Appendix 7.1.2. Afkortingen: AF, adaptief functioneren; VB, verstandelijke beperkingen.

4.2.2. Algemene en psychometrische eigenschappen per diagnostisch instrument

De diagnostische instrumenten die uit het literatuuronderzoek naar voren kwamen (subparagraaf 4.2.1), zijn nader bestudeerd aan de hand van de meest actuele versie van de handleiding. De algemene eigenschappen, zoals het doel en de afnamesetting, afnamevereisten en afnameduur, zijn weergegeven in tabel 4.3 (toegelicht in paragraaf 5.2). Vervolgens is de wetenschappelijke onderbouwing van de instrumenten bij de algemene populatie, mensen met VB en overige doelgroepen onderzocht om te bepalen of de instrumenten geschikt zijn voor gebruik bij mensen met VB. Hiervoor is een aantal essentiële psychometrische eigenschappen in kaart gebracht. Tabel 4.4 geeft per instrument het volgende weer:

- 1) het scoringssysteem dat wordt gehanteerd;
- 2) de kenmerken van de algemene studiebevolking waarin het instrument is onderzocht;
- 3) de kenmerken van de studiegroep met VB waarin het instrument is onderzocht;
- 4) de kenmerken van enkele overige doelgroepen waarin het instrument is onderzocht; en tot slot
- 5) welke uitkomstmaten worden gebruikt.

Tabel 4.3. Algemene eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Type, doel en toepassing	Kalenderleeftijd doelgroep	Afnamesetting
ABAS-3, 2020 (Hogrefe)	<p><u>Type:</u> (Proxy-)vragenlijst</p> <p><u>Doel:</u> Beschrijven mate van AF</p> <p><u>Toepassing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Onderkende classificerende diagnostiek Handelingsgerichte diagnostiek Kan worden ingezet bij scholen, ambulante voorzieningen, ziekenhuizen, woonvoorzieningen en gemeenschapsinstellingen¹ 	<p>6 vragenlijsten voor 3 leeftijdsgroepen:</p> <ol style="list-style-type: none"> ouderversie (0-4 jr.) leerkrachtversie (2-4 jr.) ouderversie (5-17 jr.) leerkrachtversie (5-17 jr.) zelfrapportage (18-80 jr.) informantenrapportage (18-80 jr.) 	<ul style="list-style-type: none"> Ingevuld door persoon zelf en/of informant(en). Testleider houdt toezicht bij invullen. Testleider leest vragen voor indien nodig.
ADAPT, 2021 (Hogrefe)	<p><u>Type:</u> (Proxy-)vragenlijst</p> <p><u>Doel:</u> In kaart brengen AF</p> <p><u>Toepassing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Classificeren mate van VB Sterkte-zwakteanalyse vaardigheden cliënt Inschatten ondersteuningsbehoeften Evaluatie bij trainen vaardigheden 	<p>Oorspronkelijk ontwikkeld voor cliënten >17 jr. met LVB of zwakbegaafdheid, maar nu breder inzetbaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bij meerdere intelligentieniveaus Doelgroepen zonder VB (bv. ASS, NAH) Forensisch-psychiatrische patiënten en gedetineerden Cliënten met specifieke LB (bv. visusproblemen) 	<ul style="list-style-type: none"> Ingevuld door informant(en). Testleider leest vragen voor indien nodig. Papieren en digitale afname mogelijk.
Bayley-AG, 2014 (Pearson)	<p><u>Type:</u> Proxy-vragenlijst</p> <p><u>Doel:</u> Identificeren ontwikkelingsachterstand</p> <p><u>Toepassing:</u></p> <p>Verzamelen aanvullende informatie voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> interventieplanning onderwijsadvies 	16 d. tot 42 mnd. en 15 d.	Ingevuld door informant(en).

Afkortingen: AAIDD (voorheen AAMR), American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; AF, adaptief functioneren; ASS, autismespectrumstoornis; d., dagen; ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health (Wereldgezondheidsorganisatie, 2001); jr., jaar; LB, lichamelijke beperking; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; m.b.t., met betrekking tot; mnd., maanden; min.; minuten; n.b., niet beschreven; NAH, niet-aangeboren hersenletsel; o.b.v., op basis van; VB, verstandelijke beperkingen.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

¹ Vlaanderen: gesloten jeugdzorg.

Afnamevereisten	Afnameduur	Aantal items	Domeinen	Vaardigheidsgebieden
Afname en interpretatie door bevoegde deskundige met relevante training en kennis en ervaring m.b.t. basisprincipes psychodiagnostiek.	30 min.	10 vaardigheidsgebieden met elk 15-25 items Aantal items varieert o.b.v. instap- en afbreekregels.	Domeinen: 11 vaardigheidsgebieden in 3 domeinen <ul style="list-style-type: none"> • conceptueel • sociaal • praktisch Theoretische constructie ABAS sluit aan bij definities AAIDD, DSM-5 en ICF.	<ul style="list-style-type: none"> • communicatie • maatschappelijke vaardigheden • functionele (voor)schoolse vaardigheden • huishoudelijke/ schoolse activiteiten • gezondheid en veiligheid • spel en vrije tijd • persoonlijke verzorging • zelfsturing • sociale vaardigheden • motoriek (0-4 jr.) • werk (18-80 jr. indien werkzaam)
Afname door bevoegde deskundige.	10-15 min.	62	Domeinen: 8 vaardigheidsgebieden in 3 domeinen <ul style="list-style-type: none"> • conceptueel • sociaal • praktisch Theoretische constructie ADAPT sluit aan bij definitie AAIDD.	<ul style="list-style-type: none"> • basale zelfzorg, hygiëne en verantwoord eten • huishoudelijke vaardigheden • maatschappelijke vaardigheden • sociale afstemming • schoolse vaardigheden • omgaan met geld, post en verzekeringen • dagstructuur en daginvulling • verstandige keuzes maken
Onbekend; n.b. in handleiding.	Onbekend; n.b. in handleiding.	241	Domeinen: 10 vaardigheidsgebied in 3 domeinen <ul style="list-style-type: none"> • conceptueel • sociaal • praktisch ABAS-II vormt basis van vragenlijst AG.	<ul style="list-style-type: none"> • communicatie • gedrag buitenshuis • gezondheid en veiligheid • spel • zelfredzaamheid • zelfregulatie • voorschoolse competenties • huishoudelijke activiteiten • sociaal contact • motoriek

Tabel 4.3 (vervolg). Algemene eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Type, doel en toepassing	Kalenderleeftijd doelgroep	Afnamesetting
Griffiths III, 2015 (Hogrefe)	<p><u>Type:</u> Directe test</p> <p><u>Doel:</u> Beoordelen niveau mentale ontwikkeling</p> <p><u>Toepassing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticeren ontwikkelingsachterstand • Meten ontwikkeling over tijd • Meten effect interventies op ontwikkeling 	0-6 jr.	<p>Individuele afname in verschillende settingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klinisch • onderwijs • neuropsychologisch • forensisch • onderzoek
IDS-2, 2018 (Hogrefe)	<p><u>Type:</u> Directe test</p> <p><u>Doel:</u> Meten cognitieve en algemene ontwikkeling om afwijkingen vroegtijdig op te sporen</p> <p><u>Toepassing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bepalen begaafdheid • Bepalen schooltype • Bepalen intelligentie en ontwikkelingsniveau bij leerstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen • Basis voor interventieplanning 	5-20 jr.	<ul style="list-style-type: none"> • Individuele papieren of digitale afname (Hogrefe Teststelsysteem) • Modulair gebruik mogelijk

Afkortingen: ARCID, Association for Research in Infant & Child Development; bv., bijvoorbeeld; jr., jaar; min., minuten; NL, Nederlands; o.b.v., op basis van.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

Afnamevereisten	Afnameduur	Aantal items	Domeinen	Vaardigheidsgebieden
<ul style="list-style-type: none"> Afname door bevoegde deskundige (bv. kinderarts, psycholoog). Trainingsvereisten: <ul style="list-style-type: none"> e-learning 3-daagse training (geaccrediteerd door ARICD) 	±60 min.	321 Aantal items varieert o.b.v. instap- en afbreekregels.	Domeinen: <ul style="list-style-type: none"> individueel interpersoonlijk sociale omgeving Theoretische basis: 'Avenues of learning' (NL: manieren van leren) volgens model Griffiths	<ul style="list-style-type: none"> fundamenten van leren taal en communicatie oog-handcoördinatie persoonlijk-sociaal-emotioneel grove motoriek
<ul style="list-style-type: none"> Afname door bevoegde deskundige. Aanbevolen dat testleider bekend is met test en minimaal 2 proefafnames doet of training volgt. 	max. 237 min.	Onbekend; 29 subtests Aantal items varieert o.b.v. instap- en afbreekregels.	Domeinen: <ul style="list-style-type: none"> cognitief ontwikkeling 	Cognitieve functies: <ul style="list-style-type: none"> intelligentie executieve functies Ontwikkelingsfuncties: <ul style="list-style-type: none"> psychomotoriek sociaal-emotionele competenties schoolse vaardigheden werkhouding

Tabel 4.3 (vervolg). Algemene eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Type, doel en toepassing	Kalenderleeftijd doelgroep	Afmeting
PEDI-CAT, 2019 (Pearson)	<p>Type: Digitale (proxy-)vragenlijst. Twee versies:</p> <p>1) Content-Balanced CAT; volledig</p> <p>2) Speedy CAT; verkort</p> <p>Doel: In kaart brengen algemeen dagelijks functioneren</p> <p>Toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuele diagnostiek: niveau van en/of veranderingen in functioneren • Meten effect interventies op ontwikkeling op groeps- en/of individueel niveau • Meten verandering in functioneren op individueel niveau 	<p>0-21 jr.</p> <p>PEDI-CAT-ASD: aangepaste items voor ASS</p>	<p>Digitale afname:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingevuld door informant(en) • Gestructureerd interview met persoon zelf
SRZ-P², 2004 (Pearson)	<p>Type: (Proxy-)vragenlijst</p> <p>Doel: Meten sociale redzaamheid</p> <p>Toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuele diagnostiek: niveau van en/of veranderingen in functioneren • Opstellen en evalueren behandelplan • Evaluatie (groeps)projecten: verhuizing, interventie • Inventarisatie en indicatie m.b.t. wonen en dagbesteding • Beleid en planning • Wetenschappelijke onderzoek 	>12 jr. MVB t/m zwakbegaafd	<ul style="list-style-type: none"> • Ingevuld door informant(en) onder supervisie psycholoog/orthopedagoog of via interview met informanten. • Verloop gesprek bepaalt volgorde van invullen.

Afkortingen: AAIDD (voorheen AAMR), American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; ASS, autismespectrumstoornis; ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health (Wereldgezondheidsorganisatie, 2001); jr., jaar; m.b.t., met betrekking tot; m.n., met name; min., minuten; MVB, matige verstandelijke beperkingen; n.b., niet beschreven; t/m, tot en met. Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

² Volgens de uitgever bevatten de SRZ-P en SRZ/SRZ-i elementen die niet meer actueel of niet volledig representatief zijn, zoals ouderwetse uitdrukkingen en/of taalgebruik. Gebruiker dient hiermee rekening te houden bij de afname en interpretatie van het instrument.

Afnamevereisten	Afnameduur	Aantal items	Domeinen	Vaardigheidsgebieden
Testleider: <ul style="list-style-type: none"> • Heeft achtergrond in onderwijs, pediatrie en/of rehabilitatie. • Kent afname- en scoringsrichtlijnen 	Onbekend; n.b. in handleiding. Aantal items varieert o.b.v. instap- en afbreekregels.	Volledig: ± 30 per domein Verkort: ≤ 15 per domein	Domeinen: <ul style="list-style-type: none"> • dagelijkse activiteiten • mobiliteit • sociaal/cognitief • verantwoordelijkheid Theoretische constructie PEDI-CAT sluit aan bij definitie ICF.	<ul style="list-style-type: none"> • aankleden, persoonlijke verzorging, huishoudelijke taken en eetpatroon/maaltijden • bewegen, zich verplaatsen, staan, lopen, trap/helling belopen, rennen, spel • interactie, communicatie, alledaagse kennis, zelfredzaamheid • organiseren en plannen, in dagelijkse behoeften voorzien, gezond en veilig blijven
Psycholoog/orthopedagoog instrueert informant(en) en interpreteert scores.	10-15 min.	63	Domeinen: <ul style="list-style-type: none"> • zelfredzaamheid • verbaal-communicatief-cognitief • sociale omgang • (grove) motoriek Theoretische constructie SRZ-P sluit aan bij definitie AAMR.	<ul style="list-style-type: none"> • zelfredzaamheid • conceptuele en sociale competenties • verbale en numerieke competenties • overige items, m.n. aspecten van cognitieve en sociale competenties

Tabel 4.3 (vervolg). Algemene eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Type, doel en toepassing	Kalenderleeftijd doelgroep	Afnamesetting
SRZ/SRZ-I², 2004 (Pearson)	<p>Type: Observatieschaal en vragenlijst</p> <p>Doel: Meten sociale redzaamheid</p> <p>Toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuele diagnostiek: niveau van en/of veranderingen in functioneren • Opstellen en evalueren behandelplan • Evaluatie kwaliteit van zorg • Inventarisatie en indicatie m.b.t. wonen, dagbesteding en onderwijs • Beleid en planning • Wetenschappelijke onderzoek 	4-18 jr. ZEVB t/m LVB of vermoeden van VB	<p>SRZ: Observatieschaal in te vullen door informant(en).</p> <p>SRZ-I: Vragenlijst in te vullen tijdens vraaggesprek met informant(en).</p>
Vineland-3-NL, 2020 (Pearson)	<p>Type: Proxy-vragenlijst</p> <p>Doel: In kaart brengen AF bij ontwikkelingsachterstand en/of VB, ASS, ADHD, NAH, ZB en dementie</p> <p>Toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveaubepaling • Bepaling zelfredzaamheid • Sterkte-zwakteanalyse • Handelingsgerichte adviezen 	<p>4 vragenlijsten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ouders, verzorgers en/of begeleiders - volledige versie (1->80 jr.) 2) ouders, verzorgers en/of begeleiders - verkorte versie (3->80 jr.) 3) leerkrachten - volledige versie (4-18 jr.) 4) leerkrachten - verkorte versie (4-18 jr.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingevuld door persoon zelf en/of informant(en). • Diagnosticus leest vragen voor indien nodig.

Afkortingen: AAIDD (voorheen AAMR), American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; ADHD, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; AF, adaptief functioneren; ASS, autismespectrumstoornis; jr., jaar; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; min., minuten; n.v.t., niet van toepassing; NAH, niet-aangeboren hersenletsel; t/m, tot en met; VB, verstandelijke beperkingen; ZB, zintuiglijke beperkingen; ZEVB, zeer ernstige verstandelijke beperkingen.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

² Volgens de uitgever bevatten de SRZ-P en SRZ/SRZ-i elementen die niet meer actueel of niet volledig representatief zijn, zoals ouderwetse uitdrukkingen en/of taalgebruik. Gebruiker dient hiermee rekening te houden bij de afname en interpretatie van het instrument.

Afnamevereisten	Afnameduur	Aantal items	Domeinen	Vaardigheidsgebieden
<p>SRZ: psycholoog/orthopedagoog instrueert informant(en) en interpreteert scores.</p> <p>SRZ-I dient te worden afgenomen door bevoegde deskundige met kennis van VB en instrument.</p>	<p>SRZ: 10-15 min. SRZ-I: 20-25 min.</p>	31	<p>Domeinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zelfredzaamheid • taalgebruik • taakgerichtheid • sociale gerichtheid <p>Theoretische constructie SRZ sluit aan bij definitie AAMR.</p> <p>Itemsconstructie gebaseerd op Cain-Levine Social Competency Scale.</p>	n.v.t.
<ul style="list-style-type: none"> • Testleider moet zijn getraind in gestandaardiseerde testprocedures. • Interpretatie door bevoegde deskundige. 	15- 30 min.	<p>180-503</p> <p>Aantal items varieert o.b.v. instap- en afbreekregels.</p>	<p>Domeinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • communicatie • dagelijkse vaardigheden • sociale vaardigheden en relaties • motoriek - optioneel • probleemgedrag - optioneel <p>Theoretische constructie Vineland-3 sluit aan bij definitie AAIDD.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • luisteren en begrijpen, spreken, lezen en schrijven • verzorging, huishouden leven in de maatschappij, numeriek, regels op school • omgaan met anderen, spelen en vrije tijd, aanpassingsvermogen • grove en fijne motoriek • internaliseren, externaliseren en kritische items

Tabel 4.3 (vervolg). Algemene eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Type, doel en toepassing	Kalenderleeftijd doelgroep	Afnamesetting
Vineland-S, 2014 (Hogrefe)	<p>Type: Proxy-vragenlijst</p> <p>Doel: Beoordelen adaptieve ontwikkeling</p> <p>Toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beoordelen ontwikkeling jonge kinderen • Beoordelen t.b.v. planning en organisatie • Beoordelen t.b.v. wetenschappelijk onderzoek • Vaststellen van (mate van) VB bij kinderen, jongeren en volwassenen met VB 	<p>0-6 jr.</p> <p>Leeftijd niet gespecificeerd bij mensen met vermoede ontwikkelingsleeftijd <6 jr.</p>	Vragenlijst ingevuld door informant(en) (bv. primaire opvoeder(s), persoonlijk begeleider of mentor).

Afkortingen: bv., bijvoorbeeld; jr., jaar; min., minuten; t.b.v., ten behoeve van; VB, verstandelijke beperkingen.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

Afnamevereisten	Afnameduur	Aantal items	Domeinen	Vaardigheidsgebieden
Interpretatie door diagnostisch bevoegde gedragskundige	±15 min.	72	Domeinen: <ul style="list-style-type: none"> • communicatieve vaardigheden • sociale vaardigheden • dagelijkse vaardigheden • motorische vaardigheden Gebaseerd op eerste twee Amerikaanse versies Vineland Screener.	<ul style="list-style-type: none"> • taalbegrip en spreken • omgaan met anderen • mate zelfstandigheid • bewegen en uitvoeren van handelingen

Tabel 4.4 (vervolg). Psychometrische eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Scoringssysteem	Algemene bevolking
ABAS-3, 2020 (Hogrefe)	Vierpuntsschaal	NL: Ouderversies N=854 (0-6;11 jr.) N=757 (4-18 jr.) Leerkrachtversies N=958 (1-6;11 jr.) N=829 (4-18 jr.) Zelfrapportage N=475 (18-80 jr.) Informantenrapportage N=469 (18-80 jr.) VL: Ouderversies N=1289 (0-6;11 jr.) N=1494 (3-19 jr.) Leerkrachtversies N=360 (1-6;11 jr.) N=706 (3-19 jr.) Zelfrapportage N=629 (18-80 jr.) Informantenrapportage N=417 (18-80 jr.)

Afkortingen: ADHD, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; ASS, autismespectrumstoornis; jr., jaar; NAH, niet-aangeboren hersenletsel; NL, Nederland; ODD, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis; SMB, sensomotorische beperking; TOS, taalontwikkelingsstoornis; VB, verstandelijke beperkingen; VL, Vlaanderen.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

³ Bijkomende psychiatrische stoornis: ADHD, depressieve stoornis, borderline-persoonlijkheidsstoornis, leerstoornis en/of VB.

VB	Overige groepen	Uitkomstmaat
<p>VL (0-4;11 jr.) - Ouderversies: N=5 ASS+VB N=7 VB</p> <p>VL & NL (5-18 jr.) - Ouderversies: N=389 (vermoeden van) beperking, waarvan N=171 één of meerdere diagnoses N=139 VB</p> <p>VL (18-5 6jr.) - Zelfrapportage: N=81 (vermoeden van) ontwikkelingsstoornis, waarvan N=16 bijkomende psychiatrische stoornis³ N=1 VB zonder bijkomende psychiatrische stoornis³</p>	<p>VL (0-4;11 jr.): N=57 aangemeld bij hulpverlening, diagnose nog onbekend N=38 ASS</p> <p>VL & NL (5-18 jr.): N=389 (vermoeden van) beperking, waarvan N=171 één of meerdere diagnoses: N=149 ASS, N=92 SMB, N=45 ADHD, N=17 leerstoornis, N=12 NAH, N=9 TOS, N=8 ODD</p> <p>VL (18-56 jr.) - Zelfrapportage: N=81 (vermoeden van) ontwikkelingsstoornis, waarvan N=67 ASS N=9 geen classificerende diagnose N=4 ADHD zonder bijkomende psychiatrische stoornis</p>	<p>Ruwe score:</p> <ul style="list-style-type: none"> normscores per domein en totaal, ingebed in betrouwbaarheidsintervallen en percentielscores beschrijvende classificaties per domein, totaal en adaptief vaardigheidsgebied ontwikkelingsleeftijden per adaptief vaardigheidsgebied

Tabel 4.4 (vervolg). Psychometrische eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Scoringssysteem	Algemene bevolking
ADAPT, 2021 (Hogrefe)	Vijfpuntsschaal	NL: N=129 (16-75 jr.)
Bayley-AG, 2014 (Pearson)	Vierpuntsschaal	NL: N=1845 (0-42 mnd.)
Griffiths III, 2015 (Hogrefe)	Varieert per subtest.	VK: N=426 (0-6 jr.) ⁴

Afkortingen: ADHD, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; ASS, autismespectrumstoornis; BI, betrouwbaarheidsinterval; gem. l., gemiddelde leeftijd; IQ, intelligentiequotiënt; jr., jaar; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; m.b.t., met betrekking tot; mnd., maanden; MVB, matige verstandelijke beperkingen; NL, Nederland; PTSS, posttraumatische stressstoornis; VB, verstandelijke beperkingen; VK, Verenigd Koninkrijk; VL, Vlaanderen.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

⁴ Griffiths III is niet specifiek voor Nederland aangepast. Betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek voor de algemene populatie, mensen met VB en overige doelgroepen in Nederland/Vlaanderen ontbreekt.

VB	Overige groepen	Uitkomstmaat
NL: N= 2308 VB (16-88 jr.), waarvan N=963 zwakbegaafd N=964 LVB N=381 MVB N=140 LVB+slechtziendheid (18-76 jr.) N=140 LVB+blindheid (19-69 jr.)	NL: N=114 IQ (beneden)gemiddeld N=34 slechtziendheid (20-74 jr.) N=35 blindheid (20-78 jr.) N= 3482, waarvan N=1004 geen psychiatrische classificatie N=776 onbekend N=2706 één of meer psychiatrische classificatie(s): 43% ASS, 35% alcohol- en/of middenmisbuik, 27% persoonlijkheidsstoornissen, 25% psychotische stoornissen, 24% ADHD, 23% PTSS of angststoornis, 22% stemmingsstoornissen, 7% overige stoornissen	Ruwe score: <ul style="list-style-type: none"> • gemiddelde scores (95%-BI) per domein, vaardigheidsgebied en totaal • beschrijvende classificaties per totaal • gemiddelde totaalscores (95%-BI) per leeftijdsgroep • gemiddelde totaalscores (95%-BI) per opleidingsniveau • gemiddelde totaalscores per psychiatrische classificatie t.o.v. cliënten met geen, één of meer andere classificatie(s) • gemiddelde totaalscores (95%-BI) voor visuele of auditieve beperking of epilepsie
N=26 downsyndroom (gem. l. 35,6 mnd.) N=17 algehele ontwikkelingsachterstand (gem. l. 26,8 mnd.)	N=92 te vroeg geboren kinderen (gem. l. 21,3 mnd.)	Ruwe score: <ul style="list-style-type: none"> • indexscores per domein en Adaptief Gedrag Index (AGI), ingebed in 90%-BI en 95%-BI • ontwikkelingsleeftijden (0-42 mnd.) per totaal • geschaalde scores per vaardigheidsgebied
Geen mensen met VB geïncludeerd.	Geen informatie bekend m.b.t. overige groepen.	Ruwe score: <ul style="list-style-type: none"> • geschaalde scores • percentielscores • statines • ontwikkelingsleeftijden • algemene ontwikkelingscoëfficiënt

Tabel 4.4 (vervolg). Psychometrische eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Scoringssysteem	Algemene bevolking
IDS-2, 2018 (Hogrefe)	Varieert per subtest.	NL: Onderdeel normeringssteekproef: N=1314 (4;5-21;10 jr.) ⁵ Pilotsteekproef: N=94 (5-20 jr.)
PEDI-CAT, 2019 (Pearson)	Vierpuntsschaal: Dagelijkse Activiteiten, Mobiliteit, Sociaal/Cognitief Vijfpuntsschaal: Verantwoordelijkheid	NL: N=14 (0-21 jr.) VS: N=2205 (0-20 jr.)

Afkortingen: ADD, aandachtstekortstoornis; ADHD, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; ASS, autismespectrumstoornis; BI, betrouwbaarheidsinterval; IQ, intelligentiequotiënt; jr., jaar; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; MB, meervoudige beperkingen; NAH, niet-aangeboren hersenletsel; NL, Nederland; TOS, taalontwikkelingsstoornis; VB, verstandelijke beperkingen; VS, Verenigde Staten. Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

⁵ Van 98 kinderen is niet bekend of zij een onderliggende diagnose hebben.

⁶ Het is niet duidelijk of deze groep ook mensen met VB omvat.

VB	Overige groepen	Uitkomstmaat
<p>NL: Onderdeel normeringssteekproef: N=2 LVB (4;5-21;10 jr.) Extra onderzoek: N=50 IQ\leq80 (5-19 jr.)</p>	<p>NL: Onderdeel normeringssteekproef: N=49 ADHD (4;5-21;10 jr.) N=24 ADD (4;5-21;10 jr.) N=64 ASS (4;5-21;10 jr.) N=80 dyslexie (4;5-21;10 jr.) N=7 dyscalculie (4;5-21;10 jr.) N=42 TOS (4;5-21;10 jr.) N=51 combinatie van stoornissen (4;5-21;10 jr.) N=32 onderliggende diagnose onbekend</p> <p>Extra onderzoek in klinische populaties: N=38 hoogbegaafdheid (5;3-17;11 jr.) N=71 ADHD (6-20 jr.) N=72 ASS (6-20 jr.)</p>	<p>Ruwe scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> op basis van leeftijd omgezet in z-scores, die vervolgens worden omgezet in standaardcores (SS) percentielscores samengestelde scores op subtestniveau, intra- en interindividuele analyse testleider kan prestatiemotivatie beoordelen van deelnemer
<p>NL: N=2 (0-21 jr.) VB N=2 (0-21 jr.) meervoudig beperkingen</p> <p>VS: N=703 (0-20 jr.) met beperking, waarvan N=271 ontwikkelingsstoornis N=73 VB N=63 MB⁶</p>	<p>NL: N=2 (0-21 jr.) LB</p> <p>VS: N=703 (0-20 jr.) met beperking, waarvan N=36 gehoorbeperking N=212 TOS N=59 visusbeperking N=91 ernstige emotionele stoornis N=68 motorische beperking N=114 ASS N=284 ADD N=20 NAH N=92 leerstoornis N=80 gezondheidsproblemen N=203 andere stoornissen</p>	<p>Ruwe scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> genormaliseerde standaardcores weergegeven als leeftijdspercentielen en t-scores geschaalde scores voor alle domeinen

Tabel 4.4 (vervolg). Psychometrische eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Scoringssysteem	Algemene bevolking
SRZ-P, 2004 (Pearson)	Vragenlijst met +/-	N.b. in handleiding.
SRZ/SRZ-I, 2004 (Pearson)	Vierpuntsschaal	N.b. in handleiding.
Vineland-3-NL, 2020 (Pearson)	Driepuntsschaal	<p>Versie ouders, verzorgers en/of begeleiders: VS - normeringssteekproef N=2560 (0->90 jr.) NL - pilotsteekproef N=55 (l.o.)</p> <p>Versie leerkracht: VS - normeringssteekproef N=1415 (3-18 jr.) NL - pilotsteekproef N=18 (l.o.)</p>

Afkortingen: ASS, autismespectrumstoornis; BI, betrouwbaarheidsinterval; EVB, ernstige verstandelijke beperking; GVT, gezinsvervangend tehuis; jr., jaar; l.o., leeftijd onbekend; LVB, lichte verstandelijke beperkingen; MVB, matige verstandelijke beperkingen; n.b., niet beschreven; NL, Nederland; OBC, orthopedagogisch behandelcentrum; VB, verstandelijke beperkingen; VS, Verenigde Staten; (Z)EVB, (zeer) ernstige verstandelijke beperkingen; ZEVB, zeer ernstige verstandelijke beperkingen.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

VB	Overige groepen	Uitkomstmaat
NL: N=880 VB in GVT (18->66 jr.) N=755 LVB in OBC (12-20 jr.)	N.b. in handleiding.	Ruwe score: <ul style="list-style-type: none"> standaardscores (3-9) per vaardigheidsgebied
NL: N=821 VB (4-18 jr.), waarvan N=458 LVB N=185 MVB N=99 EVB N=79 ZEVB N=2602 woonlocatie VB (7-40 jr.) N=603 VB in OBC (>17 jr.)	N.b. in handleiding.	Ruwe score: <ul style="list-style-type: none"> standaardscores (3-9) per vaardigheidsgebied ontwikkelingsleeftijden
VS: Versie ouders, verzorgers en/of begeleiders: N=94 ontwikkelingsachterstand (2-9 jr.) N=122 VB, waarvan N=67 LVB (5-18 jr.) N=33 MVB (5-18 jr.) N=22 (Z)EVB (6-17 jr.) N=75 VB, waarvan N=29 LVB (19-70 jr.) N=21 MVB (19-67 jr.) N=25 (Z)EVB (19-78 jr.) N=35 ASS+VB (3-8 jr.) N=57 ASS+VB (9-18 jr.) Versie leerkracht: N=51 ontwikkelingsachterstand (3-8 jr.) N=123 VB, waarvan N=74 LVB (4-18 jr.) N=32 MVB (5-18 jr.) N=17 (Z)EVB (6-17 jr.) N=24 ASS+VB (3-8 jr.) N=54 ASS+VB (9-18 jr.)	VS: Versie ouders, verzorgers en/of begeleiders: N=36 ASS (3-8 jr.) N=47 ASS (9-19 jr.) N=52 slechthorendheid (5-18 jr.) N=29 visuele beperking (4-18 jr.) Versie leerkracht: N=22 ASS (3-8 jr.) N=38 ASS (9-18 jr.) N=67 slechthorendheid (6-18 jr.) N=26 visuele beperking (6-17 jr.)	Ruwe score: <ul style="list-style-type: none"> v-schaalscores per subdomein en domein ontwikkelingsleeftijden en groeiscoringen per subdomein standaardscores per domein en totaal (Adaptief Gedrag Index - AGI), ingebed in 85%-BI, 90%-BI en 95%-BI en percentielscores v-schaalscores voor onderdelen Internaliseren en Externaliseren voor Probleemgedrag

Tabel 4.4 (vervolg). Psychometrische eigenschappen van diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren

Instrument, jaar (uitgever)	Scoringssysteem	Algemene bevolking
Vineland-S, 2014 (Hogrefe)	Vierpuntsschaal	NL: N=979 (1-72 mnd.)

Afkortingen: BI, betrouwbaarheidsinterval; gem. l., gemiddelde leeftijd; jr., jaar; MB, meervoudige beperkingen; mnd., maanden; n.b., niet beschreven; NL, Nederland; SD, standaardafwijking; SEM, standaardfout.

Leeftijden: 2-5 jr., 2 t/m 5 jaar; 2,5 jr., 2 en een half jaar (getal na komma is decimaal); 2;5 jr., 2 jaar en 5 maanden.

VB	Overige groepen	Uitkomstmaat
NL: N=361 VB (gem. l. 102 mnd.) N=401 VB, MB en/of ontwikkelingsachterstand (1-19 jr.)	N.b. in handleiding.	Ruwe score: <ul style="list-style-type: none"> • ontwikkelingsleeftijden (0-5;10 jr.) per domein en totaal, met BI, SD en SEM • percentielscores per leeftijdscohort per domein en totaal • beschrijvende classificaties per domein en totaal op basis van percentielscores

4.2.3. **Vergelijking diagnostische instrumenten per doelgroep**

De keuzewijzers (figuren 4.4 t/m 4.7) geven per doelgroep op basis van de vermoede mate van VB (ontwikkelingsachterstand, LVB, MVB en EV(M)B/ZEVMB) een schematisch overzicht van screeningsinstrumenten per kalenderleeftijd. Dit kan gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers helpen bij het maken van de keuze voor het meest passende instrument voor het screenen van het adaptief functioneren van de cliënt. Bij voorkeur is een screeningsinstrument onderzocht in dezelfde doelgroep als die van de cliënt bij wie het instrument wordt afgenomen, zodat de betrouwbaarheid en validiteit bekend zijn. De keuzewijzers zijn gebaseerd op de volgende criteria:

- 1) Het vermoeden van de gedragskundige of psychodiagnostisch medewerker t.a.v. de mate van VB. Op basis hiervan zijn de keuzewijzers ingedeeld.
- 2) Kalenderleeftijd van de cliënt. Voor baby's of peuters zijn bijvoorbeeld andere instrumenten geschikt dan voor volwassenen.
- 3) Wetenschappelijke onderbouwing. Het heeft de voorkeur dat instrumenten worden gebruikt die wetenschappelijk zijn onderbouwd in de doelgroep waartoe de cliënt behoort.
- 4) Afnameduur. Blijven na het hanteren van de bovenstaande criteria meerdere instrumenten over, dan kan de voorkeur worden gegeven aan het instrument met de kortste afnameduur.

In de keuzewijzers wordt per mate van VB weergegeven welke instrumenten bij welke kalenderleeftijden kunnen worden gebruikt. De gekleurde blokjes geven aan of de mate van VB is gespecificeerd in het psychometrische onderzoek dat door de ontwikkelaars is uitgevoerd en of het instrument is ontwikkeld, onderzocht en gevalideerd voor de desbetreffende mate van VB en kalenderleeftijden. In de laatste kolom wordt de afnameduur weergegeven.

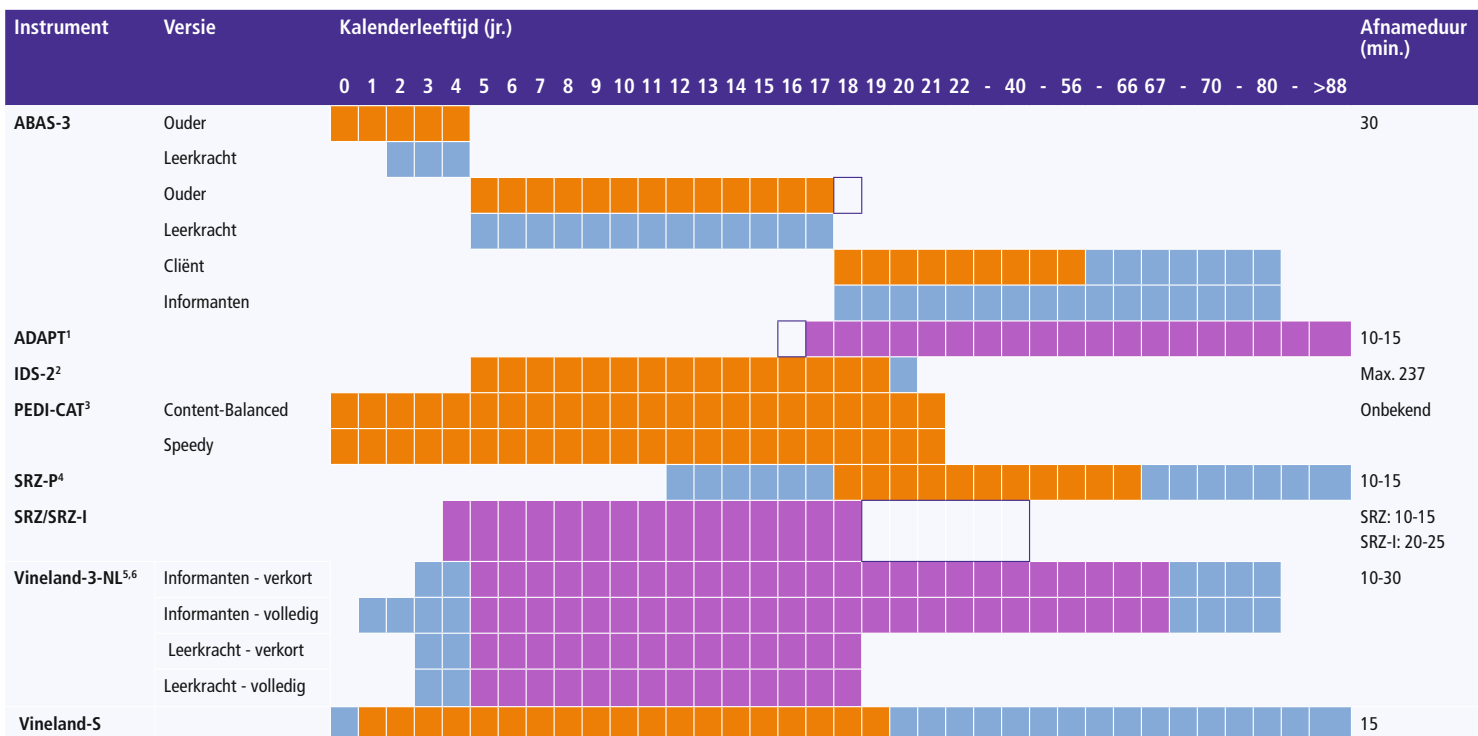
Figuur 4.4. Keuzewijzer diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren bij vermoeden van ontwikkelingsachterstand

Instrument	Versie	Kalenderleeftijd (jr.)																Afnameduur (min.)
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	-	18	19	-	80		
Bayley-III-NL AG*		■	■	■													Onbekend	
Griffiths III ¹		■	■	■	■	■	■	■									60	
Vineland-3-NL ^{1,2}	Informanten - verkort			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	10-30	
	Informanten - volledig		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Vineland-3-NL ^{1,2}	Leerkracht - verkort				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	15	
	Leerkracht - volledig				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Vineland-S		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	15	

- Instrument is onderzocht/gevalideerd in dezelfde doelgroep/leeftijdsgroep als waarvoor het is ontwikkeld.
- Instrument is onderzocht/gevalideerd bij mensen met VB, maar hun mate van VB is niet gespecificeerd.
- Instrument is niet onderzocht/gevalideerd in de doelgroep/leeftijdsgroep, maar ontwikkelaars beschrijven in handleiding wel dat instrument geschikt is voor deze doelgroep/leeftijdsgroep.
- Instrument is in de doelgroep/leeftijdsgroep onderzocht/gevalideerd, maar ontwikkelaars beschrijven in handleiding niet expliciet dat instrument geschikt is voor deze doelgroep/leeftijdsgroep.

*Leeftijdsgroep onderzoeksgroep onbekend. ¹Niet gevalideerd in Nederland/Vlaanderen. ²Gevalideerd voor visuele of auditieve beperking.

Figuur 4.6. Keuzewijzer diagnostische instrumenten voor het adaptief functioneren bij vermoeden van MVB



¹Leeftijdsbereik onderzoeksgroep onbekend. ²Gevalideerd voor visuele beperking. ³Specificatie steekproef: LVB (n=2); N=50 IQ ≤80 (5-19 jr.).
⁴Gevalideerd voor communicatieve, motorische of visuele beperking. ⁵In de handleiding wordt >66 jr. aangegeven; in de tabel is 66 jr. aangehouden.
⁶Niet gevalideerd in Nederland/Vlaanderen. ⁶Gevalideerd voor visuele of auditieve beperking.

Bronnen diagnostische instrumenten voor adaptief functioneren

ABAS-3

Harrison, P. L. & Oakland, T. (2020a). *ABAS-3 Schaal voor adaptief gedrag. Instructies en verantwoording* (Nederlandstalige bewerking: B. Kreemers, J. Maljaars, V. Briers, S. Bulteel, G. Storms, B. Maes en I. Noens). Hogrefe Uitgevers.

Harrison, P. L. & Oakland, T. (2020b). *ABAS-3 Schaal voor adaptief gedrag. Nederlandse normen en aanvullende analyses* (Nederlandstalige bewerking: P. Oosterveld). Hogrefe Uitgevers.

ADAPT

Jonker, F. & Bijman, H. (2021). *ADAPT Vragenlijst voor adaptief gedrag. Handleiding*. Hogrefe Uitgevers.

Bayley-III-NL AG

Bayley, N. (2014). *Bayley-III-NL. Technische handleiding* (Nederlandstalige bewerking: A. L. van Baar, L. J. P. Steenis, M. Verhoeven & D. J. Hessen). Uitgeverij Pearson Benelux.

Griffiths III

Stroud, L., Foxcroft, C., Green, E., Bloomfield, S., Cronje, J., Hurter, K., Lane, H., Marais, R., Marx, C., McAlinden, P., O'Connell, R., Paradise, R. & Venter, D. (2017). *Griffiths III. Griffiths Scales of Child Development*. Hogrefe Uitgevers.

IDS-2

Grob, A. & Hagemann-von Arx, P. (2018a). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Afnamehandleiding* (Nederlandstalige bewerking: S. Ruiter, L. Visser & M. Timmerman). Hogrefe Uitgevers.

Grob, A. & Hagemann-von Arx, P. (2018b). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Scoring en interpretatie* (Nederlandstalige bewerking: S. Ruiter, L. Visser & M. Timmerman). Hogrefe Uitgevers.

Grob, A. & Hagemann-von Arx, P. (2018c). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Verantwoording en psychometrie* (Nederlandstalige bewerking: S. Ruiter, L. Visser & M. Timmerman). Hogrefe Uitgevers.

Grob, A. & Hagemann-von Arx, P. (2020). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Scoring en interpretatie: aanvullingen* (Nederlandstalige bewerking: S. Ruiter, L. Visser & M. Timmerman). Hogrefe Uitgevers.

PEDI-CAT

Bos, N., Engel, M., van Rijswijk, N., Verheijden, J., Coster, W., Moed, R. & Ketelaar, M. (2011). Translation and cross-cultural adaptation of the PEDI-CAT: Dutch version. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 12, 57–64. <https://doi.org/10.3233/PRM-180544>

Haley, S. M., Coster, W. J., Dumas, H. M., Fragala-Pinkham, M. A. & Moed, R. (2011). *PEDI-CAT Pediatric Evaluation of Disability Inventory Computer Adaptive Test. Development, Standardization, and Administration Manual*. NCS Pearson.

SRZ-P

Kraijer, D. W. & Kema, G. N. (2004). *SRZ-P Handleiding. Sociale Redzaamheidsschaal voor verstandelijk gehandicapten van hoger niveau* (5^e druk). Uitgeverij Pearson Benelux.

SRZ/SRZ-I

Kraijer, D. W., Kema, G. N. & De Bildt, A. A. (2004). *SRZ/SRZ-i Handleiding. Sociale redzaamheidsschaal voor verstandelijk gehandicapten* (6^e druk). Uitgeverij Pearson Benelux.

Vineland-3-NL

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. & Saulnier, C. A. (2021). *Vineland-3-NL Handleiding. Vineland Adaptive Behavior Scales - third edition - Nederlandstalige bewerking*. Uitgeverij Pearson Benelux.

Vineland-S

Sparrow, S. S., Carter, A. S. & Cicchetti, D. V. (2019). *Vineland-S Handleiding. Vineland Screener 0-6 jaar* (Nederlandstalige bewerking: E. Scholte, G. van Duijn, Y. Dijkxhoorn, I. Noens en I. van Berckelaer-Onnes) (2^e druk). Hogrefe Uitgevers.

Overige bronnen hoofdstuk 4

Douma, J., Moonen, X. & Noordhof, L. (2012). Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Landelijk Kenniscentrum LVB.

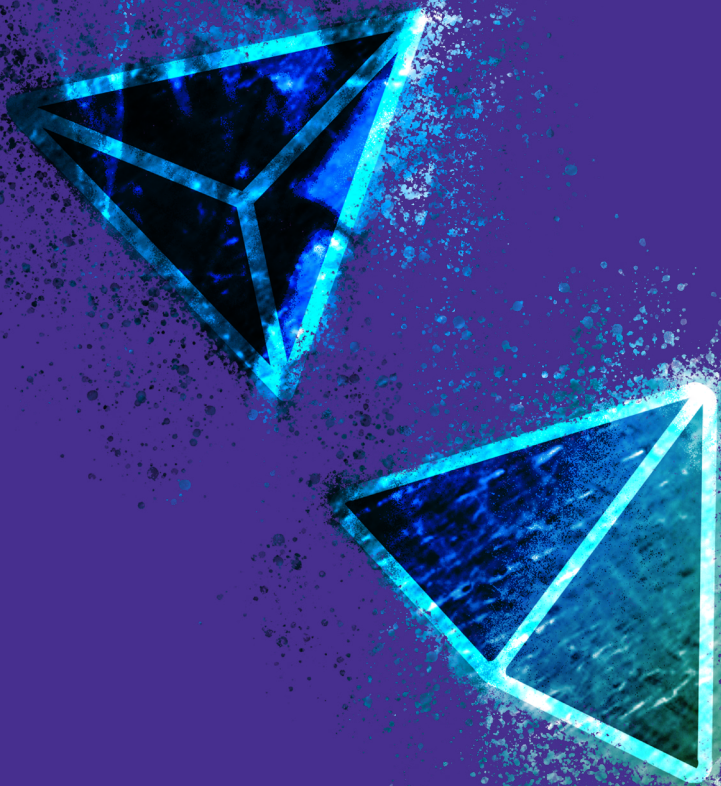
Beschikbaar: www.kenniscentrumlvb.nl/product/richtlijn-diagnostisch-onderzoek-lvb.

Landelijk Kenniscentrum LVB. (z.d.). *Dossier signalering, screening en diagnostiek*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.kenniscentrumlvb.nl/signaleren-screenen-en-diagnostiek.

Schalock, R. L., Luckasson, R. & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (12^e druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

5.

Verantwoording



Om passende en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden, is naast het in kaart brengen van de zorgvraag, mogelijkheden, behoeften en wensen van cliënten ook belangrijk om de mate van VB te weten. Hierbij rijst de vraag welke instrumenten het best kunnen worden ingezet om VB te screenen dan wel te diagnosticeren. De in dit boek gepresenteerde overzichten en keuzewijzers bieden zorgverleners (gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers in het bijzonder) houvast doordat duidelijk wordt welke instrumenten voor welke doelgroepen beschikbaar zijn, waardoor ze worden ondersteund in het maken van een weloverwogen keus voor een instrument, wat bijdraagt aan de kwaliteit van zorg.

Voor de overzichten van de beschikbare Nederlandstalige instrumenten voor het screenen en diagnosticeren van VB zijn de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

- 1) Welke instrumenten zijn beschikbaar voor het screenen en/of diagnosticeren van het intellectueel en adaptief functioneren bij kinderen en volwassenen met VB?
- 2) Wat zijn de eigenschappen van de gevonden instrumenten? En voor cliënten van welke vermoede mate van VB (doelgroepen) zijn ze geschikt?
- 3) Welke instrumenten zijn per doelgroep het beste te gebruiken om het intellectueel en adaptief functioneren te screenen en/of diagnosticeren?

Om deze drie onderzoeksvragen te beantwoorden is uitgebreid literatuuronderzoek uitgevoerd.

5.1. Inventarisatie van beschikbare instrumenten

Dit literatuuronderzoek is uitgevoerd in: 1) Engelstalige wetenschappelijke literatuur, 2) Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur en 3) Nederlandstalige grijze literatuur.

5.1.1. Engelstalige wetenschappelijke literatuur

Het literatuuronderzoek in de Engelstalige wetenschappelijke literatuur is systematisch uitgevoerd. Er is een zoekstrategie opgesteld met behulp van de PICO-formule (Population, Intervention, Control/Comparison, Outcome) (Cochrane Library, 2023). De zoekstring bestond uit de volgende zoektermen en synoniemen ervan: ‘verstandelijke beperking’ EN ‘instrumenten’ EN ‘Belgische of Nederlandse affiliatie’. Om de beschikbaarheid te onderzoeken van instrumenten die het intellectueel en adaptief functioneren meten, is de zoekstrategie respectievelijk uitgebreid met ‘intellectueel functioneren’ of ‘adaptief functioneren’ en synoniemen ervan. De volledige zoektermen zijn weergegeven in tabel 5.1 (intellectueel functioneren) en tabel 5.2 (adaptief functioneren). Met deze zoektermen zijn de elektronische databases PubMed en Scopus doorzocht, waarna de resultaten zijn geüpload in Rayyan (Ouzzani et al., 2016), een online softwareprogramma voor het screenen van artikelen ten behoeve van systematisch literatuuronderzoek.

Duplicaten van de gevonden artikelen zijn verwijderd. De overgebleven artikelen zijn gescreend op titel en samenvatting om te bepalen of ze relevant waren voor de onderzoeksvraag. Relevante artikelen zijn vervolgens op basis van de volledige tekst geïncludeerd of geëxcludeerd. De gehanteerde in- en exclusiecriteria worden beschreven in subparagraaf 5.1.4.

Tabel 5.1. Zoekstring voor intellectueel functioneren toegepast in PubMed en Scopus

PubMed
<p>("Intelligence Tests"[Mesh] OR (Test*[Title/Abstract] OR Instrument*[Title/Abstract] OR Scale*[Title/Abstract] OR Assessment[Title/Abstract] OR Tool*[Title/Abstract] OR Questionnaire*[Title/Abstract] OR Examination*[Title/Abstract] OR Checklist*[Title/Abstract]) AND</p> <p>(IQ[Title/Abstract] OR Intelligence[Title/Abstract] OR ((Cognitive [Title/Abstract] OR Mental [Title/Abstract] OR intellectual [Title/Abstract]) AND (Capacity [Title/Abstract] OR Abilit* [Title/Abstract] OR Function*[Title/Abstract]))) AND</p> <p>("Intellectual Disability"[Mesh] OR "Persons with Mental Disabilities"[Mesh] OR Intellectual Development Disorder*[Title/Abstract] OR "Intellectual Disabilit*" [Title/Abstract] OR "Learning Disabilit*" [Title/Abstract] OR "Mental Disabilit*" [Title/Abstract] OR "Mentally Disabled" OR "Intellectually disabled" [Title/Abstract] OR "Mental Retardation" [Title/Abstract] OR "Mentally retarded" [Title/Abstract]) AND</p> <p>(("Netherlands"[AD] OR "Belgium"[AD] OR "Netherlands"[CN] OR "Belgium"[CN] OR "Netherlands"[PL] OR "Belgium"[PL]) OR ("Netherlands"[Mesh] OR "Belgium"[Mesh] OR "Netherlands"[TIAB] OR "Belgium"[TIAB] OR "Netherlands"[TW] OR "Belgium"[TW]) AND English[LA])</p>
Scopus
<p>TITLE-ABS-KEY((Test* OR Instrument* OR Scale* OR Assessment* OR Tool* OR Questionnaire* OR Examination* OR Checklist*) AND</p> <p>(IQ OR Intelligence OR ((Cognitive OR Mental OR Intellectual) AND ("Capacit*" OR "Abilit*" OR "Function*"))) AND</p> <p>("Intellectual development Disorder*" OR "Intellectual Disabilit*" OR "Learning Disabilit*" OR "Mental Disabilit*" OR "Cognitive Disabilit*" OR "Mentally Disabled" OR "Intellectually disabled" OR "Cognitively Disabled" OR "Mental Retardation" OR "Mentally retarded")) AND</p> <p>(TITLE-ABS-KEY(netherlands OR belgium) OR AFFILCOUNTRY(netherlands OR belgium))</p>

Tabel 5.2. Zoekstring voor adaptief functioneren toegepast in PubMed en Scopus

PubMed

("Psychological Tests"[Mesh] OR Test*[Title/Abstract] OR Instrument*[Title/Abstract] OR Scale*[Title/Abstract] OR Assessment*[Title/Abstract] OR Tool*[Title/Abstract] OR Questionnaire*[Title/Abstract] OR Examination*[Title/Abstract] OR Checklist*[Title/Abstract]) AND

("Adaptation, Psychological"[Mesh] OR "Adaptive skill*" [Title/Abstract] OR "Adaptive functioning" [Title/Abstract] OR "Adaptive Behavior*" [Title/Abstract] OR "Adaptive Behaviour*" [Title/Abstract] OR "Everyday ability*" [Title/Abstract] OR "Independent Behaviour*" [Title/Abstract] OR "Independent Behavior*" [Title/Abstract]) AND

("Intellectual Disability"[Mesh] OR "Persons with Mental Disabilities"[Mesh] OR "Intellectual Development Disorder*" [Title/Abstract] OR "Intellectual Disabilit*" [Title/Abstract] OR "Learning Disabilit*" [Title/Abstract] OR "Mental Disabilit*" [Title/Abstract] OR "Cognitive Disabilit*" [Title/Abstract] OR "Mentally Disabled" [Title/Abstract] OR "Intellectually disabled" [Title/Abstract] OR "Cognitively Disabled" [Title/Abstract] OR "Mental Retardation" [Title/Abstract] OR "Mentally retarded" [Title/Abstract]) AND

((("Netherlands"[AD] OR "Belgium"[AD] OR "Netherlands"[CN] OR "Belgium"[CN] OR "Netherlands"[PL] OR "Belgium"[PL]) OR ("Netherlands"[Mesh] OR "Belgium"[Mesh] OR "Netherlands"[TIAB] OR "Belgium"[TIAB] OR "Netherlands"[TW] OR "Belgium"[TW])) AND English[LA])

Scopus

(TITLE-ABS-KEY ((Test* OR Instrument* OR Scale* OR Assessment* OR Tool* OR Questionnaire* OR Examination* OR Checklist*) AND

("Adaptive skill*" OR "Adaptive functioning" OR "Adaptive Behavior*" OR "Adaptive Behaviour*" OR "Everyday ability*" OR "Independent Behaviour*" OR "Independent Behavior*")) AND

("Intellectual development Disorder*" OR "Intellectual Disabilit*" OR "Learning Disabilit*" OR "Mental Disabilit*" OR "Cognitive Disabilit*" OR "Mentally Disabled" OR "Intellectually disabled" OR "Cognitively Disabled" OR "Mental Retardation" OR "Mentally retarded")) AND

(TITLE-ABS-KEY(netherlands OR belgium) OR AFFILCOUNTRY(netherlands OR belgium))

5.1.2. **Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur**

Het literatuuronderzoek in de Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur is systematisch uitgevoerd. Er is gezocht met overeenkomstige zoektermen als voor het literatuuronderzoek in de Engelstalige wetenschappelijke literatuur, zij het dat de zoektermen los van elkaar of in verschillende combinaties zijn gebruikt omdat de zoekfuncties van de (online) tijdschriften zich hiertoe beperkten.

Voor het literatuuronderzoek in de Nederlandse wetenschappelijke literatuur zijn SpringerLink en de archieven van Nederlandse peerreviewed wetenschappelijke tijdschriften doorzocht, te weten: *Nederlands Tijdschrift voor Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen* (NTZ; edities 2010 t/m 2023), *Tijdschrift LVB Onderzoek & Praktijk* (LVB O&P; edities 2009 t/m 2023, met uitzondering van de edities van najaar 2012, voor- en najaar 2013 en voorjaar 2019) en *Orthopedagogiek Onderzoek en Praktijk* (OOP; edities 2019 t/m 2023). Net als voor de Engelstalige wetenschappelijke literatuur zijn de duplicaten verwijderd, waarna de overgebleven artikelen zijn gescreend op titel en samenvatting. Relevante artikelen werden vervolgens op basis van de volledige tekst geïncludeerd of geëxcludeerd. De gehanteerde in- en exclusiecriteria worden beschreven in subparagraaf 5.1.4.

5.1.3. Grijze literatuur

In de grijze literatuur is gezocht met overeenkomstige zoektermen als voor het literatuuronderzoek in de Engelse en Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur, zij het dat de zoektermen geïsoleerd of in verschillende combinaties zijn gebruikt, omdat de zoekfuncties van de bronnen zich hiertoe beperkten.

De volgende websites zijn doorzocht:

- Uitgeverijen van instrumenten in Nederland en Vlaanderen: Pearson, Hogrefe, Bohn Stafleu van Loghum, Maklu en Garant Uitgevers;
- Kenniscentra: Landelijk Kenniscentrum LVB, Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Nederlands Jeugdinstituut en Kennisplein Gehandicaptensector/Vilans;
- Databanken: COTAN Documentatie en Meetinstrumenten in de zorg.

Daarnaast is onderzocht welke instrumenten momenteel binnen Alliade worden gebruikt en welke dat in het verleden waren.

Relevante instrumenten zijn geïncludeerd op basis van de in- en exclusiecriteria die worden beschreven in subparagraaf 5.1.4.

5.1.4. Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria:

- Artikelen en/of webpagina's met een citaat over instrument(en) die het intellectueel of adaptief functioneren meten;
- Artikelen met een steekproef in Nederland of Vlaanderen;
- Instrument(en) die zijn afgenomen bij mensen met VB.

Exclusiecriteria:

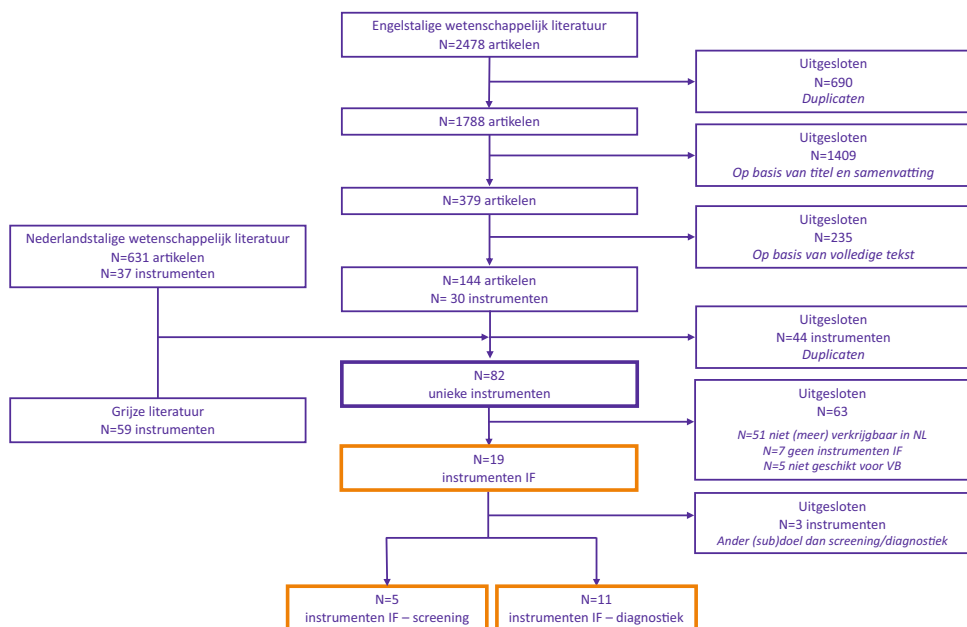
- Artikelen die niet in het Engels of Nederlands zijn geschreven;
- Artikelen, webpagina's of handleidingen waarin geen instrument is afgenomen dat het intellectueel of adaptief functioneren meet;
- Artikelen die niet via open access of het uitgebreide abonnement van de Universiteitsbibliotheek van Rijksuniversiteit Groningen verkrijgbaar zijn;
- Instrumenten met een ander (sub)doel dan screening/diagnostiek van intellectueel en/of adaptief functioneren in het kader van VB.

In dit literatuuronderzoek zijn alle type onderzoeken (originele onderzoeksartikelen, reviews van literatuuronderzoek, gevalsstudies, etc.) geïncludeerd omdat het onderzoek zich richtte op instrumenten die beschikbaar zijn in Nederland of Vlaanderen. Het type onderzoek maakt voor deze onderzoeksvraag niet uit.

5.1.5. Inventarisatie van instrumenten voor intellectueel functioneren

Het stroomschema van het literatuuronderzoek naar intellectueel functioneren is weergegeven in figuur 5.1. Vanuit Engelstalige wetenschappelijke artikelen, Nederlandstalige wetenschappelijke artikelen en Nederlandstalige grijze literatuur resulteerde de zoekstrategie in respectievelijk 30, 37 en 59 instrumenten. Na ontdebelling resulteerde dit in 82 unieke instrumenten. Deze 82 instrumenten werden nogmaals langs de lat van alle criteria gelegd en in het projectteam besproken. Bij twijfel over het al dan niet voldoen aan een of meerdere criteria werd hierop nader gecontroleerd. Op basis van consensus werd uiteindelijk een keuze gemaakt en een lijst met negentien instrumenten samengesteld. Instrumenten met een ander (sub)doel dan screening/diagnostiek van intellectueel functioneren in het kader van VB zijn vervolgens uitgesloten (appendix 7.1.1). Uiteindelijk resulteerde dit onderzoek in vijf instrumenten voor het screenen van het intellectueel functioneren (paragraaf 3.1) en elf instrumenten voor het diagnosticeren van het intellectueel functioneren (paragraaf 3.2).

Figuur 5.1. Stroomschema van het literatuuronderzoek naar instrumenten voor intellectueel functioneren

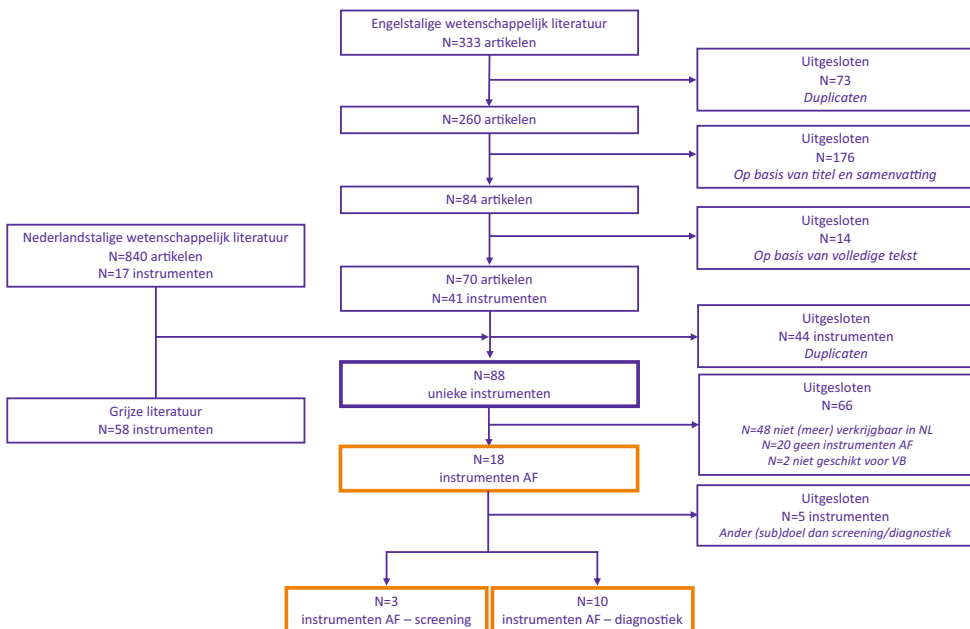


Van 2478 hits in Engelstalige literatuur, 631 hits in Nederlandstalige literatuur en 59 instrumenten in grijze literatuur bleven 5 screeningsinstrumenten en 11 diagnostische instrumenten over. Afkortingen: IF, intellectueel functioneren; VB, verstandelijke beperkingen.

5.1.6. Inventarisatie van instrumenten voor adaptief functioneren

Het stroomschema van het literatuuronderzoek naar adaptief functioneren is weergegeven in figuur 5.2. Vanuit Engelstalige wetenschappelijke artikelen, Nederlandstalige wetenschappelijke artikelen en Nederlandstalige grijze literatuur resulteerde de zoekstrategie in respectievelijk 41, 17 en 58 instrumenten. Na ontdebelling resulteerde dit in 88 unieke instrumenten. Deze 88 instrumenten werden nogmaals langs de lat van alle criteria gelegd en in het projectteam besproken. Bij twijfel over het al dan niet voldoen aan een of meerdere criteria werd hierop nader gecontroleerd. Op basis van consensus werd uiteindelijk een keuze gemaakt en een lijst met achttien instrumenten samengesteld. Instrumenten met een ander (sub)doel dan screening/diagnostiek van adaptief functioneren in het kader van VB zijn vervolgens uitgesloten (appendix 7.1.2). Uiteindelijk resulteerde dit onderzoek in drie instrumenten voor het screenen van het adaptief functioneren (paragraaf 4.1) en tien instrumenten voor het diagnosticeren van het adaptief functioneren (paragraaf 4.2).

Figuur 5.2. Stroomschema van het literatuuronderzoek naar instrumenten voor adaptief functioneren



Van 333 hits in Engelstalige literatuur, 840 hits in Nederlandstalige literatuur en 58 instrumenten in grijze literatuur bleven 3 screeningsinstrumenten en 10 diagnostische instrumenten over. Afkorting: AF, adaptief functioneren.

5.1.7. **Selectie van instrumenten**

Op basis van de geïncludeerde artikelen, websites en handleidingen is een overzicht gemaakt welke instrumenten in Nederland en/of Vlaanderen worden gebruikt. Vervolgens is nagegaan of deze instrumenten nog steeds beschikbaar zijn, zijn uitgegeven in de Nederlandse taal en in het kader van VB het intellectueel of adaptief functioneren meten. Voor sommige instrumenten zijn verschillende versies beschikbaar, zoals een korte variant of een ouder- of leerkrachtversie. Instrumenten zijn als uniek beschouwd als het doel van het instrument ten aanzien van screening en diagnostiek anders is en/of er aparte handleidingen beschikbaar zijn. In dat geval zijn ze als twee aparte instrumenten behandeld. Indien het doel (met betrekking tot screening of diagnostiek) hetzelfde is en er geen aparte handleidingen zijn, is het beschouwd als één instrument met meerdere versies.

5.2. Eigenschappen van instrumenten

Daarna zijn de eigenschappen van deze instrumenten verder onderzocht. Hiervoor werden de desbetreffende handleidingen geraadpleegd. Voor zowel de screenings- als diagnostische instrumenten voor het intellectueel en adaptief functioneren zijn eerst de algemene eigenschappen in kaart gebracht. Naast de afgekorte naam van het instrument, verschijningsjaar en uitgever zijn de volgende algemene eigenschappen onderzocht en beschreven:

- Samenvatting van het doel van het instrument. Indien bekend, is ook beschreven waar het instrument zou kunnen worden toegepast. Voor adaptieve instrumenten is in deze kolom ook het type instrument beschreven. Een direct instrument wordt door gedragskundigen of psychodiagnostisch medewerkers afgenomen in rechtstreeks contact met de te onderzoeken cliënt. Indirecte instrumenten zijn er in verschillende soorten, zoals proxy-vragenlijsten die door informanten wordt ingevuld; vragenlijsten die gedragskundigen of psychodiagnostisch medewerkers aan de hand van een interview samen met informanten invullen; en vragenlijsten die gedragskundigen of psychodiagnostisch medewerkers alleen invullen op basis van een observatie of aan de hand van zijn ervaringen met en kennis over de te onderzoeken cliënt.
- Doelgroep waarvoor het instrument voor is ontwikkeld. Hierbij zijn de doelgroepen overgenomen zoals ze zijn beschreven in de handleiding. Er is dus geen sprake van geüniformeerde definities van de doelgroepen tussen de instrumenten. Indien bekend zijn ook de kalenderleeftijden van de doelgroep(en) genoemd.
- Afnamesetting (bijv. individuele afname vs. groepsafname, papier vs. digitaal, verbaal vs. non-verbaal, in welke context het instrument wordt ingezet, aanwezigheid diagnosticus noodzakelijk etc.);
- Afnamevereisten, zoals vereiste opleiding of training;
- Afnameduur.

Daarnaast zijn bij intellectuele instrumenten ook het aantal subtests waaruit de test bestaat beschreven en het model waarop het instrument is gebaseerd. Voor adaptieve instrumenten zijn het aantal items waaruit de test bestaat, het model waarop het instrument is gebaseerd, de hierop aansluitende domeinen en de adaptieve vaardigheidsgebieden die worden gemeten, weergegeven.

Vervolgens wordt dieper ingegaan op de psychometrische eigenschappen van de screenings- en diagnostische instrumenten. Psychometrische eigenschappen geven informatie over onder andere de normering en toepasbaarheid van een instrument. Het aantal mensen (incl. leeftijdsbereik indien bekend) bij wie de psychometrische eigenschappen door de ontwikkelaars zijn onderzocht (zoals beschreven in de handleiding) is weergegeven voor de volgende doelgroepen:

- Algemene bevolking;
- Mensen met VB. Deze kolom laat zien in hoeverre de doelgroep VB daadwerkelijk is meegenomen in het psychometrische onderzoek;
- Overige groepen (bijv. mensen met een psychiatrische aandoening, ADHD of taalontwikkelingsstoornis).

Daarnaast wordt een overzicht gegeven van uitkomstmaten die na het afnemen van de instrumenten worden gegenereerd. Voorbeelden van uitkomstmaten zijn ruwe scores, standaardscores, percentielscores en totaalscores. Deze scores geven een beeld van het intellectueel en adaptief functioneren en worden door de gedragskundige geïnterpreteerd. De gedragskundige bepaalt welke scores worden gebruikt. Verder wordt bij adaptieve instrumenten ook het soort scoringssysteem (bijv. vierpuntsschaal of vragenlijst met + of -) dat wordt gehanteerd beschreven.

5.3. Vergelijking van instrumenten per doelgroep

Vervolgens wordt verder ingegaan op hoe kan worden bepaald wat voor een cliënt het meest geschikte instrument is om het intellectueel en adaptief functioneren te screenen en diagnosticeren. Bij voorkeur is een screenings- en diagnostisch instrument onderzocht in dezelfde doelgroep als die waartoe de cliënt behoort bij wie het instrument wordt afgenomen, zodat de betrouwbaarheid en validiteit bekend zijn. Daarbij is het vermoeden van de gedragskundige of psychodiagnostisch medewerker ten aanzien van de mate van VB van de cliënt het eerste criterium dat we in acht nemen. De instrumenten hebben we daarom onderverdeeld op basis van de vermoede mate van VB. Het tweede criterium dat we hanteren om het meest geschikte instrument te bepalen, is de kalenderleeftijd van de cliënt. Immers, voor baby's en peuters zijn andere instrumenten geschikt dan voor volwassenen. Het derde criterium is of er contra-indicaties zijn voor het afnemen van instrumenten. Bij iemand die slechthorend is of de Nederlandse taal niet spreekt, kan bijvoorbeeld beter een non-verbaal dan een verbaal instrument worden gebruikt. Het vierde criterium betreft de wetenschappelijke onderbouwing van de instrumenten. Hierbij hebben we de volgende onderverdeling gemaakt:

- Instrumenten die zijn gevalideerd in de doelgroep/leeftijdsgroep als waarvoor ze zijn ontwikkeld.
- Instrumenten die zijn gevalideerd in de doelgroep VB, maar waarbij de mate van VB niet is gespecificeerd.
- Instrumenten die zijn gevalideerd in een doelgroep/leeftijdsgroep, waarbij in de handleiding niet wordt beschreven dat het instrument is ontwikkeld voor deze doelgroep/leeftijd.
- Instrumenten die niet zijn gevalideerd in de doelgroep/leeftijdsgroep, waarbij in de handleiding wel wordt beschreven dat het instrument geschikt is voor deze doelgroep/leeftijd.

Het vijfde criterium dat we hanteren is de afnameduur, waarbij de voorkeur uitgaat naar instrumenten met een zo kort mogelijke afnametijd.

Bovenstaande vijf criteria hebben we voor de volgende doelgroepen van mate van VB weergegeven in keuzewijzers: ontwikkelingsachterstand, LVB, MVB en EV(M)B/ZE-VMB. Bij jonge kinderen is het nog niet mogelijk om de mate van VB vast te stellen, aangezien ze nog in ontwikkeling zijn. Bij hen kan wel een ontwikkelingsachterstand

worden vastgesteld om een indicatie te krijgen van de mate van VB. De keuzewijzers ondersteunen de gedragskundige of psychodiagnostisch medewerker bij het bepalen van het meest geschikte instrument voor het screenen en diagnosticeren van het intellectueel en adaptief functioneren bij een cliënt.

Bronnen hoofdstuk 5

Cochrane Library. (z.d.). *Cochrane PICO search*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.cochranelibrary.com/about/pico-search.

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5, 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.

6.

Uitleiding



Dit onderzoek geeft een uitgebreid overzicht van beschikbare instrumenten om het intellectueel en adaptief functioneren te screenen en diagnosticeren. Is dit keuzemenu compleet? Hoe maak je een keuze? En hoe draagt het inzetten van een passend instrument uiteindelijk bij aan passende zorg?

Is de keuzegids compleet?

Doordat we een literatuuronderzoek hebben gedaan met een omvangrijke zoekstrategie in zowel Engelstalige wetenschappelijke literatuur als Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur en grijze literatuur, durven we met enige overtuiging te stellen dat dit onderzoek een accuraat, actueel en volledig overzicht geeft van de instrumenten die momenteel beschikbaar zijn om het intellectueel en adaptief functioneren te screenen dan wel diagnosticeren.

Hoe een passend screenings- of diagnostisch instrument te kiezen?

Uit dit onderzoek komen voor het intellectueel functioneren vijf screenings- en elf diagnostische instrumenten naar voren. Voor het adaptief functioneren zijn drie screenings- en tien diagnostische instrumenten beschikbaar (figuur 6.1). Doordat er veel verschillende instrumenten bestaan en deze op uiteenlopende plekken worden aangeboden, kan het voor gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers lastig zijn om voor de cliënt het juiste instrument te vinden. Waar let je nu op bij het kiezen van het meest passende instrument?

De eerste stap in het keuzeproces is te bepalen of de behoefte zich richt op (kortere) screening of (uitgebreidere) diagnostiek (stap 1 in figuur 6.1). De tweede stap betreft een keuze tussen het in kaart brengen van het intellectuele functioneren of het adaptieve functioneren (stap 2 in figuur 6.1). Op het eerste oog lijken meerdere instrumenten te kunnen worden gebruikt om het intellectueel functioneren (hoofdstuk 3) en adaptief functioneren (hoofdstuk 4) te screenen en diagnosticeren. Om het keuzeproces verder te gidsen, is het helpend om een instrument te kiezen dat aansluit bij de vermoede mate van VB, dat wil zeggen: de inschatting die de gedragskundige of psychodiagnostisch medewerker vooraf maakt op basis van de beschikbare informatie over de persoon, zoals in het (intake)dossier (stap 3 in figuur 6.1). Zowel de instrumenten voor het screenen en diagnosticeren van het intellectueel functioneren (hoofdstuk 3) als de instrumenten voor het screenen en diagnosticeren van het adaptief functioneren (hoofdstuk 4) hebben we

ingedeeld op basis van geschiktheid voor gebruik bij personen met een vermoede ontwikkelingsachterstand, LVB, MVB en EV(M)B/ZEVMB (figuur 6.1).

Figuur 6.1 gidst gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers op basis van deze drie stappen (screening vs. diagnostiek; intellectueel vs. adaptief; vermoeden van de mate van VB) naar de tabel waarin voor de desbetreffende cliënt de beschikbare instrumenten worden weergegeven. Van al deze instrumenten zijn de algemene en psychometrische eigenschappen in kaart gebracht. Om nog een stapje verder te helpen bij het kiezen, hebben we vier aanvullende criteria opgesteld (stap 4 in figuur 6.1):

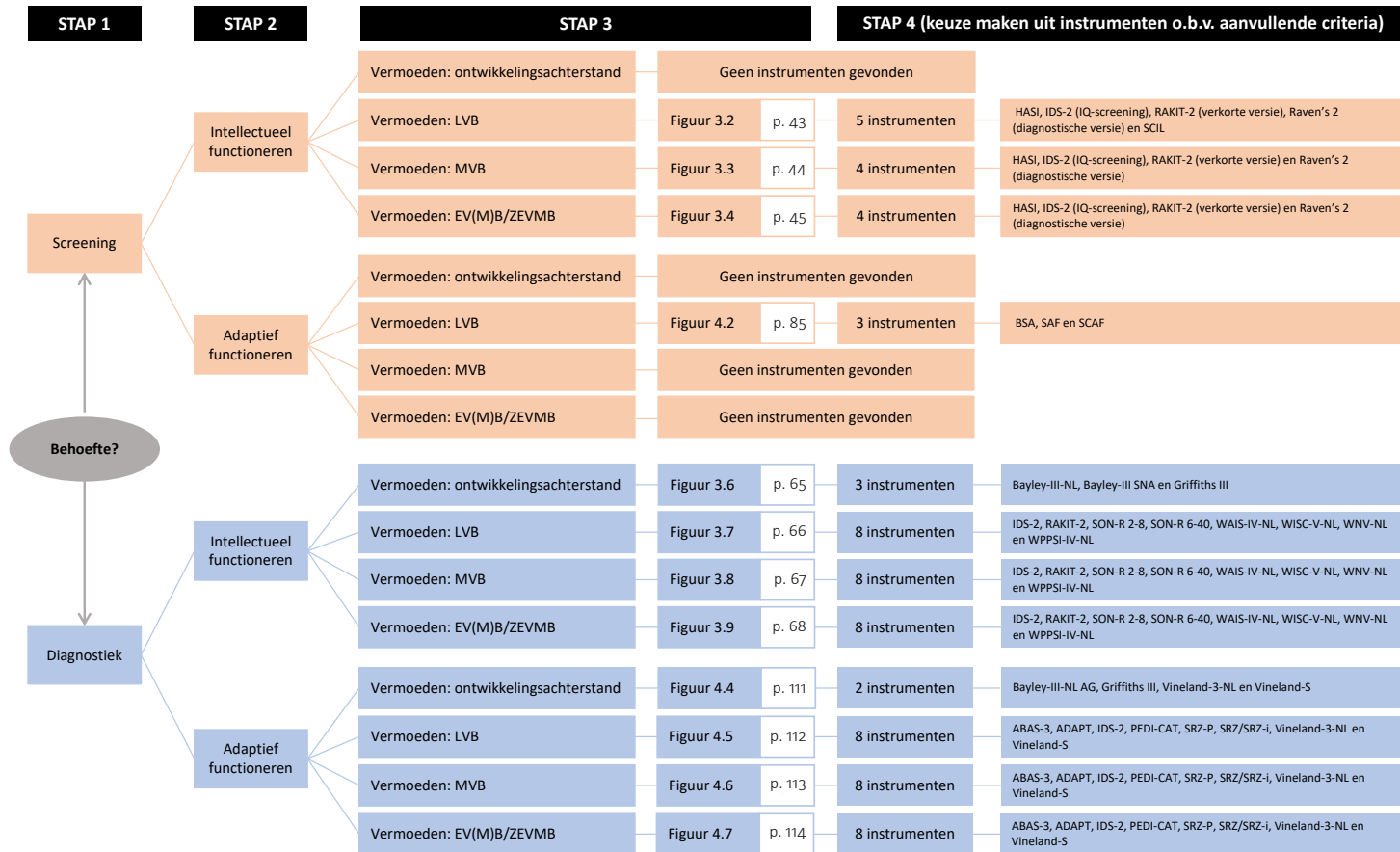
- 1) Kalenderleeftijd van cliënt
- 2) Wijze van afname (verbaal/non-verbaal, dit criterium is alleen van toepassing bij instrumenten voor het intellectuele functioneren)
- 3) Wetenschappelijke onderbouwing
- 4) Afnameduur

In de bij stap 3 in figuur 6.1 genoemde figuren (keuzewijzers) worden bovenstaande criteria per instrument beschreven. Door het hanteren van bovenstaande criteria, die essentieel zijn bij het kiezen van het juiste instrument voor een cliënt, blijkt dat er soms helemaal niet zoveel keus is. Zo wordt bijvoorbeeld duidelijk dat er voor afname bij mensen met een auditieve beperking weinig non-verbale instrumenten beschikbaar zijn. Voor mensen met een visuele beperking zijn helemaal geen geschikte beschikbare instrumenten voor het intellectueel functioneren gevonden.

Daarnaast laat de wetenschappelijke onderbouwing van de beschikbare instrumenten te wensen over. Idealiter worden instrumenten gebruikt die zijn onderzocht/gevalideerd in dezelfde doelgroep als die waartoe de cliënt behoort. Immers, hoe betrouwbaar en valide zijn de gegenereerde resultaten anders? Hierbij valt op dat er voor de doelgroepen LVB en MVB meer instrumenten beschikbaar zijn waarbij psychometrisch onderzoek heeft plaatsgevonden dan voor de doelgroepen EV(M)B en ZEVMB. Bij instrumenten voor de laatste twee genoemde doelgroepen is vaak helemaal geen psychometrisch onderzoek gedaan. Daarnaast, wanneer er wel psychometrisch onderzoek heeft plaatsgevonden, is de steekproefgrootte bij mensen met VB vele malen kleiner dan bij de algemene bevolking.

In de positieve gevallen waarbij wel psychometrisch onderzoek heeft plaatsgevonden, is de mate van VB soms niet gespecificeerd. Gedragskundigen en psychodiagnostisch

Figuur 6.1. Eerste vier stappen van het keuzeproces om een passend instrument te kiezen voor het screenen of diagnosticeren van intellectueel en adaptief functioneren



medewerkers kunnen dan nog steeds niet met zekerheid voor een instrument kiezen dat toepasbaar en valide is bevonden voor de doelgroep waartoe de cliënt behoort. In dezelfde lijn wordt ook lang niet altijd het leeftijdsbereik gegeven van de populatie waarin de psychometrische gegevens zijn onderzocht. Soms is zelfs de gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep onbekend. Dit in tegenstelling tot psychometrisch onderzoek dat is gedaan in de algemene bevolking; hierbij wordt het leeftijdsbereik goed gespecificeerd.

In dit onderzoek zijn we niet ingegaan op de uitkomsten van de psychometrische onderzoeken van de ontwikkelaars. Met andere woorden: we doen in deze keuzegids geen uitspraken over de daadwerkelijke betrouwbaarheid en validiteit van de instrumenten. De betrouwbaarheid en validiteit van een instrument kunnen namelijk per kalenderleeftijd of mate van VB verschillen. We laten het aan gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers, zodra ze tot een keus zijn gekomen, om dit nader te bestuderen in de handleiding.

Aanbevelingen

Gebaseerd op onze bevindingen in het gehele onderzoeksproces, komen we tot enkele aanbevelingen voor ontwikkelaars, uitgevers, zorginstellingen en de sector als geheel:

Vindbaarheid

- Maak essentiële eigenschappen van instrumenten openbaar toegankelijk (open access), bijvoorbeeld op de website van de uitgever, zodat makkelijk vindbaar is of het instrument is gevalideerd om in te zetten bij mensen met VB (en specifiek voor welke mate van VB en welke kalenderleeftijden). Dit helpt gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers om een passend instrument te kiezen. Nu moet vaak eerst de (dure) handleiding worden besteld om te kunnen bepalen of een instrument überhaupt geschikt is.
- Verbeter de vindbaarheid van instrumenten buiten de websites van uitgevers om. Dit onderzoek heeft aangetoond dat er meer screenende en diagnostische instrumenten zijn dan bij veel gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers bekend is. Het risico bestaat dat zij door de bomen het bos niet meer zien en mogelijk minder passende instrumenten inzetten. In het kader van passende zorg is het wenselijk om de vindbaarheid te vergroten. Deze keuzegids helpt daarin. Het zou bovendien wenselijk zijn dat een landelijke vindplaats als *Meetinstrumenten in de zorg* (z.d.) de infor-

matie uit deze keuzegids verwerkt in de digitale databank. Op dit moment bevat *Meetinstrumenten in de zorg* namelijk slechts een fractie van de gevonden instrumenten.

Vergelijkbaarheid

- Zorg voor openbare toegankelijkheid (open access) van essentiële eigenschappen van instrumenten die nodig zijn om instrumenten met elkaar te kunnen vergelijken. In deze keuzegids worden de specifieke eigenschappen die idealiter worden vergeleken uitgelicht. Het is begrijpelijk dat (commerciële) uitgevers zoveel mogelijk informatie in de betaalde handleiding opnemen. Dit belang zou in onze optiek echter niet hoeven te botsen met het deels openbaar beschikbaar stellen van essentiële eigenschappen. Niet de hele handleiding hoeft gratis te worden gedeeld; er kan worden volstaan met een aantal kernelementen (zoals doelgroep, afnameduur, etc.) die nodig zijn om een passend instrument te kunnen kiezen. Wanneer de vergelijkbaarheid wordt verbeterd, is het aannemelijk dat gedragskundigen of psychodiagnostisch medewerkers voor instrumenten kiezen die beter aansluiten bij de cliënt. Zeker voor de nieuwere instrumenten is het daardoor juist commercieel interessant om de informatie te delen.
- We hebben in dit onderzoek alleen de psychometrische onderzoeken meegenomen (en in de overzichten en keuzewijzers opgenomen) die werden genoemd in de handleidingen van de onderzochte instrumenten. Het kan zijn dat er naast deze onderzoeken nog andere onderzoeken zijn gedaan naar de psychometrische eigenschappen, maar dat deze niet in de handleiding zijn genoemd. In dat geval roepen we de ontwikkelaars op om deze onderzoeken toe te voegen aan de handleidingen en/of op de website.

Onderzoek

- Bevorder valideringsonderzoek van instrumenten waarin alle niveaus van VB (LVB, MVB, EV(M)B, ZEVMB) worden meegenomen.
- Rapporteer uitkomsten niet alleen voor alle niveaus van VB tezamen, maar ook apart voor de specifieke doelgroepen (LVB, MVB, EV(M)B, ZEVMB).
- Bevorder de ontwikkeling van en onderzoek naar instrumenten die rekening houden met de specifieke context van de verstandelijk gehandicaptenzorg. Verminderde concentratie van cliënten, bijvoorbeeld, maakt dat de voorkeur veelal uitgaat naar instru-

menten met een kortere afnameduur (Hornstra et al. 2023). De lange afnameduur van een aantal bestaande instrumenten staat haaks op de verkorte aandachtspanne van veel cliënten enerzijds en personele krapte anderzijds.

- Het is belangrijk dat instrumenten die aansluiten bij de meest recente definities van intellectueel en/of adaptief functioneren, aangezien dit de validiteit van een instrument beïnvloedt.
- Enkele van de gevonden instrumenten zijn jaren geleden voor het laatst geactualiseerd, zoals de HASI (2000), SRZ/SRZ-i (2004) en SRZ-P (2004). Wanneer de actualisering te lang op zich laat wachten, brengt dit het risico met zich mee dat het instrument, bijvoorbeeld door de gebruikte plaatjes, niet meer goed aansluit bij de hedendaagse maatschappij (foto's van telefoons dateren bijvoorbeeld snel). Actualiseer instrumenten daarom periodiek, bijvoorbeeld elke tien jaar, zodat de inhoud goed toepasbaar blijft.
- Investeer ook in (door)ontwikkeling en validering van instrumenten voor kleinere doelgroepen die voor uitgevers commercieel niet of minder interessant zijn. Als de gehandicaptensector, kenniscentra, hogescholen en universiteiten de handen ineen slaan, kunnen ze valideringsonderzoek doen waar uitgevers na een kosten-batenanalyse vanaf zien.

Implementatie in zorginstellingen

- Kies allereerst voor passende instrumenten op basis de onderbouwing, bijvoorbeeld of het instrument überhaupt gevalideerd is voor VB, in plaats van op basis van kosten of het feit dat een instrument al in huis is.
- Controleer periodiek of binnen een zorginstelling nog steeds de meest passende instrumenten beschikbaar zijn. In de eerdere hoofdstukken is te zien dat elk jaar nieuwe instrumenten of nieuwe versies uitkomen. Wanneer hieraan onvoldoende aandacht wordt besteed, raakt het beschikbare instrumentarium snel gedateerd en bestaat de kans dat minder passende instrumenten worden ingezet. Deze keuzegids helpt daarbij, al heeft ook deze periodieke actualisering nodig.
- Stop het gebruik van niet of minder passende instrumenten voor de doelgroep waaraan een zorginstelling ondersteuning biedt. Het inzetten van dergelijke instrumenten (terwijl er betere alternatieven zijn) levert minder betrouwbare informatie op.

Van screening en diagnostiek naar passende zorg

Screening en diagnostiek is nooit een doel op zich. Het is nodig om optimaal te kunnen inspelen op de beperkingen, mogelijkheden, wensen en behoeften van cliënten. Screenen en diagnosticeren van de mate van VB is niet het enige dat telt. Het AAIDD-model geeft helder aan dat ook gezondheid (o.a. bijkomende problematiek) en context belangrijk zijn om mee te wegen. De leidraad *Perspectief op persoonsgerichte zorg* benadrukt dit: “Persoonsgerichte zorg voor deze doelgroep vraagt om kennis van een laag ontwikkelingsniveau, disharmonisch profiel, probleemgedrag en diverse bijkomende beperkingen en stoornissen. Het gaat ook om zicht hebben op je eigen gedrag en wat het effect daarvan is op de persoon, omdat probleemgedrag vaak reactief is. De gedragskundige en arts VG beschikken over de expertise om de stoornissen en beperkingen samen met begeleiders te vertalen naar handelen in de praktijk. Tevens is het van belang dat de teamleden bekend zijn met diverse methodieken die kunnen worden gehanteerd voor de omgang met de persoon en de context. Daarnaast vraagt het voortdurende toetsing van de hypothese (beeldvorming van hypothese op basis van diagnostiek en interdisciplinair overleg). Dit vormt de basis voor de vormgeving van begeleiding en behandeling voor de persoon. Hierin heeft de gedragskundige een belangrijke rol. Samen met de begeleiders geeft hij/zij dit vorm” (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2023). In dit citaat uit de leidraad wordt ook meteen de doorvertaling van de beeldvorming naar handelen in de praktijk gemaakt. Screening en diagnostiek dient een doel: begeleiders helpen om passend aan te sluiten bij cliënten. Maar hoe doe je dat?

Begeleidingsmethodieken zijn hierin helpend. Werken volgens een begeleidingsmethodiek voor een specifieke doelgroep geeft begeleiders een methodisch kader en een gedeelde zienswijze en gedeelde uitgangspunten en handvatten om systematisch te handelen. In *De Grote Methodiekengids* (Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek, 2024) wordt een begeleidingsmethodiek als volgt gedefinieerd:

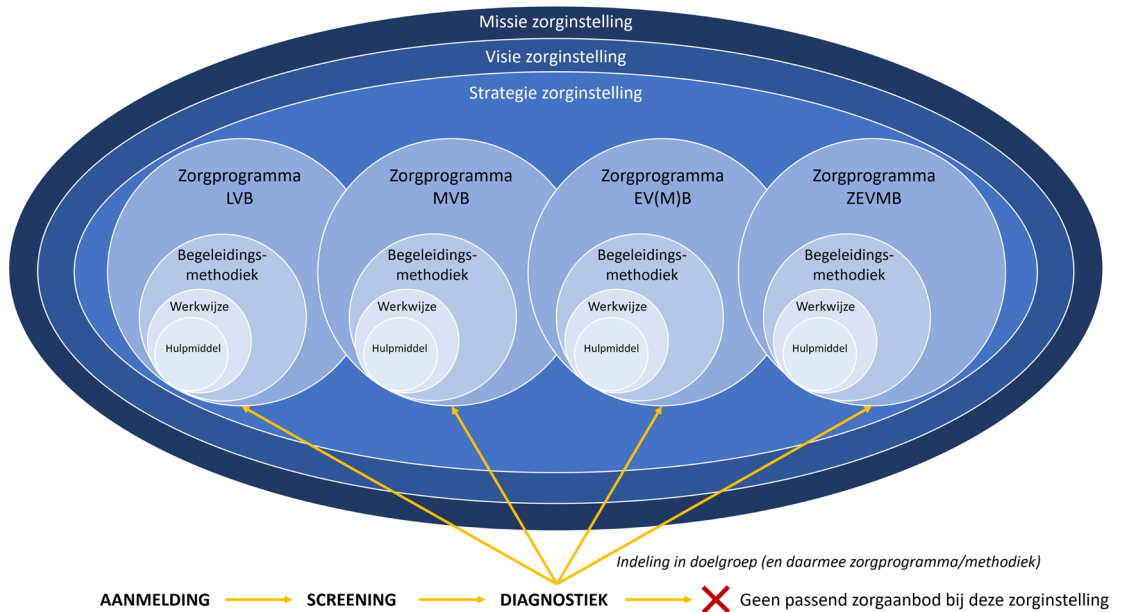
Een begeleidingsmethodiek is een duidelijk omschreven begeleidingswijze om de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking te verhogen. De begeleidingswijze is gebaseerd op een helder geformuleerde zienswijze en daarop gebaseerde uitgangspunten ten aanzien van cliënten. Het betreft een systematische, doorlopende manier van handelen om in te spelen op een specifieke zorgvraag of ondersteuningsbehoefte bij cliënten en/of hun omgeving. Het bestaat uit één of meerdere werkwijzen. Eén of meerdere onderdelen van een begeleidingsmethodiek zijn gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing.

Begeleidingsmethodieken dragen bij aan professionalisering door bewuste(re) bekwaamheid. Dit leidt tot beter passende, meer kwalitatieve zorg, waarmee de kwaliteit van leven wordt vergroot. In *De Grote Methodiekengids* zijn alle in Nederland beschikbare begeleidingsmethodieken voor mensen met VB geïnventariseerd en beschreven. Bovendien is de praktische toepasbaarheid en de wetenschappelijke onderbouwing nageplozen. *De Grote Methodiekengids* helpt zorginstellingen om per doelgroep een keuze te maken voor een passende methodiek.

In deze laatste zin komt het belang van screening en diagnostiek weer terug. Door gedegen screening en diagnostiek kunnen mensen met soortgelijke ondersteuningsbehoeften (een doelgroep) op een gelijksoortige manier worden begeleid (met een methodiek). Het *Kwaliteitskompas* plaatst hierbij een belangrijke opmerking: “Voor professionals is het individuele zorgproces altijd het uitgangspunt, in de wetenschap dat mensen met een beperking vaak groepsgebonden zorg ontvangen” (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022). Met andere woorden: hoewel persoonsgerichte, passende zorg centraal staat, kunnen we er niet omheen dat veel cliënten samen, in groepsvorm wonen, werken of dagbesteding hebben. Werken met doelgroepen en methodieken sluit een persoonsgerichte benadering dan ook niet uit. Er is juist sprake van versterking: begeleidingsmethodieken geven het kader (zienswijze, uitgangspunten) en de manier van handelen die in het algemeen passend is voor een specifieke doelgroep. Binnen die kaders en werkwijze is ruimte voor individueel maatwerk. Kortom, zowel om iemand passend te plaatsen op een woon- of dagbestedingslocatie waar wordt gewerkt met een specifieke methodiek als om individueel maatwerk te leveren, is gedegen screening en diagnostiek belangrijk.

Per doelgroep zijn screening en diagnostiek (en daarmee ook het proces van aanmelding tot plaatsing) essentieel om iemand toe te leiden naar een passend zorgprogramma (figuur 6.2). Een zorgprogramma beschrijft de organisatie van zorg en aan welke standaarden de zorg moet voldoen, gebaseerd op onderbouwing, richtlijnen en wet- en regelgeving. Daar waar het *Kwaliteitskompas* en de leidraad *Perspectief op persoonsgerichte zorg* landelijke documenten op hoofdlijnen zijn, zijn zorgprogramma's de praktische doorvertaling op organisatieniveau (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2023). Samengevat helpen goede screening en diagnostiek cliënten en begeleiders om te komen tot passende, persoonsgerichte zorg.

Figuur 6.2. Illustratie van het proces van screening en diagnostiek dat leidt tot de plaatsing van een cliënt in het meest passende zorgprogramma



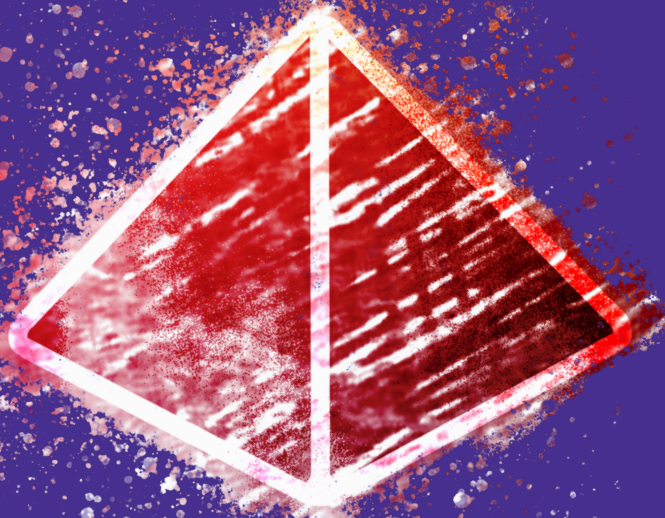
Een zorginstelling heeft idealiter binnen het kader van de missie, visie en strategie per doelgroep een zorgprogramma. Een zorgprogramma is een samenhangend multidisciplinair programma dat de organisatie van de zorg beschrijft en gebaseerd is op onderbouwing, richtlijnen en wet- en regelgeving. Een begeleidingsmethodiek is onderdeel van ieder zorgprogramma, net als behandeling (therapieën), huisvestingseisen, het scholingsplan voor betrokken medewerkers et cetera. Met uitzondering van de begeleidingsmethodiek zijn de overige componenten niet weergegeven in de illustratie. Eenzelfde begeleidingsmethodiek of een therapie kan terugkomen in meerdere zorgprogramma's, afhankelijk van de doelgroep waarvoor deze is ontwikkeld dan wel onderzocht.

Bronnen hoofdstuk 6

- Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek. (2024). *De Grote Methodiekengids: definitie, inventarisatie, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor mensen met een verstandelijke beperking*. University of Groningen Press. <https://doi.org/10.21827/6548bc945d46c>.
- Hornstra, E., Pavlis-Maldonado, G., Hovenkamp-Hermelink, J. H. M. & Dekker, A. D. (2023). Communicatieniveau bepalen bij mensen met het syndroom van Down: Inventarisatie en beoordeling van instrumenten. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 62(3), 113–139. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1019151>.
- Meetinstrumenten in de zorg (z.d.). *Dé vindplaats voor Nederlandstalige meetinstrumenten*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.meetinstrumentenindezorg.nl.
- Stuurgroep Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg. (2022). *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028: Landelijk kompas voor goede zorg en kwaliteit van bestaan*. Beschikbaar: www.vgn.nl/system/files/2023-08/kwaliteitskompas-GHZ_augustus2023_DEF.pdf.
- Stuurgroep Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg. (2023). *Perspectief op persoonsgerichte zorg: Leidraad voor mensen met beperkingen en intensieve zorgvragen*. Beschikbaar: www.vgn.nl/system/files/2023-07/Leidraad_persoonsgerichte%20zorg_juli%202023_def.pdf.
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader Passende zorg*. Beschikbaar: www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg.

7.

Appendices



7.1. Overige, uitgesloten instrumenten

7.1.1. Intellectueel functioneren

Hieronder volgt een overzicht van instrumenten die het intellectueel functioneren meten en een ander (sub)doel hebben dan screening of diagnostiek van VB. Deze instrumenten zijn in het laatste stadium van het literatuuronderzoek afgevallen.

Tabel 7.1. Instrumenten voor het meten van het intellectueel functioneren met een ander (sub)doel dan screening of diagnostiek van VB

Instrument, jaar (uitgever)	Doel	Doelgroep
Adaptief Leervermogen Test (ALT), jaar onbekend (uitgever onbekend)	Doel: testbatterij waarmee de sterke en zwakke kanten van leerlingen in beeld kunnen worden gebracht die ten grondslag liggen aan het niveau van functioneren. Er is ook een verkorte versie beschikbaar (VALT).	Leerlingen met een onderwijsachterstand
Niet Schoolse Cognitieve Capaciteiten Test (NSCCT), jaar onbekend (NSCCT)	Doel: meten van het leerpotentieel van leerlingen. Op school- en groepsniveau geeft dit (samen met Dia- en Cito-vaardigheidsscores) inzicht in de kwaliteit van het aanbod en op individueel niveau op mogelijk onderpresteren. Testservice Onderwijs heeft de relatie tussen het leerpotentieel (bepaald met de NSCCT) en de Dia- en Cito-vaardigheidsscores in kaart gebracht. Daarmee wordt duidelijk welke vaardigheidsscore mag worden verwacht bij een bepaald leerpotentieel. Op school- en groepsniveau geeft dit inzicht in de kwaliteit van het aanbod en op individueel niveau op mogelijk onderpresteren. Met deze inzichten kunnen scholen gericht werken aan verbeterplannen en de effecten ervan monitoren.	<ul style="list-style-type: none"> • Groepen 4 t/m 8 van het basisonderwijs • Klassen 1 t/m 3 van het voortgezet onderwijs
Nederlandse Intelligentietest voor Onderwijsniveau (NIO), 2018 (Boom uitgeverij)	Doel: een intelligentietest die is ontwikkeld om behulpzaam te zijn bij een juiste keuze van het niveau van (vervolg)onderwijs voor leerlingen.	<ul style="list-style-type: none"> • Groepen 7 en 8 van het basisonderwijs • Groepen 7 en 8 van het speciaal basisonderwijs • Klassen 1 t/m 3 van het voortgezet onderwijs

Bronnen overige instrumenten voor intellectueel functioneren

ALT

Landelijk Kenniscentrum LVB. (z.d.). *De (verkorte) adaptief leervermogen test: (V)ALT*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.kenniscentrumlvb.nl/wp-content/uploads/2023/05/VALT-LVB-2023-NW-DEF.pdf

Ponsioen, A. (2016). De adaptief leervermogen test (ALT). *Onderzoek & Praktijk*, 14(2), 14–30.

NSCCT

NSCCT. (2024). *NSCCT Capaciteitentest voor leerpotentieel*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.dia-nscc.nl.

NIO

Van Dijk, H. (2018a). *NIO & 10 jaar aanvullend intelligentieonderzoek*. Boom uitgevers.

Van Dijk, H. (2018b). *NIO Nederlandse Intelligentietest voor onderwijsniveau. Handleiding en verantwoording* (2^e druk). Boom uitgevers.

7.1.2. Adaptief functioneren

Hieronder volgt een overzicht van instrumenten die het adaptief functioneren meten en een ander (sub)doel hebben dan screening of diagnostiek van VB. Deze instrumenten zijn in het laatste stadium van het literatuuronderzoek afgevalen.

Tabel 7.2. Instrumenten voor het meten van het adaptief functioneren met een ander (sub)doel dan screening of diagnostiek van VB

Instrument, jaar (uitgever)		Type en doel	Doelgroep
Adaptive skills scale, 2012 (uitgever onbekend)		Type: proxy-vragenlijst gebruikt in onderzoek en ontwikkeld door Migerode, F., Maes, B., Buysse, A., & Brondeel, R. op basis van SIS, (Thompson et al., 2004). Niet gevalideerd. Doel: AF snel in kaart te brengen i.v.m. wetenschappelijk onderzoek.	Ingevuld door ouders van kinderen (16-24 jr.) met LB, VB en meervoudige beperkingen
INVRA, 2001 (Invrability)	INVRA-Ouderschap	Type: observatielijsten (ouders/begeleiders)	Mensen met VB. Ingevuld door ouders en/of begeleiders
	INVRA-Wonen	Doel: competenties van cliënten meten	
	INVRA-Arbeid	Toepassing: binnen de begeleidingsmethodiek Op Eigen Benen zijn online instrumenten ontwikkeld die praktische handvatten bieden om de competenties van cliënten te meten en te ontwikkelen. De INVRA (INventarisatie Van Redzaamheid Aspecten) instrumenten dragen bij aan het vervullen van drie basisbehoeften (1. autonomie en zelfsturing, 2. talent- en competentie-ontwikkeling, 3. verbonden zijn en zich verbonden voelen) door in te zetten op competentie-ontwikkeling en het versterken van eigenwaarde.	
LIFE-H, 2001 (uitgever onbekend)	Volledig	Type: proxy-vragenlijst Doel: participatie van mensen met een beperking in dagelijkse en sociale activiteiten in kaart brengen.	Kinderen en volwassenen met uiteenlopende beperkingen. Onderzoek is vooral gedaan bij mensen NAH met verschillende (mates van) beperkingen, onder meer op het gebied van cognitie, communicatie en sensomotoriek.
	Verkort		

Afkortingen: AF, adaptief functioneren; LB, lichamelijke beperking; i.v.m., in verband met; NAH, niet-aangeboren hersenletsel; SIS, Supports Intensity Scale, schaal intensiteit van ondersteuningsbehoeften; VB, verstandelijke beperkingen.

Instrument, jaar (uitgever)	Type en doel	Doelgroep
RSI, 2018 (Hogrefe)	<p>Type: beoordelingschaal voor functionele beperking</p> <p>Doel: informatie verkrijgen over de mate van impact van een psychologische, fysieke of cognitieve stoornis op het dagelijks leven.</p> <p>Toepassing: ondersteuning bij het diagnostische proces wanneer er sprake is van psychische of fysieke aandoeningen, om zo extra info te verkrijgen over de mate van functionele beperkingen in verschillende leefgebieden van een kind of jongere.</p>	Kinderen en jongeren
ZRM-instrumentarium, 2017/2020 (GGD Amsterdam)	<p>ZRM/ SSM-D 2017</p> <p>ZRM-J/ SSM 2020</p> <p>ZRM Huishoudens 2020</p> <p>Type: beoordelingsmatrix. De diagnosticus kan de ZRM tijdens of direct na het gesprek invullen.</p> <p>Doel: mate van sociale zelfredzaamheid in kaart brengen. Score kan worden gebruikt om de behandeling te plannen of de hulpvraag te verduidelijken.</p> <p>Uit de score op de ZRM is niet af te leiden wat de oorzaken van het waargenomen functioneren zijn. Deze geeft dus geen richting aan een behandeling om de oorzaken weg te nemen. Daarvoor is meer (diagnostische) informatie nodig.</p>	<p>Volwassenen met VB</p> <p>Jongeren</p> <p>Gezinnen</p>

Afkortingen: VB, verstandelijke beperkingen, ZRM, Zelfredzaamheid-Matrix.

Bronnen overige instrumenten voor adaptief functioneren

Adaptive skills scale

Migerode, F., Maes, B., Buysse, A., & Brondeel, R. (2012). Quality of life in adolescents with a disability and their parents: the mediating role of social support and resilience. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(5), 487–503. <https://doi.org/10.1007/s10882-012-9285-1>

INVRA

Invrability. (z.d.). *INVRA instrumenten*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.invrability.nl/invra-instrumenten

LIFE-H 3.0

Meetinstrumenten in de zorg (2017). *Assessment of Life Habits: LIFE-H*. Geraadpleegd op 7 mei 2024 van www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/assessment-of-life-habits-2

RSI

Goldstein, S. & Naglieri, J.A. (2018). *RSI – Beoordelingschaal voor functionele beperkingen*. Handleiding. Hogrefe Uitgevers.

ZRM

Lauriks, S., Buster, M., De Witt, M., Van de Weerd, S., Van den Boom, W., Segeren, Klaufus, Kamann, T., Fasseart, T. & Tigchelaar. (2016). *Zelfredzaamheid-Matrix 2017*. GGD Amsterdam. Beschikbaar: www.zelfredzaamheidmatrix.nl/wp-content/uploads/200303-Zelfredzaamheid-Matrix-2017-v2.0.pdf

Lauriks, S., Buster, M., De Witt, M., Van de Weerd, S., Kamann, T., Van den Boom, W. & Fasseart, T. (2020). *Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix 2017 (versie 2.0)*. GGD Amsterdam. Beschikbaar: www.zelfredzaamheidmatrix.nl/wp-content/uploads/200303-Handleiding-Zelfredzaamheid-Matrix-2017-v2.0.pdf

Lauriks, S., Kamann, T., Van Dam, C. & Lekkerkerker, L. (2019). *ZRM Jongeren 2020*. GGD Amsterdam. Beschikbaar: www.zelfredzaamheidmatrix.nl/wp-content/uploads/200303-ZRM-Jongeren-2020.pdf

Kamann, T., Lauriks, S., Veldkamp, C., De Witt, M., Van Dam, C. & Lekkerkerker, L. (2020). *Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix voor Jongeren 2020 (versie 1.1)*. GGD Amsterdam. Beschikbaar: www.zelfredzaamheidmatrix.nl/wp-content/uploads/handleiding-zrm-jongeren-v20-def.pdf

Kamann, T., Lauriks, S., Van Dam, C. & De Witt, M. (2019). *ZRM Huishoudens 2020*. GGD Amsterdam. Beschikbaar: www.zelfredzaamheidmatrix.nl/wp-content/uploads/200303-ZRM-Huishoudens-2020.pdf

Kamann, T., Lauriks, S., Veldkamp, C., Van Dam, C. & De Witt, M. (2020). *Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix voor Huishoudens 2020 (versie 1.1)*. GGD Amsterdam. Beschikbaar: www.zelfredzaamheidmatrix.nl/wp-content/uploads/200904-Handleiding-ZRM-Huishoudens.pdf

7.2. Verklarende woordenlijst

Adaptief functioneren	<p>Het adaptief functioneren wordt beschouwd als een verzamelbegrip voor de conceptuele, sociale en praktische vaardigheden die geleerd en uitgevoerd worden door mensen in hun dagelijks leven. Beperkingen in het adaptief functioneren worden vastgesteld met een gestandaardiseerd instrument. Deze beperkingen treden op in een of meerdere van de drie domeinen van adaptief functioneren: de conceptuele, sociale en/of praktische vaardigheden. Beperkingen in het adaptief functioneren worden medebepaald door de verwachtingen en normen die gelden in de omgeving waarin iemand opgroeit (Schalock et al., 2021).</p>
Begeleidingsmethodiek	<p>Een begeleidingsmethodiek is een duidelijk omschreven begeleidingswijze om de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking te verhogen. De begeleidingswijze is gebaseerd op een helder geformuleerde zienswijze en daarop gebaseerde uitgangspunten ten aanzien van cliënten. Het betreft een systematische, doorlopende manier van handelen om in te spelen op een specifieke zorgvraag of ondersteuningsbehoefte bij cliënten en/of hun omgeving. Het bestaat uit een of meerdere werkwijzen. Een of meerdere onderdelen van een begeleidingsmethodiek zijn gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing.</p>
Kwaliteitskompas GHZ	<p>Het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 is de actualisatie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. “Het doel van dit landelijk kompas is om mensen met een beperking die profes-</p>

sionele zorg, ondersteuning of begeleiding krijgen, duidelijkheid te geven: wat mogen zij verwachten van de professionals en de organisaties waar zij wonen en/of waarvan zij zorg en ondersteuning ontvangen? Het helpt professionals en teams om zorg te verbeteren en te blijven leren en reflecteren. Het helpt leidinggevendenden om voorwaarden voor kwaliteit te scheppen. En het biedt zorgaanbieders inzicht in de kwaliteit van de organisatie. Dat levert input op voor het (doorontwikkelen van) beleid en biedt een handvat voor verantwoording naar externe partijen. Het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 heeft betrekking op gehandicaptenzorg die onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt” (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022).

Instrumenten

Directe of indirecte testen, schalen en vragenlijsten.

Intellectueel functioneren

Het intellectueel functioneren omvat de intellectuele vaardigheden van een persoon, zoals redeneren, plannen, problemen oplossen, abstract denken, complexe concepten begrijpen en tot stand brengen, en het leervermogen. Beperkingen in het intellectueel functioneren kunnen worden aangetoond met behulp van een gestandaardiseerd instrument om de intelligentie te meten. Er is sprake van een beperking in het intellectueel functioneren als het vastgestelde IQ lager is dan 70-75 (Schalock et al., 2021).

Ontwikkelingsachterstand

Bij jonge kinderen is het vaak niet mogelijk om het intellectueel en adaptief functioneren betrouwbaar vast te stellen. Er wordt dan over een ontwikkelingsachterstand gesproken in plaats van over verstandelijke beperkingen. In de DSM-5-TR is bij

kinderen jonger dan 5 jaar sprake van een ‘globale ontwikkelingsachterstand’. De ICD-11 spreekt bij kinderen jonger dan 4 jaar van een ‘voorlopige VB’.

Verstandelijke beperkingen

Er zijn meerdere officiële definities. Wereldwijd worden de definities van de AAIDD, DSM-5-TR en ICD-11 het meest gehanteerd. Deze drie komen redelijk goed overeen. In alle drie staan significante beperkingen centraal in zowel het intellectueel (twee of meer standaardafwijkingen onder het gemiddelde IQ van 70) als adaptief functioneren (twee standaardafwijkingen onder de gemiddelde SS). Ook wordt door alle drie benadrukt dat de beperkingen moeten zijn ontstaan in de ontwikkelingsperiode dan wel voor de leeftijd van 22 jaar.

Zorgprogramma

Een zorgprogramma is een samenhangend multidisciplinair programma dat de organisatie van de zorg beschrijft en gebaseerd is op onderbouwing, richtlijnen en wet- en regelgeving.

Zwakbegaafdheid

Zwakbegaafdheid werd voorheen gedefinieerd als een IQ tussen grofweg 70 en 85 (DSM-IV-TR en ICD-10). Vandaag de dag (DSM-5-TR en ICD-11) is het IQ-criterium komen te vervallen. Mensen met zwakbegaafdheid kunnen in de praktijk tot de doelgroep LVB worden gerekend wanneer zij qua ondersteuningsbehoefte een beroep doen op de verstandelijk gehandicaptenzorg.

7.3. Afkortingenlijst

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
ADD	aandachtstekortstoornis
ADHD	aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit
AF	adaptief functioneren
ASS	autismespectrumstoornis
DS	downsyndroom
DSM-5-TR	Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5 ^e druk tekstrevisie)
EV(M)B	ernstige verstandelijke (en meervoudige) beperkingen
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
ICD-II	Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen (International Classification of Diseases)
IF	intellectueel functioneren
IQ	intelligentiequotiënt
jr.	jaar
LVB	lichte verstandelijke beperkingen
min.	minuten
MVB	matige verstandelijke beperkingen
NAH	niet-aangeboren hersenletsel
n.b.	niet beschreven
NTZ	Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen
OOP	Orthopedagogiek: Onderzoek & Praktijk
PDCA	plan, do, check, act (plannen, uitvoeren, evalueren en zo nodig bijstellen)
PDD-NOS	pervasieve ontwikkelingsstoornis
PWO	afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek van Alliade
SD	standaardafwijking
SS	genormaliseerde standaardcores met name normscores met gemiddelde= 100 en SD= 15

VB	verstandelijke beperkingen
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
z.d.	zonder datum
ZEVB	zeer ernstige verstandelijke beperkingen
ZEV(M)B	zeer ernstige verstandelijke (en meervoudige) beperkingen
ZEVMB	zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen

7.4. Over PWO

De afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade beantwoordt veelgehoorde praktijkvragen van onder andere cliënten, begeleiders, behandelaars en managers/bestuurders door middel van onderzoek. Onderzoek van PWO voldoet aan twee voorwaarden, vervat in de afdelingsnaam: het komt ten goede aan de cliënt van vandaag en/of morgen (praktijkgericht) en voldoet aan wetenschappelijke standaarden. Door hieraan te voldoen qua studieopzet, methoden, verslaglegging et cetera wordt geborgd dat de resultaten representatief en valide zijn. Doordat PWO heel dicht bij de werkvloer staat en samen met zorgmedewerkers, vertegenwoordigers en, zo mogelijk, cliënten onderzoek verricht, wordt de specifieke context van de gehandicaptenzorg altijd meegenomen. Resultaten uit onderzoek vloeien terug naar de werkvloer van Alliade, maar worden ook altijd op diverse manieren openbaar gedeeld.

Het onderzoek van PWO is geconcentreerd binnen drie onderzoekslijnen:

- 1) LVB
- 2) Specialistische ouderenzorg (onder andere dementie bij mensen met VB)
- 3) Evidence-based screening, diagnostiek, behandeling en begeleiding

In het onderzoek houdt PWO altijd cliënten en medewerkers van Alliade en daarbuiten in het achterhoofd. Daarom stoppen we niet bij het publiceren van een wetenschappelijk artikel, maar communiceren we in de volle breedte over ons onderzoek: van nieuwsbrief tot video en van website tot onze jaarlijkse Alliade Kennisdagen. En daarmee houdt het niet op: implementeren is van nog groter belang. PWO ontwikkelt niet alleen kennis, maar juist ook concrete producten waarmee de praktijk verder kan: hulpmiddelen, infographics, keuzewijzers, vragenlijsten et cetera. Enkele recente producten van PWO of waaraan PWO heeft meegewerkt:

- Alliade screening downsyndroom (ASDS): periodieke screening voor (vroeg)signalering en diagnostiek van ouderdomsverschijnselen bij mensen met downsyndroom www.alliade.nl/pwo/downsyndroom
- BPSD-DS-2 vragenlijst voor dementiegerelateerde gedragsveranderingen www.alliade.nl/pwo/bpsd-ds

- De Grote Methodiekengids: definitie, inventarisatie, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor mensen met een verstandelijke beperking
www.alliade.nl/pwo/begeleidingsmethodieken
- Diagnostisch hulpmiddel voor dementie bij mensen met (zeer) ernstige verstandelijke (en meervoudige) beperkingen
www.alliade.nl/pwo/dementie-zevmb
- Screeningsinstrument voor dysfagie bij mensen met een verstandelijke beperking (SD-VB)
www.alliade.nl/pwo/sd-vb
- Inzet van de WatchPAT bij mensen met downsyndroom
www.alliade.nl/pwo/watchpat

Meer weten over de andere onderzoeksprojecten van PWO?



www.alliade.nl/pwo



Aanmelden voor de PWO-kwartaalnieuwsbrief via pwo@alliade.nl



www.linkedin.com/showcase/pwo-alliade



pwo@alliade.nl

7.5. Disclaimer

In de *Keuzegids screening & diagnostiek VB* wordt de term ‘cliënt’ gebruikt om iemand met VB aan te duiden. Met de term ‘begeleider’ bedoelen we activiteitenbegeleiders, ambulante ondersteuners, begeleiders op dagbestedingslocaties, begeleiders op woonlocaties, coaches, coördinerend begeleiders, persoonlijk begeleiders, verzorgenden, (Z-) verpleegkundigen, et cetera. Orthopedagogen, orthopedagoog-generalisten, psychologen en gezondheidszorgpsychologen duiden we versimpeld aan als gedragskundige. Ieder mens is uniek en we willen noch mensen met VB, noch individuele medewerkers hiermee tekortdoen. Toch achten we het voor de eenduidigheid en zorgvuldigheid nodig om een gemeenschappelijk jargon te hanteren.

In de tabellen in hoofdstuk 3 en 4 waarin de psychometrische eigenschappen van screenings- en diagnostische instrumenten voor het intellectueel en adaptief functioneren zijn weergegeven, hebben we met het oog op eenheid van taal ‘ontwikkelingsleeftijden’ aangehouden wanneer de uitgever spreekt over leeftijdsequivalenten, ontwikkelingsleeftijdequivalenten of referentieleeftijden.

De auteurs bedanken Hogrefe Uitgevers voor het kosteloos beschikbaar stellen van een aantal handleidingen ten behoeve van dit onderzoek. Het onderzoek is onafhankelijk uitgevoerd. Hogrefe Uitgevers had geen invloed op de uitvoering, interpretatie en rapportering.

De keuzegids is tot stand gekomen op basis van uitgebreid literatuuronderzoek. Wij hebben gestreefd naar een zorgvuldige en volledige uitgave. Heeft u suggesties of ziet u onverhoopt toch een fout of omissie, dan nodigen we u uit om ons hierop te wijzen via het centrale e-mailadres van de afdeling PWO: pwo@alliade.nl. Deze inbreng kan worden meegenomen in een volgende editie van de *Keuzegids screening & diagnostiek VB*.

Om mensen met een verstandelijke beperking passende, persoonsgerichte zorg te kunnen bieden, is het van belang hun mogelijkheden en beperkingen goed in kaart te brengen. Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectueel als adaptief functioneren, ontstaan in de ontwikkelingsperiode. Maar hoe stel je een verstandelijke beperking vast? En hoe bepaal je de mate ervan?

De *Keuzegids screening & diagnostiek VB* presenteert een uitgebreid overzicht van Nederlandstalige instrumenten om het intellectueel en adaptief functioneren te screenen of diagnosticeren. Er zijn veel verschillende instrumenten beschikbaar, maar welke kies je? Gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers hebben vaak onvoldoende tijd en onvoldoende toegang tot de benodigde informatie om voor een individuele cliënt tot een optimale keus te komen.

Daarom geeft de Keuzegids heldere overzichten van de eigenschappen van de instrumenten en de doelgroepen (op basis van de mate van VB) waarvoor ze geschikt zijn. Per doelgroep (ontwikkelingsachterstand, LVB, MVB, EV(M)B/ZEVMB) helpen handige keuzewijzers gedragskundigen en psychodiagnostisch medewerkers te kiezen voor een instrument dat past bij de cliënt die hij/zij voor zich heeft.

Deze onafhankelijke gids is onmisbaar voor gedragskundigen, psychodiagnostische medewerkers en beleidsmakers in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Het boek bundelt de uitkomsten van uitgebreid literatuuronderzoek en voorkomt dat iedere zorginstelling opnieuw alle instrumenten moet vinden en vergelijken.

Voor iedere cliënt een passend instrument?

Door Aurora Ulgiati, Marjanne van der Hoek, Irene Ijma en Alain Dekker

*De uitgave is tot stand gekomen in samenwerking met
Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek.*

The logo for Alliade, featuring a stylized blue bird icon above the word "alliade" in a lowercase, blue, sans-serif font.

University of Groningen Press