



KWALITEITSCENTRUM
DIAGNOSTIEK^{VZW}

Classificerend Diagnostisch Protocol Verstandelijke Beperking



KWALITEITSCENTRUM
DIAGNOSTIEK^{vzw}



Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw
Kortrijksesteenweg 405
9000 Gent

Website: www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be
E-mail: communicatie@kwaliteitscentrumdiagnostiek.be

Titel: Classificierend Diagnostisch Protocol Verstandelijke Beperking
Experts (alfabetisch): Nele Coertjens, Klaartje Cops, Nienke Deblonde, Tine Gheysen, Edith Gysen, prof. dr. Jo Lebeer, prof. dr. Bea Maes, dr. Mark Schittekatte en Lies Verlinde
Coördinatie: Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw in samenwerking met Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
Redactie: Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw
Versie: 2021

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

Inhoudstafel

1. Inleiding	1
1.1 Protocollering in Vlaanderen	1
1.2 Classificerende diagnostische protocollen binnen visie kwaliteitsvolle diagnostiek	1
1.3 Herwerking classificierend diagnostisch protocol verstandelijke beperking	3
2. Definitie en terminologie	5
3. Sociaal-ecologische visie	6
4. Classificerende diagnostiek van verstandelijke beperking	8
4.1 Het criterium intelligentie	8
4.2 Het criterium adaptief gedrag	10
4.3 Het ontwikkelingscriterium	11
4.4 Specificatie van ernst	11
5. In welke situaties kan het protocol gebruikt worden?	14
5.1 Wanneer een diagnostisch onderzoek uitvoeren?	14
5.2 Algemene aandachtspunten	14
6. Samenstelling van het diagnostisch team	19
7. Hoe diagnostiek naar deze stoornis op een kwaliteitsvolle manier uitvoeren?	20
7.1 Aanmelding en intake	20
7.2 Kritische reflectie, hypothesevorming	20
7.3 Alternatieve en bijkomende hypothesen	21
7.4 Diagnostisch onderzoek en onderzoeksmiddelen	21
7.5 Multidisciplinair overleg en conclusie	22
7.6 Adviesgesprek en verslaggeving	22
8. Instrumentarium en kwalificatie	24
8.1 Toelichting bij de kwalificatie van cognitieve vaardigheidstests	24
8.2 Toelichting bij de kwalificatie van testen adaptief gedrag	25
8.3 Pen-en-papier versus digitale testafname en de waarde van digitale scoreprogramma's	26
8.4 Instrumentenfiches cognitieve vaardigheid	28
8.5 Instrumentenfiches adaptief gedrag	54
9. Literatuuroverzicht	72
Bijlage 1	77
Bijlage 2	79

1. Inleiding

1.1 Protocollering in Vlaanderen

De Smet (2009a) definieert een protocol als een soort draaiboek, dat een gestructureerde, systematische, logische en concrete leidraad biedt om handelingen binnen het hulpverleningsproces – gericht op een welomschreven problematiek – zo concreet en stapsgewijs mogelijk te kunnen uitvoeren. In Vlaanderen bestaan binnen de hulpverlening reeds tal van behandelings- en begeleidingsprotocollen (o.a., Braet & Bögels, 2020), maar ook diagnostische protocollen worden steeds vaker ontwikkeld. Voorbeelden hiervan zijn onder meer het bestaan van classificerende diagnostische protocollen binnen het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en handelinggerichte diagnostische protocollen in het onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding (Prodia)¹, de geestelijke gezondheidszorg (Braet, 2015) en de bijzondere jeugdzorg (Federatie OOC, 2013).

Protocollair werken wordt door de Vlaamse overheid aangemoedigd, daar het expliciteren en onderbouwen van technieken en methodieken leidt tot een kennisdeling van kwaliteitsvolle expertise (De Smet, 2009a, 2009b). Ook vanuit wetenschappelijke hoek kan de meerwaarde van het gebruik van een protocol beargumenteerd worden. Niet enkel bundelt een protocol een wetenschappelijk onderbouwde stand van zaken en recente ontwikkelingen inzake een specifiek studieobject. Een protocol kan er ook voor zorgen dat hulpverleners, en diagnostici in het bijzonder, minder kwetsbaar zijn voor oordeelsfouten zoals bijvoorbeeld een confirmatorische teststrategie of tunnelvisie (Federatie OOC, 2013). Een protocol kan dus zeer waardevol en nuttig zijn. Daartegenover blijft het evenwel belangrijk te onderstrepen dat een protocol geenszins een vervanging kan betekenen van een klinische en kritische blik. Ook De Smet (2009b) wijst erop dat men het gebruik van een protocol niet mag herleiden tot het standaard volgen van een soort heilige gids. Het huidige diagnostische protocol dient dan ook in het licht van deze nuancerings gehanteerd te worden.

1.2 Classificerende diagnostische protocollen binnen visie kwaliteitsvolle diagnostiek

1.2.1 Definitie diagnostiek

Diagnostiek wordt vaak gelijkgesteld aan het identificeren van een ziekte of stoornis en het bepalen

van een categorie waartoe een persoon behoort. Daarbij wordt vaak gebruik gemaakt van classificatiesystemen zoals de International Classification of Diseases, 10^{de} editie (ICD-10, World Health Organization, 1993²) en de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^{de} editie (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), waarin ziektes en mentale stoornissen beschreven worden aan de hand van verschillende criteria. Indien het gedrag van een persoon voldoet aan een bepaalde constellatie van criteria, dan wordt een categorie toegekend of een diagnose gesteld. Deze classificerende diagnostiek staat in het huidige protocol centraal.

Echter, diagnostiek is meer dan het checken van de criteria die een stoornis of aandoening definiëren. Wanneer we het woord 'diagnostiek' vanuit etymologische hoek benaderen, dan weten we dat dit afgeleid is van het Griekse 'diá' (door...heen) en 'gnósiskein' (leren; weten). Vrij vertaald betekent dit dus het grondig leren kennen. Diagnostiek betreft het leren kennen van een persoon in zijn geheel, gaande van het begrijpen van gezondheidsproblemen en positieve aspecten van gezondheid, de context waarin deze voorkomen en de impact die ze hebben op het adaptief functioneren en de participatie in de maatschappij. Daarbovenop wordt in de literatuur het belang van de persoonlijke ervaringen en belevingen van patiënten (een narratieve, idiografische component) binnen een diagnostisch traject meer en meer onderschreven (World Psychiatric Association, 2003).

1.2.2 Diagnostische vragen

Hoe een diagnostisch proces eruit zal zien, wordt in belangrijke mate bepaald door wat men als finaliteit percipieert. Onder clinici wordt vaak als hoofddoel gesteld dat diagnostiek als basis dient voor behandeling en zorg. Echter, binnen verschillende settings zal deze doelstelling een andere invulling krijgen en andere vragen opwekken. Is het doel van diagnostiek gericht op classificatie opdat toegang tot bepaalde types hulp kan verkregen worden? Willen we een verklaring bieden voor de problemen en de biopsychosociale instandhoudende of uitlokkende factoren in kaart brengen? Is het doel een therapeutisch handlingsplan op te stellen, en willen we in een tweede stap deze therapeutische interventies evalueren? Is het doel na te gaan hoe een goede inclusieve leeromgeving te creëren? Willen we aan de hand van het diagnostisch proces het leerpotentieel van de betrokkene leren kennen en willen we hierbij de ondersteunende factoren in de omgeving identificeren? Deze en vele andere vragen belichten verschillende perspectieven over wat diagnostiek kan inhouden

¹ <http://www.prodiagnostiek.be>

² De ICD-11 werd voorgesteld op de bijeenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in mei 2019, met als doel deze in de lidstaten te implementeren vanaf 1 januari 2022.

(Lebeer et al., 2013).

In de literatuur worden de verschillende diagnostische vragen vaak in verschillende types onderverdeeld: vragen met betrekking tot onderkenning, verklaring, predictie, indicatie en evaluatie (Vertommen et al., 2005). Onderkende vragen richten zich op de beschrijving van een problematiek, een niveaubepaling of de vaststelling van een bepaalde stoornis. Bij verklarende vragen ligt de focus op het in kaart brengen van de uitlokkende en/of instandhoudende factoren van een probleem. Predictie heeft betrekking op het nagaan hoe de problemen zich verder gaan evolueren. Indicerende vragen richten zich op het onderzoeken welke behandeling of aanpak het meest geschikt is voor de problematiek, terwijl bij evaluatie de effectiviteit van een behandeling wordt nagegaan. Verschillende van deze vragen zijn ook terug te vinden in de componenten van de diagnostische cyclus zoals beschreven door De Bruyn en collega's (De Bruyn & Ruijsenaars, 2015). In de eerste fase, de klachtenanalyse, staat de verkennende vraag centraal. De onderkende vraag situeert zich in de fase van probleemanalyse. In de fase van verklaringsanalyse worden verklarende vragen gesteld en tot slot situeren indicerende vragen zich in de fase van indicerende diagnostiek.

1.2.3 Classificerende diagnostiek

Dit classificerend diagnostisch protocol situeert zich in de fase van probleemanalyse van de diagnostische cyclus en focust op de onderkende vraag in relatie tot de diagnose 'verstandelijke beperking': "is er sprake van een verstandelijke beperking?" Er wordt dus enkel het traject geschetst om te komen tot de classificerende diagnose 'verstandelijke beperking'. Deze focus op uitsluitend classificerende diagnostiek gaat samen met een aantal voor- en nadelen (Pameijer & van Beukering, 2015). Het biedt een gemeenschappelijke taal aan hulpverleners of diagnostici. Het hanteren van een helder begrippenkader kan bijdragen aan de transparantie binnen het hulpverleningsproces. Het kan de communicatie met en tussen betrokkenen en hulpverleners of diagnostici bevorderen. Het toekennen van een label is in sommige gevallen ook nodig voor het toegang krijgen tot bepaalde types hulp. Het kan ook een startpunt vormen voor een goede beeldvorming van de individuele ondersteuningsnoden van een persoon.

Aan de andere kant is bij het toekennen van een bepaald label, de focus gericht op persoonskenmerken, waarbij het risico bestaat de contextfactoren te onderbelichten. Ook kan dit louter 'labelen' resulteren in stigmatisering (Benzev et al., 2010; Corrigan & Watson, 2002). Een transactioneel en holistisch kader, waarbij tevens de opvoedings- en schoolsituatie betrokken worden, alsook aandacht besteed wordt aan positieve of beschermende factoren, blijft bij classificerende diagnostiek vaak onderbelicht. In het huidige protocol wordt een classificatiesysteem aangereikt dat hiermee wel rekening houdt (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, WHO, 2002, 2008). Dit ICF-model biedt de mogelijkheid het functioneren van de cliënt te beschrijven volgens een biopsychosociaal en meer holistisch kader.

Dergelijk classificatiesysteem biedt onmiddellijk meer handvatten voor indicatiestelling, dan het louter toekennen van een stoornislabel.

1.2.4 Kwaliteitsvolle handelingsgerichte diagnostiek

Het is dus belangrijk om binnen een diagnostisch proces de verschillende diagnostische vragen niet los van elkaar te zien. Een vraag naar onderkenning gaat vaak hand in hand met een vraag naar verklaring of indicering. Zelden vormt de onderkenning – al dan niet gepaard gaand met het stellen van een diagnose – het eindpunt van een traject. Wij opteren er dan ook voor om het huidige classificerende protocol te zien als één onderdeel van de veelal bredere diagnostische cyclus, waarbij het uiteindelijke doel van het diagnostisch onderzoek het uitbrengen van een handelingsgericht advies is (De Bruyn et al., 2003; Pameijer & Draaisma, 2011; Pameijer & van Beukering, 2015). Om een geïndividualiseerd handelingsadvies op te stellen, is het dan ook niet voldoende te focussen op het problematisch functioneren en het afvinken van criteria van een bepaalde stoornis. Het functioneren van een persoon dient breed onderzocht te worden waarbij de kwaliteiten en sterktes van een persoon en zijn omgeving ook aan bod komen opdat deze kapstukken kunnen bieden om een interventietraject aan op te hangen. Het huidige classificerende diagnostische protocol is dan ook geen op zichzelf staand gegeven, maar dient steeds gehanteerd te worden in combinatie met handelingsgerichte principes (Pameijer & Draaisma, 2011; Pameijer & van Beukering, 2015), waardoor diagnostiek en behandeling verknoot zijn met elkaar.

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw onderschrijft de uitgangspunten, werkprincipes en methodiek van handelingsgerichte diagnostiek, en formuleert in haar Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek zeven pijlers voor kwaliteitsvolle diagnostiek. Kwaliteitsvolle diagnostiek (1) is ingebed in een biopsychosociale visie op het menselijk functioneren, (2) kenmerkt zich door haar idiografisch karakter, (3) leidt tot het vormen van een integratief beeld over een cliënt, (4) stelt participatie van een cliënt en zijn/haar context voorop, (5) is gebaseerd op het gebruik van kwaliteitsvolle methodieken en instrumenten, (6) wordt gekenmerkt door reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team en (7) heeft aandacht voor interdisciplinaire samenwerking. Het huidige protocol heeft voornamelijk betrekking op de vijfde pijler. Echter, kwaliteitsvolle diagnostiek is meer dan enkel het gebruik van kwaliteitsvolle instrumenten, en het primaire doel is steeds het geven van een advies op maat. Daarom is het uiterst belangrijk dat het huidige protocol wordt gelezen vanuit deze overkoepelende visie. De Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek (Schoupe, 2020) kan geraadpleegd worden op de site van het Kwaliteitscentrum³.

³ <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/publicaties/>

1.3 Herwerking classificierend diagnostisch protocol verstandelijke beperking

1.3.1 Classificierend diagnostisch protocol verstandelijke beperking - herwerking 2017

De eerste versie van het classificierend diagnostisch protocol verstandelijke beperking werd in 2011 in opdracht van het VAPH ontwikkeld. Op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten was dit protocol echter aan vernieuwing toe. Zowel de experts die verantwoordelijk waren voor de eerste versie van het protocol, alsook enkele andere deskundigen uit het werkveld, werden uitgenodigd om het protocol te actualiseren. Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw nam de coördinatie van deze herwerking waar.

Samenstelling van de deskundigengroep

Experten (alfabetische volgorde)

Nienke Deblonde werkt als psychologe (Ma) binnen het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen Antwerpen.

Tine Gheysen is binnen het Vrij CLB Netwerk verantwoordelijke voor leerlingen met specifieke noden en volgt vanuit deze hoedanigheid alle VAPH-gelateerde onderwerpen op. Zij is van opleiding orthopedagoge en heeft een bijkomende permanente vorming Klinische Neuropsychologie gevolgd.

Edith Gysen is beleidsmedewerker bij de Intersectorale Toegangspoort - Agentschap Opgroeien.

Prof. dr. Jo Lebeer (UAntwerpen) is arts en doctoreerde over hersenplasticiteit en gezinscontext bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen; specialiseerde in cognitieve leerbevordering, dynamisch-interactieve evaluatie van leervermogen en de Internationale Classificatie van Functioneren. Hij is emeritus docent aan de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen waar hij gelast is met onderzoek en onderwijs in handicapstudies. Hij leidde verschillende Europese projecten rond leer- en inclusiebevordering.

Prof. dr. Bea Maes is orthopedagoge en gewoon hoogleraar aan de Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek van de KU Leuven. Zij geeft onderwijs met betrekking tot personen met een handicap en orthopedagogische hulpverlening. Zij publiceert en begeleidt onderzoek op het domein van opvoeding, onderwijs en begeleiding van personen met een handicap.

Dr. Mark Schittekatte leidt het Assessment Lab⁴ aan de UGent, faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen. Hij is gedoctoreerd in de psychologie en zijn vakgebied is testadaptatie (o.a. WISC-III, Dyslexie Screenings Test (DST), Tedi-Math, TEA-Ch, WPPSI-III, SRS en Vlaams projectleider 'WISC-V'). Hij is tevens voorzitter van de Testcommissie van de Belgische Federatie van Psychologen (BFP Testcommissie⁵).

⁴ <https://www.ugent.be/pp/nl/diensten/rso/assessmentlab>

⁵ <https://www.bfp-fbp.be/testcommissie>

Lies Verlinde is projectmedewerker Project Protocollering Diagnostiek (Prodia) en psychopedagogisch consultant in Vrij CLB De Havens. Tot 2018 was zij verantwoordelijke voor diagnostiek binnen het Vrij CLB Netwerk. Zij is van opleiding orthopedagoge en volgde een aanvullende studie Cultuur en Ontwikkeling.

Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw

Dr. Julie De Ganck, coördinerend adviseur

Dr. Nathalie Schoupe, wetenschappelijk medewerker
Lucas Huyskes, administratief en communicatief medewerker

VAPH

Sofie Heymans, wetenschappelijk medewerker studiecél

Hanna Steenwegen, coördinator indicatiestelling

Data van de overlegmomenten

17 november 2014

23 februari 2015

22 juni 2015

13 oktober 2015

10 maart 2016

1.3.2 Classificierend diagnostisch protocol verstandelijke beperking - herwerking 2021

Wetenschappelijke evidentie met betrekking tot (classificerende) diagnostiek evolueert snel en (ver)nieuw(d)e instrumenten komen op de markt. Het classificierend diagnostisch protocol verstandelijke beperking, zoals herwerkt in 2017, was bijgevolg na drie jaar aan een update toe. De experts die meewerkten aan de 2017 versie van het protocol werden opnieuw uitgenodigd om het protocol te actualiseren. Een aantal experts werden vervangen door collega's uit het werkveld. Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw nam de coördinatie van deze herwerking waar.

Samenstelling van de deskundigengroep

Experten (alfabetische volgorde):

Nele Coertjens is psychologe (Ma) binnen het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen Antwerpen.

Klaartje Cops is beleidsmedewerker afdeling Continuïteit en Toegang van het Agentschap Opgroeien.

Prof. dr. Bea Maes (zie supra)

Dr. Mark Schittekatte (zie supra)

Lies Verlinde (zie supra)

Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw:

Dr. Julie De Ganck, coördinerend adviseur

Dr. Nathalie Schoupe, wetenschappelijk medewerker
Dr. Cynthia Van Gampelaere, wetenschappelijk medewerker

Veerle De Wilde, administratief en communicatief medewerker

Procedure van de update

De leden van de deskundigengroep namen het protocol versie 2017 door en gaven aan welke updates noodzakelijk waren. Alle voorgestelde updates werden tijdens een overleg op 24 maart 2020 besproken. De updates waarover consensus bestond werden uitgevoerd en een eerste versie van het geüpdatet protocol werd aan alle experts voorgelegd. Na een bijkomend overleg op 10 november 2020 en het uitvoeren van een aantal extra aanpassingen werd de huidige versie van het classificerend protocol verstandelijke beperking goedgekeurd door alle leden van de deskundigengroep.

Belangrijkste aanpassingen

- Uitdieping van de inleiding en kadering van het classificerend protocol verstandelijke beperking binnen de Algemene Intersectorale Richtlijn voor Diagnostiek.
- Informatie over verschillende kwalificatiesystemen voor testen werd toegevoegd, waaronder COTAN en EFPA, en het BFP Test Quality-Scan (TQ-Scan) werd geüpdatet.
- Update van de testfiches Intelligentie: de kwaliteitslabels werden geüpdatet, fiches van verouderde testen werden verwijderd en fiches van (ver)nieuw(de)e testen werden toegevoegd.
- Update van de testfiches Adaptief gedrag: de kwaliteitslabels werden geüpdatet, fiches van verouderde testen werden verwijderd en fiches van (ver)nieuw(de)e testen werden toegevoegd.
- De structuur van het protocol en van de testfiches werd geüpdatet in overeenstemming met de overige classificerende diagnostische protocollen van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw.

2. Definitie en terminologie

De American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) is reeds lang toonaangevend in het definiëren van een verstandelijke beperking. De organisatie publiceerde het eerste handboek over verstandelijke beperking in 1921 en de op dit moment laatste en elfde editie dateert van 2010 (Schalock et al., 2010)⁶. We vinden er volgende definitie in terug:

“Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door significante beperkingen zowel in het intellectuele functioneren als in het adaptief gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische adaptieve vaardigheden. Deze beperkingen ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar” (Schalock et al., 2010, p. 1).

De definitie in de meest recente versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5TM) sluit daarbij aan:

“Een verstandelijke beperking is een stoornis die ontstaat tijdens de ontwikkelingsperiode en die zowel beperkingen in het intellectueel functioneren omvat als beperkingen in het adaptief functioneren op conceptueel, sociaal en praktisch vlak” (American Psychiatric Association, 2013, p. 33).

De termen die gebruikt worden om een verstandelijke beperking aan te duiden, veranderen doorheen de tijd (Maes, 2019). Ze zijn onderhevig aan maatschappelijke trends en reflecteren telkens de op dat moment heersende sociale waarden en attitudes. Veelal krijgt een bepaalde term na een zekere tijd een negatieve connotatie en wordt ze vervangen door een nieuwe term. In het Nederlandse taalgebied sprak men vroeger bijvoorbeeld over zwakzinnigheid en over een geestelijke of mentale handicap. Nu spreekt men over mensen met een verstandelijke beperking of een verstandelijke handicap. De Engelse terminologie is afhankelijk van het land. In de Verenigde Staten en Australië gebruikte men vroeger de termen *mental deficiency* en *mental retardation*. Tegenwoordig is de algemeen aanvaarde term *intellectual disability*. In het Verenigd Koninkrijk spreekt men over mensen met *learning difficulties*.

Bij jongere kinderen zal men eerder spreken over een algemene ontwikkelingsvertraging of -achterstand (*global developmental delay*) als kinderen belangrijke ontwikkelingsmijlpalen op het domein van motoriek, taal, cognitie en redzaamheid niet bereiken.

Pas vanaf de leeftijd van 5 jaar, wanneer een IQ-testing meer valide en betrouwbaar is, zal men de term verstandelijke beperking gebruiken.

Ten slotte is er de bredere term ontwikkelingsstoornis (*developmental disability, neurodevelopmental disorder*, neurobiologische ontwikkelingsstoornis). Daaronder vallen volgens de DSM-5TM-classificatie (American Psychiatric Association, 2013) naast de verstandelijke beperkingen ook autismespectrumstoornis (ASS), aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD), specifieke leerstoornis, communicatiestoornissen en motorische stoornissen.

⁶ De 12^{de} editie wordt begin 2021 verwacht.

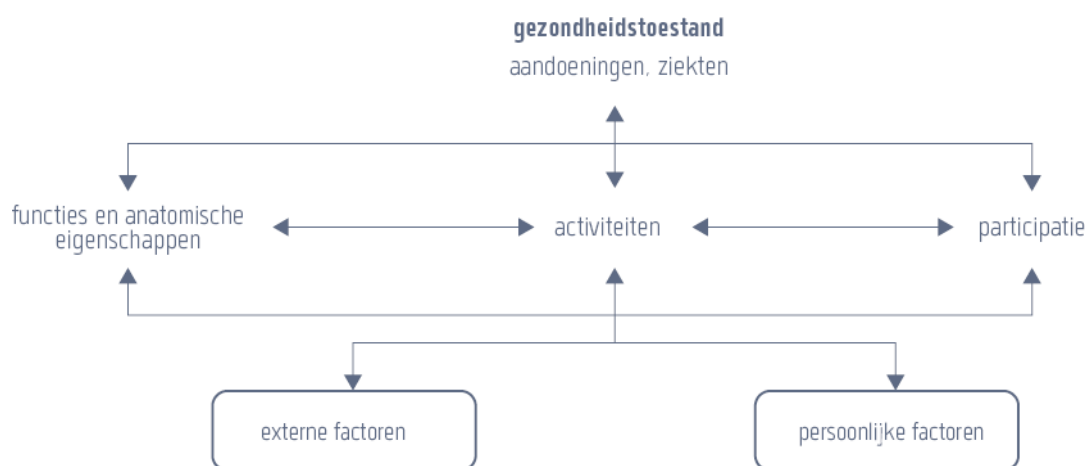
3. Sociaal-ecologische visie

Verstandelijke beperking is een beschrijvende term die een bepaalde wijze van functioneren van een persoon in zijn dagelijkse leefsituaties aanduidt. Dat functioneren wordt vanuit een ecologisch perspectief bekeken; het vindt steeds plaats in een interactie tussen de persoon en zijn omgeving. Het functioneren is positief te beïnvloeden door voldoende en aangepaste ondersteuning vanuit de omgeving (Maes, 2019). Deze sociaal-ecologische visie is terug te vinden in het ICF-kader van de Wereldgezondheidsorganisatie (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, WHO, 2002; International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth, ICF-CY, WHO, 2008) en in het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (United Nations, 2006).

ICF benadert het menselijk functioneren en problemen daarbij vanuit drie perspectieven (Maes, 2019): (1) de mens als organisme, met eventuele stoornissen en afwijkingen in anatomische eigenschappen of lichaamsfuncties; (2) het menselijk handelen, met eventuele beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en (3) de deelname aan de samenleving, met eventuele problemen in de participatie aan diverse contexten. De ICF is een begrippensysteem dat toelaat tot in detail het functioneren op een éénduidige manier te beschrijven, te classificeren en te coderen, met mogelijke aanduidingen van graden van ernst van verstoringen, beperkingen of belemmeringen.⁷

Daarnaast wijst ICF ook op twee componenten die ondersteunend of belemmerend kunnen zijn ten aanzien van het functioneren van personen. Dit zijn de zogenaamde ‘externe factoren’ en ‘persoonlijke factoren’. Externe factoren (of omgevingsfactoren) hebben betrekking op de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven. Voorbeelden hiervan zijn de houding van de samenleving ten aanzien van mensen met een beperking, vormen van ondersteuning door personen of hulpmiddelen, de toegankelijkheid van gebouwen of het gevoerde beleid. Persoonlijke factoren zijn bijvoorbeeld geslacht, leeftijd, levensstijl en sociale achtergrond. De component ‘externe factoren’ wordt verder uitgewerkt in een eigen classificatie. De component ‘persoonlijke factoren’ is op dit moment niet verder uitgewerkt.

Figuur 1 geeft de vijf componenten van het ICF-model weer. Het functioneren is het resultaat van een complexe wisselwerking tussen deze vijf componenten. De ICF-visie stelt dus de interactie tussen een persoon en zijn omgeving centraal. De context waarin een individu leeft, heeft een grote invloed op zijn persoonlijke ontwikkeling en functioneren. Zo kan een beperking in de communicatie het gevolg zijn van een hersenbeschadiging, maar tevens van het feit dat in de directe omgeving geen alternatieve communicatiemethoden worden aangeboden.



Figuur 1. Het ICF-model (WHO, 2002, 2008)

⁷ In de ICF worden activiteiten en participatie gezamenlijk geclassificeerd en gecodeerd, omdat het onderscheid tussen het uitvoeren van een activiteit en het uitvoeren van diezelfde activiteit in een bepaalde context, soms niet scherp is.

De mogelijkheden en de beperkingen die een persoon met een verstandelijke beperking ervaart in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld: het leren, de zorg voor zichzelf, communicatie, mobiliteit, gedrag, sociale relaties) en in het participeren in allerlei leefsituaties (bijvoorbeeld: gezin, school, vrije tijd) worden niet alleen beïnvloed door de component 'functies en anatomische eigenschappen', maar evengoed door zowel persoonlijke als omgevingsfactoren (WHO, 2002). Deze factoren kunnen een positieve of een negatieve invloed uitoefenen op de lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, op het uitvoeren van activiteiten door het individu of op de participatie van het individu in de samenleving. Het interactionele aspect van ICF(-CY) maakt duidelijk dat voor kinderen, jongeren en volwassenen met eenzelfde intelligentiescore of eenzelfde score op adaptief gedrag het functioneren sterk kan verschillen omdat dit functioneren juist van het samenspel van alle componenten afhangt. Of mensen meer of minder ondersteuning nodig hebben, hangt dan niet enkel af van de aard en de graad van hun stoornissen of beperkingen. Zo is het mogelijk dat individuen met een IQ-score boven 70, die niet tot de categorie 'verstandelijke beperking' horen, toch moeilijkheden ondervinden in hun functioneren, met mogelijks een gelijkaardige of zelfs grotere ondersteuningsbehoefte dan sommige mensen met een IQ-score onder 70. In het sociaal-ecologische model van handicap (Buntinx & Schalock, 2010) verschuift de nadruk van de stoornis in het lichamenlijk (cognitief) functioneren naar de ondersteuningsbehoefte om activiteiten te kunnen uitvoeren en te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Voor personen met een (vermoeden van) verstandelijke beperking is het vanuit deze visie belangrijk om breed te kijken en om alle componenten goed in beeld te brengen. Bij elke component is het belangrijk dat niet alleen de zwaktes of eventuele problemen worden benoemd, maar ook voldoende aandacht uitgaat naar de sterktes van de betrokken persoon. Aan de hand van ICF(-CY) ontstaat op die manier een beeld van de sterktes van de persoon met een (vermoeden van) verstandelijke beperking en van de stoornissen, beperkingen en participatieproblemen die bij deze persoon aanwezig zijn. Het streven moet uiteraard zijn om de beperkingen van personen met een (vermoeden van) verstandelijke beperking zoveel mogelijk te verminderen waar dat mogelijk is, maar vooral om hun mogelijkheden tot participeren op alle domeinen te vergroten.

De ICF-visie is terug te vinden in de definiëring van handicap door het VAPH als een participatieprobleem:

"(...) elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamenlijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren" (artikel 2, decreet 7 mei 2004).

Ook in de Vlaamse onderwijsdecreten (Decreet Basisonderwijs en Codex Secundair Onderwijs), waarin een beschrijving van specifieke onderwijsbehoefte is opgenomen, wordt bij de definitie het ICF-kader gevolgd:

" (...) leerling met specifieke onderwijsbehoefte: leerling met langdurige en belangrijke participatieproblemen die te wijten zijn aan het samenspel tussen: (a) één of meerdere functiebeperkingen op mentaal, psychisch, lichamenlijk of zintuiglijk vlak en; (b) beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en; (c) persoonlijke en externe factoren" (artikel 3.28bis, Decreet Basisonderwijs en artikel 3.17/4, Codex Secundair Onderwijs).

Verder vertrekt ook de VN-conventie vanuit een sociaal model van handicap (United Nations, 2006). Een handicap wordt niet langer beschouwd als een kenmerk van het individu, maar als een afstemmingsprobleem tussen de persoon met beperkingen en mogelijkheden in het persoonlijk functioneren enerzijds en de samenleving anderzijds. Mensen ervaren een 'handicap' door de wijze waarop de samenleving georganiseerd is. Een handicap betekent dat mensen belemmeringen ondervinden om op een gelijkwaardige manier als anderen te participeren in de samenleving. Het is de verantwoordelijkheid van de samenleving in zijn geheel om de omgeving zodanig te veranderen dat alle personen op alle domeinen van het maatschappelijk leven volwaardig kunnen participeren. Mensen met een beperking zijn volwaardige burgers met gelijke rechten. De samenleving dient bestaande hinderpalen weg te nemen en de nodige ondersteuning te voorzien om dat volwaardig burgerschap waar te maken (Maes, 2019).

4. Classificerende diagnostiek van verstandelijke beperking

In het vervolg van dit protocol wordt ingegaan op de classificerende diagnostiek van verstandelijke beperking. Volgens de hoger aangegeven definities (zie Hoofdstuk 2) zijn er drie noodzakelijke criteria voor de diagnose van een verstandelijke beperking: (1) het intelligentie-criterium, (2) het criterium adaptief gedrag en (3) het ontwikkelingscriterium. Elk van deze criteria wordt hieronder verder uitgewerkt. In het laatste deel van dit hoofdstuk wordt er ingegaan op het specificeren van de ernst van de verstandelijke beperking.

4.1 Het criterium intelligentie

Het eerste criterium omvat significante beperkingen in het intellectuele functioneren.

4.1.1 Definitie

Wat is intelligentie? Op basis van de talrijke definities van intelligentie die er in de afgelopen honderd jaar zijn geformuleerd, blijkt dat er sprake is van:

- hogere-orde cognitieve capaciteiten, metacognitie of executief functioneren;
- complex redeneren en/of probleem oplossen;
- adaptatie aan de veranderende omgeving als centraal onderdeel;
- transformeren van de buitenwereld aan het eigen cognitief functioneren.

Intelligentie omvat de capaciteit om de omgeving te begrijpen en is in essentie ook adaptief, voor zover het manieren voorstelt om met de veranderende omgeving om te gaan (Maes et al., 2015).

Intelligentie kan worden omschreven als:

"(...) a general mental capability. It includes reasoning, planning, solving problems, thinking abstractly, comprehending complex ideas, learning quickly, and learning from experience" (Luckasson et al., 2002, p. 14).

Een andere definitie van intelligentie die een goed beeld geeft van de complexiteit van het concept wordt voorgesteld door Sternberg (1988). Hij definieert intelligentie als:

"(...) een complex conglomeraat van psychologische processen en vaardigheden, waarbij processen als het je aanpassen aan de omgeving (adaptatie) maar ook de aanpassing van de omgeving aan jezelf, bijvoorbeeld door de keuze van vrienden die bij jouw cognitieve niveau

passen (vorming en selectie van de omgeving), gedurende de levensloop een rol spelen" (Sternberg, 1997, p. 1030).

Daarnaast is een wereldwijd frequent gebruikte definitie van intelligentie nog steeds die van David Wechsler:

"Intelligence is the aggregate or global capacity of the individual to act purposefully, to think rationally and to deal effectively with his environment. It is global because it characterizes the individual's behavior as a whole; it is an aggregate because it is composed of elements or abilities which, though not entirely independent, are qualitatively differentiable" (Wechsler, 1939, p. 3).

4.1.2 Multidimensionale benadering van intelligentie

Uit de bovenstaande definities blijkt dat het concept intelligentie zeer complex is. Daarom wordt vrij algemeen aanvaard dat intelligentie een multifactorieel of multidimensionaal concept is. Zo zijn er verschillende auteurs die intelligentie omschrijven als bestaande uit verschillende soorten intelligenties of factoren (Maes et al., 2015).

Al in 1923 stelde Spearman dat intelligentie bestond uit twee soorten factoren: enerzijds de 'G-factor', een algemene intelligentiefactor, en anderzijds een scala aan specifieke (s) intelligentiefactoren die specifiek waren voor een bepaalde test of subtest (Spearman, 1923, 1927). Deze specifieke factoren representeerden volgens Spearman de verscheidenheid aan specifieke cognitieve processen die nodig waren om specifieke taken of problemen op te lossen, terwijl de algemene factor stond voor de 'algemene mentale energie'.

Thurstone (1938, vermeld in Schallock, 2004) beargumenteerde verder dat intelligentie zeven verschillende factoren omvat. De zeven 'mentale vermogens' uit Thurstones model waren: verbaal inzicht (*verbal comprehension*), woordenrijkdom (*word fluency*), rekenkundig inzicht (*number facility*), visueel-ruimtelijk inzicht (*spatial visualization*), associatief geheugen (*associative memory*), waarnemingssnelheid (*perceptual speed*) en logisch redeneren (*reasoning*).

Recenter heeft Gardner (1993, vermeld in Schallock, 2004) zijn theorie van meervoudige intelligentie voorgesteld met zeven onderscheiden types: linguïstisch, logisch, ruimtelijk, muzisch, lichamelijk en kinesthetisch, interpersoonlijk en intrapersoonlijk. De meest geuite kritiek op het model van Gardner is dat het onduidelijk is

waarom we al deze aspecten van menselijk handelen intelligentie zouden noemen (zie bijvoorbeeld Hunt, 2011). Daarnaast is het onduidelijk hoe de diverse intelligentiefacetten, of talenten, gerelateerd zijn aan hersenfuncties.

Ook Sternberg (1988) heeft drie fundamentele aspecten van intelligentie vooropgesteld namelijk analytisch, creatief en praktisch denken. Een verdere onderverdeling binnen elk van deze drie componenten heeft model gestaan voor de ontwikkeling van de STAT (Sternberg Triarchic Abilities Test; Sternberg, 1997).

4.1.3 Cattell-Horn-Carroll's CHC-model van Intelligentie

De integratie van het onderzoek van Cattell, Horn en Carroll zorgde voor het ontstaan van een nieuw intelligentiemodel, het CHC-model, dat uit verschillende grote domeinen bestaat en hiërarchisch van opbouw is (Magez & De Cleen, 2007; McGrew & Flanagan, 1998). Bovenaan in de hiërarchie bevindt zich de 'G' of General factor. Deze 'G' ligt op het derde ordeniveau en is niet direct te meten. Op het tweede ordeniveau liggen brede cognitieve vaardigheidsdomeinen die elk een eigen inhoud hebben (*fluid* of Gf, *crystallised* of Gc enzovoort). De 'G' loopt door op dit niveau als een waterval en mengt zich in elk breed cognitief domein met de inhoud ervan. Die doorstroming is niet voor elk breed cognitief domein even krachtig. Sommige hebben een grotere lading 'G' dan andere. Elk van deze brede domeinen bestaat op zijn beurt, op het onderliggende eerste ordeniveau, uit nauwe cognitieve vaardigheden. Zij vertegenwoordigen elk een inhoudelijk facet van het brede cognitieve domein (inclusief 'G'-component). Het is op dit niveau dat intelligentietests en -subtests aansluiten. Ze variëren in breedte, in dekkingsgraad van het geheel (Magez, 2009). Meer toelichting in verband met dit model vindt u in Bijlage 1.

Carroll's empirisch intelligentiemodel (1993) bouwt voornamelijk voort op factor-analytische analyses van statistische verbanden die zijn aangetroffen in meer dan 450 datasets met gegevens van multi-pele testbatterijen. Het model wordt tegenwoordig gezien als een taxonomie van intelligentiefactoren. Het is weliswaar in details nog gewijzigd, maar de hiërarchische structuur en indeling in drie lagen blijkt nog steeds actueel en is sterk van invloed geweest op de ontwikkeling van moderne intelligentietests, in combinatie met het onderscheid tussen vloeiende (Gf) en gekristalliseerde (Gc) intelligentie.

Vandaag de dag wordt het CHC-model internationaal erkend als:

"(...) the best current description of the structure of human intelligence. It is by no means perfect or settled, but it functions well as a working theory, ... as a 'periodic table' ... for understanding and classifying cognitive abilities, and as a guide for new test development" (Keith & Reynolds, 2010).

Ook in België wordt het gebruik van het CHC-model als

een waardevolle aanvulling beschouwd (zie Bijlage 1 voor de specifieke richtlijnen vanuit de BFP Testcommissie).

Het CHC-model is niet uitsluitend een classificatie of taxonomie van cognitieve vaardigheden. Het model is ook een 'kapstok' voor theoretische verklaringen over individuele verschillen in cognitie van mensen. Eén van de voornaamste bijdragen van het CHC-model is dat het als het ware een 'bril' aanreikt die de diagnosticus toestaat om op een gedifferentieerde en theoretisch onderbouwde manier te kijken naar het geheel van cognitieve vaardigheden en deze op een meer transparante wijze te beschrijven (zie ook Verschueren & Resing, 2015).

4.1.4 Operationalisering van het criterium intelligentie

Het intellectuele functioneren moet gemeten worden met een individueel afgenomen, gestandaardiseerde, genormeerde en algemene, 'breed dekkende' intelligentietest. Over de kwaliteit van de IQ-tests in Vlaanderen vindt u informatie in hoofdstuk 8, Instrumentarium en kwalificatie.

Significante beperkingen in het intellectuele functioneren worden geconcretiseerd als een uitslag die twee of meer standaarddeviaties onder het gemiddelde prestatieniveau ligt van de populatie waarvoor de test bestemd is, rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval van de test en de mogelijke invloed van persoonlijke en situationele factoren op het prestatieniveau (Schalock et al., 2010). Bij de meeste intelligentietests is het gemiddelde 100 en de standaarddeviatie 15. Een IQ-score van ongeveer 70 of lager wordt dan ook over het algemeen beschouwd als een indicatie voor een verstandelijke beperking.

Men dient er zich goed van bewust te zijn dat een IQ-score bij een eventuele volgende meting kan variëren, onder andere omwille van de standaardmeetfout van elke test. Daarom moet steeds gewerkt worden met een betrouwbaarheidsinterval (BI). Die zone tussen 2 punten geeft aan hoe groot de marge is waarbinnen 90% (of 95%, of 99%) van hetzelfde soort metingen valt⁸. De grens van IQ 70 mag dus niet worden 'verabsoluteerd'. Bij een hogere score kan de grenswaarde van 70 nog binnen het betrouwbaarheidsinterval vallen (bijvoorbeeld IQ = 73, BI = 69-77).

Bij de interpretatie van een IQ-score dienen ook persoonlijke en situationele factoren in rekening gebracht te worden. Een behaalde score kan een onderschatting zijn als een persoon bijvoorbeeld de Nederlandse taal onvoldoende beheerst of nog maar net in ons land verblijft. Ook omstandigheden (bijvoorbeeld ziekte, veel lawaai op de plaats waar een IQ-test werd afgenomen) kunnen zorgen voor testbias (Schittekatte, 2005). Het IQ blijft dus een beschrijvend gegeven dat slechts een indicatie geeft van de intellectuele mogelijkheden en beperkingen. Het resultaat van een IQ-meting met een geïndividualiseerde gestandaardiseerde intelligentietest moet dan ook steeds geïnterpreteerd

⁸ Welk betrouwbaarheidsinterval gebruikt wordt, hangt mede af van de aard van de vraag en het belang of de impact van een te nemen beslissing (Schalock et al., 2010).

worden op basis van een klinische beoordeling (American Psychiatric Association, 2013; Schalock et al., 2010).

4.2 Het criterium adaptief gedrag

Een diagnose van verstandelijke beperking kan nooit uitsluitend berusten op een intelligentiemeting. Samenhangend met de beperkingen in het intellectuele functioneren moet er ook sprake zijn van beperkingen in het adaptief gedrag.

4.2.1 Het concept adaptief gedrag

Adaptief gedrag wordt gedefinieerd als *“de effectiviteit en de mate waarin iemand beantwoordt aan de eisen van persoonlijke onafhankelijkheid en sociale verantwoordelijkheid, verwacht van zijn leeftijd en cultuur”* (Grossman, 1973, vermeld in Schalock, 2004; Schalock & Luckasson, 2004). Het verwijst naar de mate waarin een persoon dagelijkse taken en handelingen kan uitvoeren die nodig zijn om typische rollen in de samenleving te vervullen, zoals onafhankelijk functioneren en voldoen aan de culturele verwachtingen van persoonlijke en sociale verantwoordelijkheid (VandenBos, 2006). Schalock et al. (2010) definiëren adaptief gedrag als het geheel van conceptuele, sociale en praktische vaardigheden die aangeleerd zijn en toegepast worden door de persoon in zijn dagelijks leven. Verschillende auteurs wijzen erop dat er weinig theorievorming bestaat over het concept van adaptief gedrag. Het gevaar bestaat dan dat een concept gedefinieerd wordt op basis van wat gemeten wordt door de beschikbare instrumenten, en niet op basis van een empirisch gevalideerde theorie (Harris & Greenspan, 2016; Price et al., 2018).

Volgens Sattler en Hoge (2006) impliceert bovenstaande definitie dat adaptief gedrag leeftijdsgebonden is. Dit wil zeggen dat er in principe een grotere mate van adaptief gedrag verwacht wordt naargelang een kind ouder wordt. Adaptief gedrag is immers geen vastliggend gegeven. Adaptieve vaardigheden worden verworven doorheen de levensloop. Op jonge leeftijd impliceert adaptief gedrag de ontwikkeling van sensomotorische, communicatieve, redzaamheids- en sociale vaardigheden. Op lagere schoolleeftijd en tijdens de adolescentie komen daar de toepassing van schoolse vaardigheden in dagelijkse activiteiten, adequaat redeneren en oordelen in interactie met de omgeving en complexere sociale vaardigheden bij. Op volwassen leeftijd omvat adaptief gedrag ook arbeidsvaardigheden en maatschappelijke verantwoordelijkheden. Bij het beoordelen van adaptief gedrag zijn leeftijdgenoten steeds de referentiegroep (Tassé et al., 2012).

Tevens is adaptief gedrag cultuurgebonden. Het is namelijk afhankelijk van de verwachtingen en standaarden van andere mensen in de omgeving waarin de persoon opgroeit. Het is tevens afhankelijk van de kansen die hierin aangeboden worden en/of de eisen die hierin gesteld worden. Het beoordelen van adaptief gedrag dient dus steeds te gebeuren tegen de achtergrond van iemands culturele en maatschappelijke context (Buntinx, 2016; Sattler & Hoge, 2006; Tassé et al., 2012).

Tot slot benadrukt men met het begrip adaptief gedrag het ‘dagelijks functioneren’. Het gaat niet om de vraag ‘wat iemand kan’, maar om ‘wat iemand doet’ in allerlei dagelijkse activiteiten. Bij de beoordeling van adaptief gedrag wordt gekeken naar de feitelijke uitvoering van het gedrag, eerder dan naar abstracte vermogens zoals bij intelligentie (Sattler & Hoge, 2006; Tassé et al., 2012). Beperkingen in adaptieve vaardigheden kunnen volgens Schalock en Luckasson (2004) te maken hebben met het niet verworven hebben van een bepaalde vaardigheid, maar evenzeer met het om diverse redenen niet toe te passen van een verworven vaardigheid in het dagelijkse leven.

4.2.2 Multidimensionaliteit van adaptief gedrag

Er bestaat consensus over dat ook adaptief gedrag multidimensionaal is. Ouder factoranalytisch onderzoek (Thompson et al., 1999; Widaman & McGrew, 1996) leverde de volgende factoren op: (1) motorische of fysieke competentie waaronder grove en fijne motorische vaardigheden, mobiliteit, eten en toiletgebruik, (2) conceptuele vaardigheden, waaronder receptieve en expressieve taal, lezen en schrijven, geldgebruik, (3) sociale vaardigheden, waaronder vriendschappen, sociale interacties, sociaal begrip en redeneren, sociale participatie, en (4) praktische vaardigheden, waaronder huishoudelijke taken, kleden, wassen, eten maken (Tassé et al., 2012).

In de laatste edities van het AAIDD-handboek (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010) wordt adaptief gedrag beschouwd als een verzamelbegrip voor drie groepen van vaardigheden die een persoon nodig heeft om in het dagelijkse leven te kunnen functioneren en om zich te kunnen aanpassen aan veranderende omstandigheden:

- conceptuele vaardigheden zoals taal, lezen en schrijven, begrip van geld, tijd en getallen;
- sociale vaardigheden zoals interpersoonlijke vaardigheden, sociale verantwoordelijkheid, zelfwaardering, niet goedgelovig of naïef zijn, zich houden aan regels, vermijden om terecht te komen in een slachtofferrol, sociaal probleemoplossend gedrag;
- praktische vaardigheden zoals activiteiten van het dagelijkse leven (persoonlijke zorg), vaardigheden met betrekking tot het werk, gebruik van geld, veiligheid, gezondheidszorg, mobiliteit en verplaatsing, zich houden aan routines en schema's, gebruik van de telefoon.

4.2.3 Samenhang met intelligentie

Vanaf de jaren 1980 is er veel onderzoek verricht naar de samenhang, maar ook naar de verschillen tussen intelligentie en adaptief gedrag (de Bildt et al., 2004; Sattler & Hoge, 2006). Men kan uit deze onderzoeken concluderen dat adaptief gedrag en intelligentie afzonderlijke, maar in zekere zin wel samenhangende constructen zijn. Kraijer en Plas (2006) formuleren dit als volgt: *“intelligentie vormt een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde voor het vertonen van sociaal aanpassingsgedrag”*.

Een meta-analyse toont aan dat de geschatte populatie correlatie tussen de uitslagen van intelligentietests en die van adaptieve gedragsschalen op ongeveer .51 ligt

(Alexander, 2017). Enerzijds is dit niet verwaarloosbaar, anderzijds volstrekt onvoldoende om inwisselbaarheid te pretenderen. Bovendien is dit verband afhankelijk van een groot aantal factoren. Zo lijkt het verband te verzwakken wanneer het IQ stijgt, is het verband het sterkste bij jonge kinderen, en varieert de sterkte van het verband naargelang type handicap, wie als respondent fungeert voor adaptief gedrag en het intelligentie-instrument dat wordt gebruikt (Alexander, 2017).

4.2.4 Operationalisering van het criterium adaptief gedrag

Instrumenten voor adaptief gedrag kunnen zowel semigestructureerde interviews zijn als vragenlijsten (Floyd et al., 2015; Hangauer et al., 2013; Harrison & Raineri, 2008). Ze zijn altijd gebaseerd op informanten, met name ouders, leerkrachten en/of begeleiders die de persoon goed kennen en op basis van hun dagelijkse ervaringen met de persoon een oordeel kunnen geven over verschillende adaptieve vaardigheden. Ze kunnen die vaardigheden ook beoordelen in meerdere situaties. Over de kwaliteit van de instrumenten in Vlaanderen die adaptief gedrag meten, vindt u informatie in hoofdstuk 8, Instrumentarium en kwalificatie.

Bij instrumenten die genormeerd zijn voor de algemene populatie, geldt dat er sprake is van significante beperkingen in het adaptief gedrag indien de uitslag twee of meer standaarddeviaties beneden het gemiddelde ligt, ófwel bij één specifieke schaal die hetzij conceptuele, hetzij sociale, hetzij praktische vaardigheden meet, ófwel bij een algemene schaal voor adaptieve vaardigheden (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010). Ook hier moet bij het interpreteren van de score rekening gehouden worden met het betrouwbaarheidsinterval van het instrument (Schalock et al., 2010).

Bij gebrek aan instrumenten die genormeerd zijn voor de algemene populatie, kan een instrument gebruikt worden dat genormeerd is voor (een deel van) de groep van mensen met een verstandelijke beperking. In dat geval moet aangetoond worden dat de bereikte score voor adaptief gedrag in het scorebereik valt van de meest vergelijkbare norm- of referentiegroep. Men dient dan melding te maken van: (1) de gehanteerde norm- of referentiegroep, met expliciete vermelding van zowel de leeftijd als de aard van de norm- of referentiegroep (bijvoorbeeld bewoners van tehuizen voor volwassenen met licht verstandelijke beperking; leerlingen van het buitengewoon onderwijs voor alle niveaus van verstandelijke beperking), (2) het gemiddelde, de standaarddeviatie en de minimale en maximale score van die groep en (3) de door de cliënt behaalde score.⁹

4.3 Het ontwikkelingscriterium

Zowel de intellectuele als de adaptieve beperkingen

⁹ Bijvoorbeeld, bij gebruik van de Sociale Redzaamheidschaal-Z bij een 8-jarige cliënt: de meest vergelijkbare normgroep zijn de 7- tot 8-jarige leerlingen met een verstandelijke beperking in het buitengewoon onderwijs; gemiddelde van de normgroep = 6.33, standaarddeviatie van de normgroep = 1.33; minimum-maximum in de normgroep = 3-9 en de door de cliënt behaalde score is 5.

moeten duidelijk worden tijdens de ontwikkelingsperiode. In de DSM-5™-classificatie (American Psychiatric Association, 2013) wordt verstandelijke beperking dan ook beschouwd als een neurobiologische ontwikkelingsstoornis (*neuro-developmental disorder*). Ze wordt daarmee onderscheiden van andere neurocognitieve stoornissen (*neurocognitive disorders*) veroorzaakt door bijvoorbeeld een traumatisch hersenletsel, hersentumoren of bijvoorbeeld door de ziekte van Alzheimer.

Kraijer en Plas (2006, 2014) beschouwen een verstandelijke beperking als een brede ontwikkelingsstoornis. Ze voegen er aan toe dat deze stoornis dient nagegaan te worden aan de hand van brede, molaire maten, terwijl specifieke ontwikkelingsstoornissen (bijvoorbeeld een communicatiestoornis) bepaald worden aan de hand van specifieke, moleculaire maten.

4.4 Specificatie van ernst

Er bestaan verschillende manieren om een verdere indeling te maken in de groep van mensen met een verstandelijke beperking: op basis van de intensiteit van ondersteuningsbehoeften, de etiologie, de niveaus van intellectuele beperking en/of de niveaus van adaptief gedrag (Luckasson et al., 2002). We illustreren dat zowel kwantitatieve als kwalitatieve criteria kunnen gebruikt worden bij de verdere classificatie.

4.4.1 Kwantitatief criterium

Het kwantitatief criterium houdt rekening met de scores op de intelligentiemeting en op de meting van adaptief gedrag (zie Tabel 1; Kraijer & Plas, 2006, 2014). De grenswaarden van de verschillende categorieën worden dan bepaald op basis van het aantal standaarddeviaties (*SD*) dat de score afwijkt van het gemiddelde prestatieniveau van de populatie waarvoor de test bestemd is. Deze indeling maakt ook de groep van zwakbegaafden (tussen de groep van mensen met normale begaafdheid en verstandelijke beperking) zichtbaar.

Deze indeling is een theoretische indeling, die vaak in het kader van onderzoek gebruikt wordt. Voor gebruik in de praktijk dienen we enkele belangrijke kanttekeningen te maken:

- Bij elke grenswaarde dient, zoals eerder aangegeven, rekening gehouden te worden met het betrouwbaarheidsinterval.
- Belangrijk is er zich bewust van te zijn dat de meeste IQ-tests slechts een beperkt differentiatievermogen hebben in het laagste IQ-bereik (< 55). De in Vlaanderen gebruikte IQ-testen werden niet ontworpen voor deze differentiatie en de grootte van de populatie met deze lage scores in de

De score van de cliënt valt dus in het scorebereik van de normgroep en ligt dus iets lager dan het gemiddelde van de 7- tot 8-jarige leerlingen met een verstandelijke beperking in het buitengewoon onderwijs.

normeringssteekproef is zeer klein. Daarenboven is het aantal 'gemakkelijke' items voor deze groepen zo beperkt, dat één item al dan niet juist beantwoorden, een enorm groot verschil kan geven in normscores.¹⁰

- Ook bij adaptief gedrag kunnen groepen ingedeeld worden op basis van de afwijking van de bereikte score ten aanzien van de gemiddelde score. Dat kan echter enkel bij instrumenten die genormeerd zijn op een algemene populatie en voor zover er voldoende differentiatievermogen is in het laagste bereik. Daarom werden door Kraijer en Plas (2014) groepen voorgesteld op basis van de standaardscores van de Vineland-Z en SRZ/SRZ-P (zie Tabel 1). Deze standaardscores zijn bepaald op basis van een groep personen met verstandelijke beperkingen. Voor een verdere bespreking van de genoemde instrumenten verwijzen we naar hoofdstuk 8.

Omwille van de hoger genoemde beperkingen wordt een verdere differentiatie binnen de groep van mensen met een verstandelijke beperking beter gedaan op basis van kwalitatieve criteria of een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve criteria.

Tabel 1. Kwantitatieve criteria in functie van classificatie van zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

	Statistische afwijking van gemiddelde	IQ-score	Adaptief gedrag
Zwakbegaafdheid	-1 tot -2 SD	± 70 tot 85	*
Licht verstandelijke beperking	-2 tot -3 SD	± 55 tot 70	SRZ: 9-9+ SRZ-P: 6-8 Vineland-Z: 6-9
Matig verstandelijke beperking	-3 tot -4 SD	± 40 tot 55	SRZ: 6-9 SRZ-P: 4-6 Vineland-Z: 5-6
Ernstig verstandelijke beperking	-4 tot -5 SD	± 25 tot 40	SRZ: 3-6 SRZ-P: 3-, 3 Vineland-Z: 5
Diep verstandelijke beperking	-5 tot -6 SD	< 25	SRZ: 3-, 3 Vineland-Z: 3-4

* Bij zwakbegaafdheid worden geen scores aangegeven voor adaptief gedrag. Vermits SRZ en Vineland ontwikkeld zijn voor mensen met verstandelijke beperkingen scoren mensen die zwakbegaafd zijn wellicht altijd aan de hogere kant.

4.4.2 Kwalitatief criterium

Buntinx (2016) geeft aan dat het naast intelligentie en adaptief gedrag ook van belang is om ondersteuningsnoden mee in rekening te brengen bij het bepalen van de ernst van een verstandelijke beperking. In lijn hiermee wordt in de DSM-5TM een

kwalitatieve typering van de vier groepen voorgesteld op basis van adaptief gedrag en ondersteuningsnoden (American Psychiatric Association, 2013, p. 34-36).

Licht verstandelijke beperking

Bij personen met een licht verstandelijke beperking zijn er op voorschoolse leeftijd weinig verschillen met leeftijdgenoten op vlak van conceptuele vaardigheden. Bij schoolgaande kinderen en volwassenen kan er sprake zijn van problemen met lezen, schrijven, rekenen, klokijken of geldbeheer, waarbij ze steun nodig hebben op een of meer gebieden om aan de leeftijdsgerelateerde verwachtingen te kunnen voldoen. Daarnaast kunnen er beperkingen zijn in het abstracte denken, de executieve functies (plannen, strategieën kiezen, prioriteren en cognitieve flexibiliteit) en het kortetermijngeheugen, alsmede in het functionele gebruik van schoolse vaardigheden. Er is sprake van een concrete aanpak van problemen en oplossingen, vergeleken met leeftijdgenoten. Vergeleken met leeftijdgenoten, gedragen personen met een licht verstandelijke beperking zich soms onvolwassen in sociale interacties. Zo kunnen zij moeite hebben om de sociale signalen van leeftijdgenoten goed waar te nemen. De communicatie, het voeren van gesprekken en het taalgebruik zijn concreter of minder volwassen van aard dan op basis van de leeftijd verwacht mag worden. Er kan sprake zijn van problemen met het reguleren van de emoties en het gedrag op een voor de leeftijd passende wijze; deze problemen worden door leeftijdgenoten in sociale situaties opgemerkt. Het inzicht in risico's in sociale situaties is beperkt; het sociale oordeelsvermogen is niet volgroeid voor de leeftijd en de betrokkene loopt het risico door anderen gemanipuleerd te worden (lichtgelovigheid). Personen met een licht verstandelijke beperking functioneren mogelijk op een voor de leeftijd passende wijze wat betreft de persoonlijke verzorging. Vergeleken met leeftijdgenoten hebben ze meer ondersteuning nodig bij complexe dagelijkse taken. Op volwassen leeftijd gaat het daarbij bijvoorbeeld om boodschappen doen, vervoer, het huishouden organiseren en het verzorgen van kinderen, voedszaam eten bereiden, en bank- en geldzaken beheren. Vrijtijdsvaardigheden komen overeen met die van leeftijdgenoten, hoewel er op dit gebied steun nodig is bij het beoordelen van het eigen welzijn en het organiseren van de vrijetijdsactiviteiten. Op volwassen leeftijd functioneren mensen met een licht verstandelijke beperking in banen waarbij de nadruk niet op de conceptuele vaardigheden ligt. Zij hebben meestal ondersteuning nodig om beslissingen te nemen over gezondheid en juridische kwesties, en om te leren werkgerelateerde taken goed uit te voeren. Meestal is ondersteuning nodig bij het grootbrengen van kinderen.

Matig verstandelijke beperking

Bij mensen met een matig verstandelijke beperking blijft het niveau van de conceptuele vaardigheden gedurende de hele ontwikkeling duidelijk achter op dat van leeftijdgenoten. Bij voorschoolse kinderen ontwikkelen de taal- en voorschoolse vaardigheden zich langzaam. Bij schoolgaande kinderen verloopt de ontwikkeling van

¹⁰ Enkel de ontwikkelaars van de Rakit-2 poogden aan dit tekort tegemoet te komen, maar toch blijven ook daar die lage scores onbetrouwbaar.

lezen, schrijven, rekenen, klokkijken en geldbeheer langzaam gedurende de schooljaren en zijn deze vaardigheden duidelijk minder goed ontwikkeld vergeleken met die van leeftijdgenoten. De ontwikkeling van schoolse vaardigheden is bij volwassenen meestal van een basaal niveau, en ze hebben ondersteuning nodig bij de toepassing van schoolse vaardigheden in een baan en het persoonlijk leven. Er is dagelijks structurele ondersteuning nodig om alledaagse conceptuele taken te voltooien; deze taken worden vaak volledig door anderen overgenomen. Personen met een matig verstandelijke beperking verschillen in de loop van de ontwikkeling duidelijk van leeftijdgenoten in sociaal en communicatief gedrag. Gesproken taal is gewoonlijk het belangrijkste instrument voor de sociale communicatie, maar is minder complex dan die van leeftijdgenoten. Dat de betrokkene in staat is om relaties met anderen aan te gaan blijkt duidelijk uit de band met familie en vrienden, en de betrokkene kan gedurende zijn leven hechte vriendschappen en soms als volwassene romantische relaties ontwikkelen. De betrokkene slaagt er echter niet altijd in om sociale signalen op te merken of om die adequaat te interpreteren. Het sociale oordeelsvermogen en de beslissingsvaardigheden zijn beperkt, en verzorgers moeten helpen bij het nemen van belangrijke besluiten. Vriendschappen met zich normaal ontwikkelende leeftijdgenoten worden vaak beïnvloed door communicatieve en sociale beperkingen. Op het gebied van werk is vaak aanzienlijke sociale en communicatieve ondersteuning nodig. Personen met een matig verstandelijke beperking kunnen als volwassene voorzien in persoonlijke behoeften van eten, aankleden, toilet en hygiëne, hoewel daarvoor een lange leerperiode en veel tijd nodig is om op deze gebieden onafhankelijk te worden; geheugensteuntjes kunnen nodig blijven. Ook kan op volwassen leeftijd volledige deelname aan alle huishoudelijke taken bereikt worden, hoewel daarvoor eveneens een lange leerperiode nodig is, en er structureel ondersteuning noodzakelijk is om een volwassen uitvoeringsniveau te handhaven. Onafhankelijk functioneren is mogelijk in banen waarvoor beperkte conceptuele en communicatieve vaardigheden nodig zijn, maar er is aanzienlijke ondersteuning nodig van collega's, supervisors en anderen om te kunnen voldoen aan de sociale verwachtingen, werkgerelateerde eisen en aanvullende verantwoordelijkheden, zoals planning, vervoer, gezondheidsaspecten en geldbeheer. De betrokkene kan een verscheidenheid aan vrijetijdsvaardigheden ontwikkelen. Hierbij is meestal gedurende een lange periode aanvullende ondersteuning nodig en moet iemand de gelegenheid krijgen om te leren.

Ernstig verstandelijke beperking

Bij personen met een ernstig verstandelijke beperking is het vermogen om conceptuele vaardigheden te verwerven beperkt. Zij begrijpen in het algemeen weinig van geschreven taal of van concepten waar getallen, hoeveelheden, tijd en geld bij komen kijken. Verzorgers geven gedurende het hele leven uitgebreide ondersteuning bij het oplossen van problemen. Gesproken taal is sterk beperkt in woordenschat en grammatica. Spraak kan beperkt blijven tot zinnen

bestaande uit één woord of korte frasen en kan worden aangevuld met andere vormen van communicatie. Spraak en communicatie richten zich voornamelijk op het hier en nu van de dagelijkse gebeurtenissen. Taal wordt meer gebruikt voor sociale communicatie dan voor uitgebreide uiteenzettingen. Ze begrijpen eenvoudig geformuleerde uitingen en communicatie met behulp van gebaren. Relaties met gezinsleden en bekende anderen vormen een bron van plezier en ondersteuning. Personen met een ernstig verstandelijke beperking hebben ondersteuning nodig voor alle dagelijkse activiteiten, waaronder maaltijden, aankleden, wassen en het toilet. Ze hebben altijd toezicht nodig. Mensen met een ernstig verstandelijke beperking kunnen geen belangrijke beslissingen nemen over het eigen welzijn of dat van anderen. Voor volwassenen is er structureel ondersteuning en hulp nodig bij de uitvoering van huishoudelijke taken, vrijetijdsactiviteiten en werk. Vaardigheden verwerven vergt een langdurig leerproces en structurele ondersteuning.

Diep verstandelijke beperking

Bij personen met een diep verstandelijke beperking hebben conceptuele vaardigheden in het algemeen betrekking op de fysieke wereld en niet op symbolische processen. De betrokkenen kunnen voorwerpen op doelgerichte wijze gebruiken voor zelfzorg, werk en vrijetijdsactiviteiten. Bepaalde visuospatieële vaardigheden, zoals sorteren volgens uiterlijke kenmerken, kunnen verworven worden. Bijkomende motorische en zintuiglijke beperkingen kunnen het functionele gebruik van voorwerpen onmogelijk maken. Personen met een diep verstandelijke beperking hebben nauwelijks inzicht in symbolische communicatie, in gesproken taal of gebaren. Het is mogelijk dat zij enkele eenvoudige instructies of gebaren begrijpen. Ze uiten hun wensen en emoties grotendeels door non-verbale, niet-symbolische communicatie. Ze genieten van relaties met vertrouwde familieleden, verzorgers en bekende anderen, en initiëren en reageren op sociale interacties met gebaren en emotionele signalen. Bijkomende motorische en zintuiglijke beperkingen kunnen veel sociale activiteiten onmogelijk maken. Personen met een diep verstandelijke beperking zijn afhankelijk van anderen voor alle aspecten van de dagelijkse lichamelijke verzorging, gezondheid en veiligheid, hoewel zij in staat zijn om een bijdrage te leveren aan enkele van deze activiteiten. Mensen zonder ernstige lichamelijke beperkingen kunnen helpen bij sommige dagelijkse taken thuis, bijvoorbeeld borden op tafel zetten. Eenvoudige handelingen met voorwerpen kunnen participatie mogelijk maken in beroepsmatige activiteiten, waarbij veel ondersteuning nodig is. Vrijetijdsactiviteiten betreffen bijvoorbeeld plezier in het luisteren naar muziek, films kijken, uit wandelen gaan of deelnemen aan wateractiviteiten, alle met ondersteuning van anderen. Bijkomende motorische en zintuiglijke beperkingen belemmeren vaak het deelnemen aan huiselijke, vrijetijds- en beroepsmatige activiteiten.

Het is belangrijk deze indeling niet als een stereotiep beeld te gebruiken. Elk individu heeft immers zijn eigen mogelijkheden en ondersteuningsnoden.

5. In welke situaties kan het protocol gebruikt worden?

In het voorgaande hoofdstuk zijn stapsgewijs de criteria besproken op basis waarvan op een kwaliteitsvolle manier een diagnose van verstandelijke beperking kan worden gesteld. In dit hoofdstuk wordt er eerst stilgestaan bij de verschillende situaties waarin een onderzoek naar verstandelijke beperking aan de orde is. Daarna worden er aandachtspunten geformuleerd over het gebruik van het protocol in de praktijk.

5.1 Wanneer een diagnostisch onderzoek uitvoeren?

Er kan aan een verstandelijke beperking gedacht worden als:

- een kind op verschillende vlakken bepaalde vaardigheden niet verworven heeft die men wel verwacht van een kind van een bepaalde leeftijd;
- een kind moeite heeft met leren op school en/of een zwakke leer- en werkhouding heeft;
- een (jong)volwassene moeilijkheden ervaart om voor zichzelf te zorgen of zich staande te houden in het sociale en maatschappelijke leven.

Er kunnen verschillende redenen zijn om een diagnostisch onderzoek naar verstandelijke beperking uit te voeren. Men kan vooreerst op zoek zijn naar een verklaring voor problemen die een kind of jongere ervaart in het uitvoeren van activiteiten of in het participeren aan diverse levenssituaties. Een diagnose van verstandelijke beperking kan dan helpen om deze problemen te begrijpen en te verklaren. Daarnaast is een diagnose verstandelijke beperking soms nodig om toegang te krijgen tot bepaalde vormen van onderwijs of ondersteuning. Zo is een inschatting van de algemene intelligentie en het adaptief gedrag nodig in het kader van de opmaak van een verslag dat recht geeft op type 2 onderwijs voor leerlingen met een verstandelijke beperking. Ook bij de indicatiestelling voor bepaalde vormen van jeugdhulp zoals verblijf of dagopvang voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking, is een uitgebreid diagnostisch onderzoek noodzakelijk. Bij jongvolwassenen kan een diagnosestelling nodig zijn om toegang te hebben tot een beschermde tewerkstelling, vormen van ondersteuning bij het wonen of financiële tegemoetkomingen. Ook de aanvraag voor een persoonsvolgend budget (VAPH) zal een uitgebreide diagnostische beeldvorming omvatten.

5.2 Algemene aandachtspunten

Schalock et al. (2010) formuleren vijf algemene aandachtspunten bij het vaststellen van de beperkingen in het functioneren:

- Vooreerst moeten beperkingen in het huidig functioneren steeds bekeken worden tegen de achtergrond van een omgeving die typisch is voor iemands leeftijd en cultuur.
- Ten tweede moet men er voldoende rekening mee houden dat het functioneren ook beïnvloed kan zijn door de socioculturele en linguïstische achtergrond en door problemen met de communicatie, het sensorisch functioneren en het gedrag van een persoon.
- Ten derde is het nodig om zich ervan bewust te zijn dat tekorten in bepaalde vaardigheidsdomeinen vaak gepaard gaan met sterktes in andere domeinen.
- Ten vierde is de uiteindelijke bedoeling van de beschrijving van de beperkingen in het functioneren het ontwikkelen van een profiel van benodigde ondersteuning.
- Ten slotte wordt benadrukt dat met aangepaste persoonsgerichte ondersteuning gedurende een volgehouden periode, het functioneren van de persoon met een verstandelijke beperking kan verbeteren.

Daarnaast wordt ook aangegeven dat voor een diagnose van verstandelijke beperking een gedegen klinisch oordeel van een professional noodzakelijk is. Scores op tests en vragenlijsten dienen steeds accuraat geïnterpreteerd en gecontextualiseerd te worden. Klinische ervaring is hierbij essentieel. Het gaat steeds om de combinatie van informatiebronnen.

Naast een aantal algemene aandachtspunten formuleren we enkele aandachtspunten bij het gebruik van het protocol bij:

- jonge kinderen;
- personen met een meervoudige problematiek;
- personen uit kansengroepen;
- meerderjarigen zonder voorgeschiedenis;
- hertesting.

5.2.1 Aandachtpunten bij het gebruik van het protocol bij jonge kinderen

Op jonge leeftijd kan een IQ minder betrouwbaar gemeten worden en is een IQ-score minder stabiel dan later in de ontwikkeling (Chen & Siegler, 2000; Goswami, 2002; Siegler & Richards, 1982). Ook het aantal brede cognitieve vaardigheden die kunnen gemeten worden onder de leeftijd van 5 jaar zijn beperkter dan op latere leeftijd. Bij de WPPSI-IV-NL worden zo bij de jongste kinderen (2:6 – 3:11 jaar) enkel die subtesten afgenomen die Gc (gekrystalliseerde intelligentie), Gv (visuele informatieverwerking) en Gwm (werkgeheugen; voordien Gsm, kortetermijngeheugen) meten. Bij de SON-R 2 - 8 is dat Gf (vloeiende intelligentie) en Gv (zie Bijlage 1 voor een verdere toelichting van Gc, Gv, en Gf).

Voor jonge kinderen (< 5 jaar) wordt daarom eerder geopteerd voor het gebruik van een ontwikkelingsschaal dan voor een intelligentieonderzoek (Maes et al., 2015). Met dergelijke ontwikkelingsschalen¹¹ wordt de vroegkinderlijke ontwikkeling geëvalueerd op verschillende domeinen zoals cognitie, taal, motoriek, sociaal-emotioneel functioneren en adaptief gedrag. Een voorbeeld van een vaak gebruikte ontwikkelingsschaal in Vlaanderen is de Bayley Scales of Infant and Toddler Development (Bayley-III-NL). Deze evalueert de vroegkinderlijke ontwikkeling op de domeinen van cognitie, taal, motoriek, sociaal-emotioneel functioneren en adaptief gedrag. De test levert een score op voor de schalen van cognitie, taal en motoriek. Resultaten voor de sociaal-emotionele ontwikkeling en adaptief gedrag zijn gebaseerd op een door de ouder/verzorger ingevulde vragenlijst. Tevens wordt een korte gedragsobservatielijst ingevuld door de diagnosticus over het gedrag van het kind tijdens de test. De schaal levert geen IQ-score op, maar indexscores, ontwikkelingsleeftijden en groeiscoringen. Recente Vlaamse evaluatie wees op enkele ernstige onvolkomenheden binnen het normeringsonderzoek. Hierdoor dienen een aantal belangrijke aandachtspunten in acht genomen te worden bij de interpretatie van de testresultaten (zie ook hoofdstuk 8).

Bij jonge kinderen (< 5 jaar) zal men dus eerder spreken over een algemene ontwikkelingsvertraging of -achterstand of een vermoeden van verstandelijke beperking. Deze diagnose van een ontwikkelingsachterstand vergt ook een procesdiagnostiek. Een kind wordt best gedurende een ruime periode gevolgd vooraleer een definitieve uitspraak wordt gedaan over het ontwikkelings- of functioneringsniveau. Er is immers een grote variatie in het normale ontwikkelingsverloop. Een achterstand of voorsprong wordt vaak pas in de loop van de tijd in toenemende mate duidelijk. Ook het differentiëren tussen een verstandelijke beperking en andere ontwikkelingsstoornissen zoals ASS of een

taalstoornis wordt dan beter mogelijk (Maes et al., 2015). Het is dan ook noodzakelijk de diagnose 'algemene ontwikkelingsvertraging' te baseren op meerdere evaluatie-momenten. Op één bepaald ogenblik kan men immers wel een ontwikkelingsachterstand vaststellen, maar de precieze aard, omvang en verklaring van deze achterstand wordt vaak pas duidelijk na herhaalde evaluatiemomenten van diverse ontwikkelingsdomeinen. Het kan gaan om een achterstand in de ontwikkeling van bij het begin of een stagnatie, vertraging of achteruitgang die optreedt tijdens de ontwikkeling. Concreet wordt bij deze jonge kinderen geadviseerd om de 2 jaar te hertesten en zeker op scharniermomenten, zoals bijvoorbeeld bij de instap in kleuteronderwijs, en bij de overgang tussen kleuter- en lager onderwijs.

Zeker in het geval van een jong kind moeten we er dus rekening mee houden dat een testonderzoek een momentopname is. Een jong kind is namelijk meer onderhevig aan zowel interne als externe factoren, die de testafname en werkhouding mogelijk (negatief) kunnen beïnvloeden. We denken hierbij aan vermoeidheid, honger, zintuiglijke prikkels zoals geluiden, (leeftijdsadequate) angst in een nieuwe omgeving, en het nog moeilijk kunnen reguleren van emoties en gedrag. De testafname dient daarom ook best te gebeuren in een prikkelarme ruimte, in aanwezigheid van een ouder of vertrouwd persoon, die tijdens het onderzoek ook bevraagd kan worden over het dagelijks functioneren van het kind. Het is ook belangrijk om het kind eerst de tijd te geven om zich aan te passen en op zijn gemak te voelen, vooraleer er daadwerkelijk met de test gestart wordt. Ten slotte is het aangewezen om vooraf na te gaan of er sprake is van gehoor- of visusproblemen bij het kind, of van een motorische problematiek, zodat de testprocedure hierop kan afgestemd worden.

5.2.2 Aandachtpunten bij het gebruik van het protocol bij personen met (vermoeden van) een bijkomende problematiek

Diverse persoons- en gedragskenmerken kunnen het cognitief en adaptief functioneren beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld motivatie, zelfbeeld, aandacht en concentratie. Het is van belang dat de diagnosticus het gedrag van de betrokken cliënt tijdens de testafname goed observeert en daar notities over maakt. Zo kan met deze kwalitatieve observaties rekening gehouden worden bij de interpretatie van de resultaten.

Een bijkomend aandachtspunt is de mogelijke invloed van medicatie op de testresultaten bij IQ-tests. Zo maakt een afname van de WISC-III-NL met Rilatine systematisch een verschil uit van 10 IQ-punten meer, vergeleken met een afname zonder Rilatine (Schittekatte, 2005).

¹¹ Metingen van vroegkinderlijke ontwikkeling kunnen bij kinderen en jongeren met een ernstig of diep verstandelijke beperking vaak de enige optie zijn om toch een beeld te krijgen van hun cognitief functioneren. Als deze schalen gebruikt worden bij kinderen die ouder zijn dan de leeftijd waarvoor de schaal bedoeld is, omdat ze ernstige verstandelijke beperkingen hebben, dient de interpretatie van de resultaten met de grootste omzichtigheid te gebeuren (Maes et al., 2015).

Ook de aanwezigheid van communicatieve, sensorische en/of motorische beperkingen kan de testresultaten negatief beïnvloeden. Vooreerst maken personen met bijkomende beperkingen veelal geen deel uit (of slechts in beperkte mate) van de normgroep, waardoor de normen voor hen niet aangepast zijn. Tevens kan hun beperking er ook voor zorgen dat zij niet optimaal presteren op de test. Personen met een visuele beperking zullen dan vooral moeilijkheden ondervinden bij het uitvoeren van taken die visuele informatie-verwerking vereisen. Personen met een auditieve beperking en personen met een taalontwikkelingsprobleem zullen niet alleen moeilijkheden ondervinden bij de subtests die inhoudelijk taalverwerking vereisen (bijvoorbeeld woordenschat), maar ook bij subtests waar verbale instructies centraal staan. Personen met een motorische beperking zullen dan weer moeite hebben met het uitvoeren van taken waarbij visuomotorische vaardigheden vereist zijn. Het risico is dat de prestaties van deze personen op een IQ-test niet hun reële intellectuele mogelijkheden reflecteren, en dat een lager resultaat eerder te wijten is aan hun communicatieve, sensorische en/of motorische beperking dan aan beperkte intellectuele vermogens. Desondanks is ook bij deze groepen het adequaat evalueren van hun cognitieve vaardigheden en hun adaptief gedrag belangrijk. Er zijn verschillende manieren om hieraan tegemoet te komen (Maes et al., 2015).

Vooreerst kan men nagaan of een aangepaste testafname mogelijk is. Idealiter gaat het dan om gestandaardiseerde aanpassingen aan de test-procedure. Pas dan is men immers zeker dat de aanpassing niets verandert aan de moeilijkheidsgraad of het concept van de test. Er is slechts een beperkt aantal gestandaardiseerde aanpassingen van algemene instrumenten voorhanden, rekening houdend met de kenmerken van een specifieke doelgroep. De Bayley-III-NL-Special Needs Addition (Bayley-III-NL-SNA)¹² is hiervan een voorbeeld. Het is een aanvullende versie bij de Bayley Ontwikkelingsschalen waarin de afname en scoring van bepaalde items aangepast worden, zodat deze afgenomen kunnen worden bij kinderen met een communicatieve, visuele of fijn-motorische beperking. Indien geen gestandaardiseerde aanpassing voorhanden is, kan men soms, op basis van een goede kennis van de specifieke moeilijkheden van de cliënt, beperkte aanpassingen doen in de afnameprocedure. Zo kan men bij een kind met motorische beperkingen bij een opdracht waarin één van twee prenten moet aangewezen worden, de opdracht laten uitvoeren door het kind te laten kijken naar één van beide prenten die ver uit elkaar gelegd worden. Of de onderzoeker kan één van beide prenten aanwijzen, en de persoon met 'ja' of 'nee' laten aangeven welke prent gekozen wordt. Bij kinderen met visuele beperkingen kan het gebruikte visuele materiaal vergroot aangeboden worden. Het is belangrijk dat de aanpassingen goed afgesproken worden in het team (zie verder) en goed gedocumenteerd worden in het verslag.

Ten tweede kan voor bepaalde groepen gekozen worden

voor een minder breed dekkende intelligentietest. Men kiest dan voor bepaalde subtests die het minst beïnvloed worden door de bijkomende beperking. Zo kunnen voor mensen met auditieve beperkingen de minder talige intelligentietesten (SON-versies en WNV) gebruikt worden. Bij mensen met motorische beperkingen kunnen net de verbale subtests afgenomen worden. Men dient zich hierbij steeds bewust te zijn dat slechts een bepaalde groep van cognitieve vaardigheden getest wordt, wat een eenzijdig beeld kan geven van de intellectuele mogelijkheden van de persoon.

Ten derde moet men bij de interpretatie van de resultaten rekening houden met de mogelijke impact van bijkomende problemen op de prestaties. Men dient dan te expliciteren dat een lagere prestatie van een persoon op een bepaalde taak wellicht eerder toe te schrijven is aan de beperking dan aan de beperkte intellectuele mogelijkheden. In die zin is bij personen met bijkomende beperkingen het werken met een profiel van relatief sterkere en zwakkere scores meer aangewezen dan beslissingen te nemen op basis van een totaalscore. Die laatste camoufleert dan immers de bestaande sterktes en zwaktes in het profiel, die heel erg betekenisvol zijn. Bij personen met bijkomende communicatieve, sensorische en/of motorische beperkingen zijn tevens observaties van de wijze waarop iemand een bepaalde taak uitvoert van groot belang en aanvullend bij de kwantitatieve scores. Daarom zou een testafname ook door een duo kunnen gebeuren, waarbij één onderzoeker zich sterk focust op de kwalitatieve observaties.

Ten slotte willen we benadrukken dat IQ-testing bij personen met bijkomende of meervoudige beperkingen specifieke kennis en knowhow vergt. Een interdisciplinair team, met toevoeging van experts inzake de problematiek van een persoon, is essentieel zowel om afspraken te maken inzake de testafname als om de prestaties van de persoon accuraat te kunnen interpreteren.

5.2.3 Aandachtspunten bij het gebruik van het protocol bij personen uit kansgroepen (personen met een migratieachtergrond en/of kansarmen)

De functioneringsproblemen moeten steeds bekeken worden in de context van een omgeving die typisch is voor iemands leeftijd, leefomstandigheden en cultuur. Daarom dient er ook bijzondere aandacht besteed te worden aan de aangepastheid van de gebruikte tests en vragenlijsten. De inhoud van de instrumenten dient idealiter aangepast te zijn aan de culturele eigenheid van elke groep bij wie het instrument gehanteerd wordt.

De afname van een IQ-test bij personen met een migratieachtergrond of bij kansarmen is een belangrijke bron van mogelijke vertekening. De literatuur in verband met deze kansgroepen is vrij beperkt (in Nederland was er wel bv. Bleichrodt & van de Vijver, 2001). De variabele etniciteit werd wel met de WISC-III-NL het voorbije decennium intensief bestudeerd vooral in

¹² Dezelfde tekortkomingen in het Vlaamse normeringsonderzoek zijn van toepassing voor zowel Bayley-III-NL als Bayley-III-SNA. Zie hoofdstuk 8 voor een bespreking van de aandachtspunten.

Vlaams onderzoek bij personen met een migratieachtergrond (Schittekatte & Hurks, 2015; Van de Vijver et al., 2007; Van de Vijver et al., 2016). Duizenden afnames bij leerlingen met een migratieachtergrond wijzen op een systematische bias, met name een gemiddelde onderschatting van 10 à 15 IQ-punten. Er blijken aanwijzingen van concrete gevoelige items waarbij bijvoorbeeld etnische bias, taalkennis en testvertrouwdheid de belangrijkste verklaringen vormen. Om aan deze tekortkomingen tegemoet te komen heeft men bij de ontwikkeling van de WISC-V sterke inspanningen geleverd om de interculturele fairheid te maximaliseren en mogelijke bias te minimaliseren. Dit wil echter niet zeggen dat de test culture-free is. Verder onderzoek is nodig om de mate van cultuurbias met de WISC-V te bepalen.

Onderzoek over en met de Gentse Acculturatie Schaal (GACS¹³) toont het belang aan van acculturatie voor diagnostiek bij kinderen met een migratieachtergrond. Alle resultaten van deze onderzoekslijn in verband met acculturatie wijzen in dezelfde richting: kinderen en adolescenten van Marokkaanse of Turkse origine met hogere IQ-scores richten zich meer op de 'gastcultuur' en minder op de 'thuiscultuur'. Een eventueel causaal verband tussen IQ en acculturatie kon echter niet vastgesteld worden (Schittekatte & Hurks, 2015). Zoals te verwachten viel, was dit effect het meest uitgesproken op de verbale subtests. Het effect trad echter ook op bij de performale subtests. Dit onderzoek staat niet toe om vast te stellen hoe de causale relatie tussen IQ en acculturatie is: leidt een hoger IQ tot meer aanpassing, leidt meer aanpassing tot een hoger IQ of is er een wederzijdse beïnvloeding tussen IQ en aanpassing? Ook al kan men deze vragen niet ondubbelzinnig beantwoorden, duidelijk is wel dat de problemen van diagnostiek van intelligentie bij personen met een migratieachtergrond niet zomaar op te lossen zijn door enkel gebruik te maken van performale tests (zie ook Schittekatte & Hurks, 2015). Het huidige onderzoek naar acculturatie bevestigt bovendien dat het riskant is kinderen met een migratieachtergrond als één groep te beschouwen en te vergelijken met Nederlandse of Vlaamse kinderen. Binnen de groep kinderen met een migratieachtergrond zijn er grote verschillen in de mate van behoud van de eigen cultuur en aanpassing aan de meerderheidscultuur. Bij kinderen met een migratieachtergrond die zich volledig aanpassen en de eigen cultuur niet behouden, kunnen de Nederlandse en Vlaamse normen redelijk goed worden gebruikt om de testresultaten te interpreteren. Naarmate de kinderen de eigen cultuur meer behouden en zich minder aanpassen aan de gastcultuur, wordt het gebruik van deze normen, die gebaseerd zijn op onderzoek onder leden van de meerderheidsgroep, problematischer. Het huidige onderzoek geeft derhalve het belang aan van een goede diagnostiek van de mate waarin een kind is geïntegreerd in de cultuur van de gastsamenleving.

Bij kansarmen is het in het bijzonder belangrijk een goed onderscheid te maken tussen het 'niveau van cognitieve ontwikkeling dat op dit moment bereikt is' en de 'intellectuele mogelijkheden', lezen we terecht in de

publicatie Toetsstenen Faire Diagnostiek (Cré et al., 2008). Er wordt verder aangegeven dat geen betrouwbare IQ-bepaling mogelijk is bij anderstalige nieuwkomers of bij kleuters met een migratieachtergrond vooraleer ze minimaal twee jaar in onze cultuur verbleven hebben. In die publicatie wordt ook aandacht besteed aan het belang van een zorgvuldige inschatting van het adaptief gedrag. De vraag daarbij is wat we willen nagaan: de sociale aanpassing aan de context van ons land of de mate van aanpassing van die persoon in zijn/haar (sub)culturele context. Genormeerde schalen peilen naar de sociale aanpassing binnen de (dominante) cultuur waarin men leeft of de 'acculturatie' in onze samenleving. Zicht krijgen op de sociale aanpassing in de cultuur van het land van herkomst kan via gesprekken en observatie. Daarbij is voeling met en kennis van die cultuur essentieel. Tevens dient men rekening te houden met de kenmerken van de context waarin de cognitieve vaardigheden van het kind tot ontwikkeling zijn gekomen.

5.2.4 Aandachtspunten bij het gebruik van het protocol bij meerderjarigen zonder voorgeschiedenis

In een aantal situaties is het nodig en zinvol om een 'retrospectieve diagnose' te stellen. Men bedoelt daarmee het stellen van een diagnose van een verstandelijke beperking na de leeftijd van 18 jaar, waarbij de persoon voordien geen diagnose gehad heeft. Op dit moment kan men immers niet meer zelf vaststellen of de beperkingen in het cognitief functioneren en/of het adaptief gedrag reeds aanwezig waren in de ontwikkelingsperiode (voor 18 jaar). De professional dient zich in dergelijke situaties te beroepen op meerdere bronnen van informatie die een indicatie geven dat de persoon reeds beperkingen in intellectueel functioneren en/of adaptief gedrag ondervond tijdens de ontwikkelingsperiode. Dat kunnen verslagen zijn van intelligentiemetingen of evaluaties van adaptief gedrag van diagnostische centra (bijvoorbeeld COS, CLB of buitenlandse diagnostische instanties) of van voorzieningen binnen de jeugdhulpverlening (bijvoorbeeld residentiële voorzieningen, dagopvang). Het kunnen ook officiële verslagen voor bijkomende tegemoetkomingen zijn (bijvoorbeeld indicatiestellingsverslagen voor 'speciaal onderwijs' of zorginstellingen in land van herkomst). Op die manier kan men informatie verzamelen over de aanwezigheid van de criteria voor een verstandelijke beperking voor de leeftijd van 18 jaar.

Als dergelijke schriftelijke informatiebronnen niet aanwezig zijn, kan men ook informatie over de ontwikkelingsgeschiedenis en het ontwikkelingsverloop bevroegen bij de ouders. Indien ook dit niet mogelijk is, zal over het ontwikkelingscriterium geen uitsluitel kunnen gegeven worden en dient de diagnose verstandelijke beperking als een 'vermoedelijke' diagnose beschouwd te worden.

5.2.5 Aandachtspunten bij hertesting

Niet enkel bij jonge kinderen, maar ook bij oudere kinderen, adolescenten en jongvolwassenen dienen een

¹³ <https://www.ugent.be/pp/nl/diensten/rso/assessmentlab/testmanager>

aantal kanttekeningen gemaakt te worden met betrekking tot de stabiliteit van een diagnose verstandelijke beperking en de daaraan gerelateerde zinvolheid van een hertesting.

De populatiestabiliteit van IQ blijkt vrij hoog bij kinderen met een verstandelijke beperking zonder bijkomende problematiek (Jenni et al., 2015). Er wordt gemiddeld genomen geen IQ-stijging waargenomen bij een tweede meting, wat op basis van het principe van regressie naar het gemiddelde wel zou verwacht worden bij een groep laag scorende kinderen uit de algemene populatie. Het feit dat er geen sprake is van regressie naar het gemiddelde en er een hoge stabiliteit wordt waargenomen, suggereert dat een verstandelijke beperking geen voorbijgaand fenomeen is. In die zin zouden we er dus kunnen van uitgaan dat wanneer een diagnose op een degelijke en onderbouwde manier is gesteld, deze van toepassing zal blijven voor het verdere leven van de persoon in kwestie. Echter, de individuele stabiliteit van een IQ-score bij een kind met een verstandelijke beperking is slechts middelmatig (Jenni et al., 2015). Er wordt zelfs gevonden dat de individuele stabiliteit van een IQ-score bij deze kinderen lager is dan bij een kind uit de algemene populatie. Het is met andere woorden mogelijk dat een tweede IQ-meting bij een kind met een verstandelijke beperking een ander beeld laat zien dan de eerste. Mogelijks spelen storende factoren zoals vermoeidheid, motivatie, aandacht en medewerking in deze populatie een grotere rol (Jenni et al., 2015).

Hertesting na verloop van tijd kan zinvol zijn om een zo goed mogelijke afstemming te behouden tussen het ondersteuningsaanbod en het functioneren van de persoon in kwestie. Voornamelijk wanneer er vermoedens zijn dat de eerste afname sterk beïnvloed werd door bijvoorbeeld motivationele aspecten of een zwakke aandacht is het nuttig om na verloop van tijd te hertesten. Ook op scharniermomenten, zoals de overgang naar het secundair onderwijs, kan hertesting zinvol zijn om de persoon in de nieuwe situatie zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen. Het is wel van belang dat voldoende tijd wordt gelaten tussen een eerste en een tweede afname van dezelfde test om herinneringseffecten te vermijden. De minimale tussentijd wordt meestal vermeld in de testhandleiding. Bij de WISC-V wordt bijvoorbeeld aangeraden minstens 1 à 2 jaar te laten tussen twee testafnames.

Over de stabiliteit van adaptief gedrag is minder gekend. Onderzoek beperkt zich veelal tot kinderen en jongeren met een autismespectrumstoornis of het Down syndroom. Bij deze kinderen wordt gemiddeld genomen een kleine verbetering waargenomen in adaptief gedrag over de tijd heen, al blijven ze over de hele lijn slechter scoren dan hun leeftijdgenoten uit de algemene populatie (Baghdadli et al., 2012; Flanagan et al., 2015; Gerlach-McDonald, 2017). Deze bevindingen suggereren dat ook in het domein van adaptief gedrag hertesting

zinvol kan zijn om een goede afstemming tussen het ondersteuningsaanbod en het functioneren van de persoon in kwestie te behouden.

6. Samenstelling van het diagnostisch team

Het onderzoek naar verstandelijke beperking gebeurt door een multidisciplinair team. Het team bestaat bij voorkeur uit drie disciplines. Doorheen het diagnostisch traject is er rechtstreeks contact met de cliënt en met de ouder(s)/leerkracht(en)/begeleider(s).

Indien bepaalde onderzoeken reeds in een andere setting plaatsvonden en nog voldoende actueel zijn, hoeft het onderzoek in kwestie niet opnieuw uitgevoerd te worden. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn voor intelligentieonderzoek dat reeds vóór doorverwijzing gebeurde. In dat geval kan eventueel voortgegaan worden op het verslag van dit onderzoek. Wel is er in het team best toch een vertegenwoordiger van de discipline aanwezig, zodat de resultaten uit voorgaande onderzoeken op correcte wijze geïnterpreteerd worden.

Het team kan flexibel samengesteld worden, afhankelijk van de leeftijd van de cliënt, de problematiek die zich aandient en de geformuleerde hypothesen.

- De minimale vereiste is dat een master in de psychologie/pedagogische wetenschappen betrokken is bij het besluitvormingsproces.
- Facultatief fungeren als teamleden:
 - paramedische discipline, bijvoorbeeld logopedist en/of kinesitherapeut (vooral bij jonge kinderen);
 - medische discipline, bijvoorbeeld arts of psychiater (onder meer bij hypothese ASS);
 - maatschappelijke discipline;
 - psychologische discipline, bijvoorbeeld bachelor in de psychologie;
 - ...

Vanuit hun vooropleiding dienen de teamleden over voldoende diagnostische competenties te beschikken.

7. Hoe diagnostiek naar deze stoornis op een kwaliteitsvolle manier uitvoeren?

Dit hoofdstuk geeft een beknopt overzicht van de kwaliteitsvolle uitvoering van het diagnostisch proces bij een persoon met een vermoeden van een verstandelijke beperking. De opzet volgt een chronologische volgorde beginnend met het intakegesprek en eindigend met de verslaggeving. Een uitgebreide analyse van de verschillende onderzoeksinstrumenten en -methoden komt aan bod in hoofdstuk 8. Voor een uitgebreidere overkoepelende (i.e. niet stoornisspecifieke) bespreking van kwaliteitsvolle diagnostiek verwijzen we naar de Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek (Schoupe, 2020). We raden dan ook aan het huidige protocol te lezen in het licht van deze algemene richtlijn.

7.1 Aanmelding en intake

De eerste contactname kan gebeuren door de persoon zelf, de ouders, de school, de behandelaar of een ondersteunende dienst. In dit eerste gesprek (telefonisch of op de setting zelf) wordt nagegaan of de gecontacteerde dienst op de vraag van de betrokkenen kan ingaan dan wel of er alternatieven voorgesteld moeten worden.

Wanneer de dienst de vraag kan opnemen, wordt nagegaan of er reeds eerdere onderzoeken werden uitgevoerd en of hier verslaggeving over bestaat. Relevante verslaggeving wordt opgevraagd. Hiertoe is de schriftelijke instemming van de ouders of van de (bekwaam geachte) persoon zelf essentieel.

Het intakegesprek vindt plaats met de persoon en/of diens ouders (afhankelijk van leeftijd en gezinscontext). Met instemming van de cliënt kunnen eventuele andere betrokkenen aansluiten. De bedoeling van dit gesprek is om:

- de vraag te verduidelijken;
- de wensen en verwachtingen te bevragen;
- informatie te verzamelen over het functioneren van de persoon binnen zijn context (zowel problemen en zorgen als positieve kenmerken), de attributies van verschillende betrokkenen, de relevante voorgeschiedenis, de ondernomen activiteiten en hun effecten;
- afstemming te bereiken over de geformuleerde hulpvragen en het mogelijk verdere diagnostisch traject.

Tijdens de intake komt het perspectief van de betrokkenen ten volle aan bod en wordt geobserveerd. Er worden nog geen hypothesen gesteld en het gebruik van probleemspecifieke instrumenten wordt vermeden.

Als referentiekaders bij de intake kunnen onder andere het ICF(CY)-model (WHO, 2002, 2008) of het AAIDD-model (Schalock et al., 2010) gebruikt worden. De Leidraad voor taxatie van ontwikkelingsproblemen bij kleuters (Maes et al., 2005) is een voorbeeld van een intake-instrument bij kleuters. Bij een vermoeden van een andere culturele achtergrond is het mogelijk om de Gentse Acculturatievragenlijst (GACS; zie Schittekatte & Hurks, 2015; Van de Vijver et al., 2007) te hanteren.

7.2 Kritische reflectie, hypothesevorming

Na de gegevensverzameling bij de aanmelding en de intake volgt een kritische reflectie door de diagnosticus over de reeds verworven informatie (Vertommen et al., 2002). De diagnosticus tracht de bekomen informatie te objectiveren, te taxeren en te clusteren tot één overkoepelend beeld. Het clusteren van functioneringsproblemen, positieve aspecten, ondersteunende en belemmerende factoren kan gebeuren aan de hand van ICF (WHO, 2002) of ICF-CY (WHO, 2008). Op basis hiervan stelt de diagnosticus een voorlopige theorie op over de situatie, waarin zowel rekening wordt gehouden met het vermoeden van een bepaalde problematiek als met mogelijke bijkomende problemen, beïnvloedende factoren en/of alternatieve verklaringen.

Het is belangrijk dat het diagnostisch team in de kritische reflectie rekening houdt met een aantal hinderpalen. Zo dient men zich bewust te zijn van zijn al dan niet vertrouwd zijn met bepaalde problemen waardoor deze wellicht over- of onderschat worden, zijn voorkeur voor bepaalde onderzoeksinstrumenten, enzovoort. Tevens dient het team na te gaan of ze voldoende kennis en ervaring heeft om zich een goed beeld te vormen van de situatie. Uiteraard baseert het team zich in deze reflectiefase op de huidige literatuur en brede, algemene wetenschappelijke kennis. Overleg met één of meerdere collega's van het multidisciplinair team kan er mee voor zorgen dat er voldoende breed gekeken wordt naar het totale functioneren van de cliënt binnen zijn context.

Het vermoeden van een verstandelijke beperking kan reeds bij de intake geformuleerd zijn als hulpvraag of bij de diagnosticus opkomen tijdens de reflectiefase. Het verdere diagnostische traject hangt af van het geheel aan hypothesen en de reeds beschikbare informatie. Indien de hypothese 'verstandelijke beperking' voldoende waarschijnlijk is, worden gerichte onderzoeksvragen geformuleerd en wordt bepaald op welke manier deze

het best kunnen beantwoord worden. De diagnosticus communiceert zijn bevindingen naar de cliënt en eventueel directe betrokkenen en zoekt afstemming omtrent het vervolgtraject. Daarbij wordt duidelijk verwoord welke onderzoeksvragen geformuleerd werden, op welke manier deze getoetst zullen worden, wie de mogelijke (mede)onderzoekspartners zijn, wat de verdere stappen zijn en wat de timing is.

Vanuit de sociaal-ecologische visie die eerder al werd beschreven, pleiten we ervoor om het functioneren van de betrokkene zo breed mogelijk in beeld te brengen met zeker ook voldoende aandacht voor de sterktes en de mogelijkheden naast de beperkingen/participatieproblemen/stoornissen. Hypothesen die in het verder onderzoekstraject getoetst worden, omvatten bij voorkeur zoveel mogelijk van de functioneringsproblemen. Bij elke nieuwe evaluatie dient ook mee bekeken te worden in welke mate eerder gestelde diagnoses geen 'onderdeel' waren van een bredere problematiek. Indien nodig kunnen eerder gestelde diagnoses dan ook worden 'ingetrokken' omdat het geheel aan functioneringsproblemen beter begrepen wordt vanuit een bredere problematiek.

Bij het formuleren van hypothesen is het eveneens belangrijk om het ontwikkelingsperspectief mee te nemen.

7.3 Alternatieve en bijkomende hypothesen

Zeker bij kinderen en jongeren, maar ook bij volwassenen is het belangrijk om in de onderzoeksfase heel breed te kijken. Beperkingen en participatieproblemen die aanleiding geven tot de hypothese 'verstandelijke beperking', kunnen immers ook het gevolg zijn van of mee bepaald worden door onderstaande hypothesen die als alternatieve of bijkomende hypothesen dienen meegenomen te worden:

- motorische of zintuiglijke stoornissen;
- epilepsie of andere medische problemen;
- ontwikkelingsstoornissen zoals autismespectrumstoornis, spraak- en taalontwikkelingsstoornis (ontwikkelingsdysfasie, kinderafasie), coördinatie-ontwikkelingsstoornis, ADHD, specifieke leerstoornis, ...;
- gedrags- of emotionele stoornis (obsessieve-compulsieve stoornis, stemmingsstoornis, angststoornis, trauma- en stressor-gerelateerde stoornis, ...);
- niet-aangeboren hersenletsel;
- ...

De impact van de eventueel aanwezige bijkomende stoornissen of beperkingen op het 'meten' van de criteria voor verstandelijke beperking moet terdege ingeschat worden door het diagnostisch team.

7.4 Diagnostisch onderzoek en onderzoeksmiddelen

7.4.1 Aard van het onderzoek

Om de diagnostische criteria voor verstandelijke beperking te kunnen aftoetsen, wordt, aanvullend op de intake, informatie verzameld over:

- het intellectuele functioneren;
- het adaptief gedrag;
- het ontwikkelingsverloop.

Voor het verzamelen van deze informatie is een combinatie van volgende onderzoeksmethodes aangewezen (tenzij dit al gebeurd is en de informatie voorhanden is):

- gesprek met cliënt, ouder(s)/leerkracht(en)/begeleider(s) en eventueel andere betrokkenen;
- (gerichte) observatie van de cliënt in dagelijkse situaties (bijvoorbeeld gezin, klas);
- analyse van eerdere verslaggeving en eventueel dossiergegevens;
- meting: cognitieve vaardigheidstest en instrument voor adaptief gedrag;
- klinisch medisch onderzoek met minimaal: huidige gezondheidstoestand, biometrische gegevens, morfologische kenmerken en anamnese.

7.4.2 Intelligentie

In de diagnostische criteria voor verstandelijke beperking nemen beperkingen in de intellectuele functies een belangrijke rol in. Voor de beeldvorming van de intellectuele functies wordt bij voorkeur gebruikgemaakt van een kwaliteitsvolle algemene intelligentietest. Bij een jong kind of een persoon met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking¹⁴ kan een kwaliteitsvolle ontwikkelingsschaal worden gebruikt. Een collectieve test is enkel mogelijk als update van bovenstaande evaluatie. Intelligentietests worden afgenomen door een teamlid van de psychopedagogische discipline (master Psychologie of Pedagogische Wetenschappen of bachelor Toegepaste Psychologie).

We geven in het instrumentarium (hoofdstuk 8) een lijst van instrumenten die toelaten om het intellectuele of cognitieve functioneren te meten bij kinderen, jongeren en volwassenen (Vlaamse situatie, december 2020). Deze lijst is zo exhaustief mogelijk en dus worden ook instrumenten vermeld waarin het meten van cognitieve capaciteiten niet centraal staat. Een voorbeeld hiervan zijn cognitieve ontwikkelingsschalen. Deze metingen van vroegkinderlijke ontwikkeling zijn bij heel jonge kinderen soms de enige optie om een beeld te krijgen van het cognitieve functioneren. Kraijer en Plas (2014) benoemen deze instrumenten terecht als de 'voorlopers' van de algemene intelligentietests, die dus breed en algemeen de cognitieve functies in kaart brengen. Deze schalen kunnen ook gehanteerd worden voor 'laag

¹⁴ Een mogelijke schattingsprocedure van intelligentieonderzoek vanuit het CHC-model bij kinderen en adolescenten met (zeer) ernstige beperkte cognitieve mogelijkheden is uitgewerkt in de publicatie van Magez en De Jonghe (2015).

functionerende' personen van oudere leeftijd dan de normen voorzien; de interpretatie van resultaten in deze gevallen vraagt grote voorzichtigheid.

Afname van meerdere instrumenten bij één persoon is een pluspunt, omdat het meer zekerheid biedt over de kwaliteit van de meting; maar bij hertesting met eenzelfde instrument moet rekening gehouden worden met hertest- en leereffecten zoals beschreven in de literatuur (e.g., Schittekatte, 2000).

7.4.3 Adaptief gedrag

In het instrumentarium (hoofdstuk 8) wordt na het overzicht van de cognitieve vaardigheidstests ook een overzicht gegeven van de instrumenten die beschikbaar en bruikbaar zijn om adaptief gedrag te evalueren bij kinderen, jongeren en volwassenen in de Vlaamse context.

7.5 Multidisciplinair overleg en conclusie

Een overleg (in fysieke zin) tussen de leden van het multidisciplinair diagnostisch team dient het sluitstuk te vormen van ieder goed diagnostisch traject. Het is een moment van reflectie en bereidt de conclusie en verslaggeving voor. Op het overleg wordt alle relevante informatie uit het diagnostisch traject gebundeld.

Tijdens het multidisciplinair overleg wordt rekening gehouden met de attributies van de verschillende betrokkenen en worden de relevante hypothesen en onderzoeksvragen overlopen. Op dit overleg worden de drie criteria voor een diagnose verstandelijke beperking (het intelligentiecriterium, het criterium adaptief gedrag en het ontwikkelingscriterium) overlopen en formuleert het diagnostisch team een conclusie op basis van de beschikbare gegevens (zowel kwantitatief als kwalitatief). Bij het formuleren van de conclusie wordt ook rekening gehouden met relevante voorgeschiedenis en met het functioneren van de betrokkene.

7.6 Adviesgesprek en verslaggeving

Nadat het multidisciplinair team tot een conclusie is gekomen, is het aangewezen om deze conclusie in een adviesgesprek mee te delen aan de betrokkenen en hier ook verslag van te maken. Idealiter wordt dit verslag ook bezorgd aan de betrokkene of zijn wettelijke vertegenwoordiger(s).

7.6.1 Adviesgesprek

Een belangrijke en bij momenten ook delicate taak voor het diagnostisch team ligt aan het einde van het proces. Minstens een teamlid zal na de besluitvorming de taak opnemen om de gestelde diagnose verstandelijke beperking of de alternatieve bevindingen kenbaar te maken en te motiveren, én om de bijbehorende adviezen over te brengen. Voor dit 'eindgesprek' of 'adviesgesprek' wordt de cliënt of het cliëntsysteem uitgenodigd. In overleg wordt nagegaan of het zinvol is om twee adviesgesprekken te houden: één op maat van de cliënt en één op maat van de ouders/primaire verzorgers. Afhankelijk van de context en met goedkeuring van de

cliënt kan het ook nuttig zijn om een verwijzer of betrokken hulpverlener mee uit te nodigen.

De waarde van het adviesgesprek is aanzienlijk daar het de schakel vormt tussen de verduidelijking en de verdere aanpak van de aanwezige moeilijkheden. Een juiste afstemming van de betrokken diagnosticus op de cliënt en zijn omgeving is daarbij noodzakelijk. Een diagnostisch onderzoek is meestal pas effectief wanneer een cliënt zich persoonlijk aangesproken voelt en wanneer hij/zij merkt dat er maatwerk is geleverd. Het gesprek moet dan ook op maat van de cliënt en zijn omgeving gebeuren, met oog voor de eigenheden van de persoon in kwestie. Hierbij zijn de gehanteerde taal en manier van gespreksvoering zeer belangrijk. Er moet attent gebleven worden op het begripsvermogen van het cliëntsysteem en waar nodig dienen verduidelijkingen en nuances aangebracht te worden. De onderzoeksresultaten moeten geherformuleerd worden in een objectieve, verstaanbare taal, met concrete voorbeelden ter illustratie. Het is van belang om in het gesprek niet alleen aandacht te schenken aan kwetsbaarheden, maar ook kwaliteiten of talenten in de verf te zetten, en ondersteuningsnoden en adviezen op concrete wijze te benoemen. Maak hierbij duidelijk hoe de sterkten van de cliënt kunnen bijdragen tot het voorgestelde interventieplan. Verder is de emotionele impact van het adviesgesprek ook niet te onderschatten. Als diagnosticus is het belangrijk zich bewust te blijven van wat de verkregen informatie bij het cliëntsysteem teweeg brengt en het gesprek hierop af te stemmen en bij te sturen.

Het komt vaak voor dat tijdens of na het adviesgesprek allerlei vragen rijzen bij de cliënt zelf of bij zijn of haar omgeving. Voorzie ruimte om deze vragen te kunnen stellen. Het is van belang om de nodige opvolging zo goed mogelijk in te schatten, rekening houdend met de eigenheid van de cliënt in kwestie en zijn of haar ondersteunend netwerk. Het is aanbevolen:

- om mensen expliciet mee te geven dat ze contact kunnen opnemen voor een tweede adviesgesprek als ze daar behoefte aan hebben;
- om na enige tijd telefonisch contact op te nemen ter opvolging;
- om feedback te vragen op het diagnostisch verslag.

7.6.2 Verslaggeving

Een kwaliteitsvol verslag bevat steeds een vermelding van de datum van afname, de gebruikte onderzoeksinstrumenten met vermelding van versie, gehanteerde normen, gehanteerde betrouwbaarheidsintervallen en relevante observaties. Bij de interpretatie van de resultaten is het aangewezen om rekening te houden met de mate van taalvaardigheid, de culturele achtergrond en socio-economische status van de cliënt als mogelijke beïnvloedende factoren.

In dit protocol wensen we vooral op te nemen wat minimaal moet terug te vinden zijn in de documenten/instrumenten die gehanteerd worden om ondersteuning aan te vragen (A-document bij Integrale Jeugdhulp, multidisciplinair verslag bij VAPH, ...).

Bij de aanvraag van niet rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp in het kader van Integrale Jeugdhulp en bij de aanvraag van ondersteuning in het kader van VAPH moet volgende informatie minimaal terug te vinden zijn in de betreffende aanvraagdocumenten:

- Conclusie van het multidisciplinair team met vermelding en omschrijving van de drie criteria voor diagnosestelling van verstandelijke beperking, onderbouwd met kwantitatieve en kwalitatieve resultaten. Bij de kwantitatieve resultaten wordt steeds melding gemaakt van welk instrumentarium, welke normen en welke betrouwbaarheidsintervallen gehanteerd werden.
- Indien er (zeker bij jonge kinderen) een herevaluatie nodig is en er nog bijkomende hypothesen getoetst moeten worden op een latere datum wordt dit ook best vermeld. Er dient dan duidelijk gesteld te worden dat het geen definitieve diagnose betreft.
- De gegevens en kwalificaties van de teamleden die betrokken waren bij de diagnosestelling.
- De datum van het multidisciplinair overleg en de conclusie die hieruit volgt.
- De gegevens van de aanwezige teamleden op het multidisciplinair overleg.

8. Instrumentarium en kwalificatie

8.1 Toelichting bij de kwalificatie van cognitieve vaardigheidstests

De categorieën A+, A, B, C en D die worden vermeld op de testfiches werden geadviseerd door de BFP Testcommissie¹⁵), die een *Test Quality - Scan* (TQ-Scan) hanteren. Andere belangrijke informatiebronnen van de testfiches waren de evaluaties door de COTAN (Commissie Testaangelegenheden Nederland), het CAP-Vademecum (Magez et al., 2016), en de beoordelingen van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw.

Binnen de BFP Testcommissie werd besloten om bij elke beoordeling van een instrument aan de hand van de TQ-Scan tot een eindbeoordeling (A, B, C of D, eventueel aangevuld met een "+") te komen. Een beoordeling via het Test Review Model van de European Federation of Psychologists' Associations (EFPA) of via het COTAN beoordelingssysteem leidt niet tot een dergelijke eindbeoordeling per instrument – wel wordt er uitgebreid geïnformeerd over de kwaliteiten op de onderscheiden criteria (zie Bijlage 2 voor een toelichting bij de overige kwalificatiesystemen).

Ook bij de BFP TQ-Scan krijgt de testgebruiker evaluerende informatie over de sterktes en zwaktes van een instrument, maar kent men dus ook een globale eindscore toe. De expliciete vraag van verschillende instanties in Vlaanderen naar een globaal kwaliteitslabel op instrumenten was hierin doorslaggevend. Zo zijn er de limitatieve lijsten van IQ-tests van het RIZIV¹⁶ en deze van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid¹⁷ die "acceptabele en niet-acceptabele" instrumenten willen onderscheiden, zich baserend op TQ-Scan beoordelingen. Ook het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) vermeldt en hanteert de BFP-kwalificaties in het kader van hun beschrijving van een verstandelijke handicap¹⁸. Ten slotte, bij Prodia, het project protocollering diagnostiek van CLB's en onderwijs (zie ook Bijlage 2), worden eveneens de TQ-Scan beoordelingen gebruikt, bijvoorbeeld in hun richtlijn 'Zwak Cognitief Functioneren'¹⁹ en bijhorende testfiches²⁰.

8.1.1 Toelichting bij de BFP kwalificatie van cognitieve vaardigheidstests via de Test Quality Scan (TQ-Scan)

De gehanteerde kwalificatiecategorieën (A+, A, B, C en D) van de BFP Testcommissie via de TQ-Scan verwijzen expliciet naar de psychometrische kwaliteiten van de test, met in het bijzonder aandacht voor de volgende drie criteria:

- Is er evidentie met Vlaamse data of equivalentie-onderzoek?
- Hoe is de kwaliteit van de data?
- Hoe recent gebeurde de dataverzameling?

De laatste decennia is het belang van regionale normeringen meer benadrukt, zoals bijvoorbeeld uitgebreid beschreven in het beoordelingssysteem van de COTAN (p. 24). Ook validerings- en betrouwbaarheidsdata specifiek verzameld in representatieve Vlaamse populaties, spelen een belangrijke rol bij de kwaliteitsinschatting van instrumenten (zie o.a. Evers et al., 2012; Schittekatte, 2012; Schittekatte et al., 2011).

Specifieke vereisten voor de kwaliteit van de gepresenteerde normeringen en het betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek zijn al legio beschreven, bijvoorbeeld in het Test Review Model van EFPA en in het COTAN beoordelingssysteem. Over de bepaling van voldoende recentheid van de verzamelde (norm)data is meer discussie (variërend van acht tot twintig jaar), en dit niet enkel omdat de houdbaarheid voor instrumenten met verschillende meetpretenties vanzelfsprekend kan variëren. De COTAN spreekt van "*versleten normdata*" (p. 24) en voegt de kwalificatie "*De normen zijn verouderd*" toe, indien er geen hernormerings- of ijkingsonderzoek sinds vijftien jaar na het afsluiten van het normeringsonderzoek heeft plaatsgevonden. Na nog eens vijf jaar zonder dergelijk onderzoek wordt deze kwalificatie gewijzigd in: "*Wegens veroudering zijn de normen niet meer bruikbaar*" en verandert de beoordeling in '*onvoldoende*'. De BFP TQ-Scan volgt deze keuzes qua meetlat voor de beoordeling van de recentheid van de verzamelde data.

De vijf klassieke criteria ter beoordeling nl. *Relevantie, Testmateriaal, Normen, Betrouwbaarheid en Validiteit* spelen in het eindoordeel van deze TQ-Scan niet allen een even belangrijke rol. De beoordelingen van de kwaliteit van de *Normen, Betrouwbaarheid* en *Validiteit* (NBV) vormen de basis voor het toekennen van een eindbeoordeling. De kwaliteitsinschatting van *Relevantie en Testmateriaal* gebeurt daarentegen eerder 'informatief' en speelt dus geen rol in de beslisbomen die tot een eindbeoordeling leiden. Meer informatie over de gehanteerde beslissingsbomen en het verloop van de beoordelingsprocedure, kan men nalezen in de handleiding van de TQ-Scan.

¹⁵ <https://www.bfp-fbp.be/testcommissie>

¹⁶ <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/logopedisten/Paginas/logopedisten-limitatieve-lijst-tests-iq.aspx>

¹⁷ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/limitatieve-lijst-van-testen>

¹⁸ <https://www.vaph.be/professionelen/mdt/mdv/modules/verstandelijke-handicap>

¹⁹ <http://www.prodiagnostiek.be/?q=cognitief-zwak-functioneren>

²⁰ http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/Toelichting_diagnostische_fiches.pdf

Tabel 2. Kwalificatiecategorieën van de eindbeoordelingen van instrumenten via de BFP TQ-Scan

Eindbeoordeling	Inhoud
A+	Kwalificatie "zeer goed" : test van uitzonderlijke kwaliteit.
A	Kwalificatie "goed" : goede tot zeer goede test.
B	Kwalificatie "voldoende" : behoorlijke tot goede test.
C	Kwalificatie "met reserve" : "grijze zone", duidelijk positieve punten, maar (veel) tekorten m.a.w. voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen, al is de kwaliteit niet voldoende of (nog) niet bekend of verouderd
D	Kwalificatie "onvoldoende" , ook wegens gebrek aan informatie in de handleiding.

Naast een kwalificatiecategorie gebaseerd op voornamelijk psychometrische kwaliteiten verwijst de BFP kwalificatie van cognitieve vaardigheidstests ook naar de meetpretentie van de gekwalificeerde instrumenten en in het bijzonder met de volgende categorieën (met het CHC-model als 'theoretische meetlat'):

- (a) algemene intelligentietest: toetst de brede cognitieve vaardigheid – 'BCV' – Gf en/of Gq én Gc én nog minstens 2 andere BCV's;
- (s) specifieke cognitieve vaardigheidstest: toetst één of verschillende BCV's, toetst daarbij eventueel Gf/Gq of Gc, maar niet beide samen;
- (c) cognitieve ontwikkelingsschaal: een instrument dat de vroegkinderlijke cognitieve ontwikkeling in kaart brengt. Dergelijke schalen zijn meestal deel van een instrument met meerdere schalen zoals voor motoriek, socio-emotionele ontwikkeling, enzovoort.

Enkel algemene (a) intelligentietesten komen in aanmerking voor een IQ-bepaling. Specifieke (s) cognitieve vaardigheidstests komen hiervoor niet in aanmerking, zelfs indien zij dit pretenderen te doen.

In verband met de evaluatie van de meest recent gepubliceerde cognitieve vaardigheidstests volgende toelichtingen:

- De recentste WISC (WISC-V-NL) krijgt in dit beoordelingssysteem de kwalificatie 'A+' (a) vanwege acceptabele, heel recente Vlaams-Nederlandse Normen (beoordeling 'B+') én een globale voldoende beoordeling voor *Betrouwbaarheid* ('A') én een globaal voldoende beoordeling voor *Validiteit* ('B'). De twee (onafhankelijke) experts hebben nadien

beslist een 'A+' beoordeling toe te kennen, vanwege deze combinatie van voldoende beoordelingen die uitzonderlijk is qua kwaliteiten voor Vlaanderen (zie het stroomdiagram "*Eindbeoordeling*" in de TQ-Scan handleiding; ter informatie voor *Relevantie* werd een 'A+' toegekend en een 'B+' voor *Testmateriaal*). Het betreft een '(a)' test vanwege het meten van voldoende meerdere brede cognitieve vaardigheden.

- De recentste SON (SON-R 2-8) krijgt in dit beoordelingssysteem de kwalificatie 'C (s)'; 'C' vanwege geen Vlaamse data bij de Normen en het ontbreken van equivalentie-evidentie ('C'), in combinatie met een 'B' voor zowel *Betrouwbaarheid* als *Validiteit*. Ter informatie voor *Relevantie* werd een 'B' toegekend en een 'A' voor *Testmateriaal*. Het betreft een '(s)' test vanwege maar twee brede cognitieve vaardigheden die worden gemeten, met name 'Gf' (twee subtests) en 'Gv' (twee subtests), maar niet 'Gc'.
- De recentste WAIS (WAIS-IV-NL) krijgt in dit beoordelingssysteem de kwalificatie 'A (a)'; 'A' vanwege acceptabele, voldoende recente, Vlaamse Normen ('B+'), globaal voldoende voor *Betrouwbaarheid* en *Validiteit* ('B'), maar geen 'A+' vanwege onduidelijkheden in verband met de representativiteit vooral bij de jongste groep. Het betreft een '(a)' test vanwege het meten van voldoende meerdere brede cognitieve vaardigheden.

Een afname van een test die zo breed mogelijk meet, is te prefereren boven een afname van een test die intelligentie (nog) meer fragmentair in kaart brengt. Testgebruikers moeten kiezen voor de test met de hoogste kwalificatie. Een test met een lagere kwalificatie mag enkel gekozen worden als daarvoor een goede motivatie kan worden gegeven (bijvoorbeeld, keuze voor de Bayley-III-NL²¹ wegens de leeftijd of het functioneringsniveau van de cliënt of in geval van bijvoorbeeld vermoeden van onvoldoende taalbeheersing).

De kwalificatie van de beoordeelde instrumenten wordt hieronder in synthese weergegeven; de volgorde van instrumenten binnen een label is alfabetisch; dus eerst genoemd worden, verwijst niet naar betere kwaliteit. Van instrumenten die als 'onvoldoende' werden gelabeld, wordt de doorslaggevende reden hiervoor vermeld, maar wordt minder of nauwelijks toelichting gegeven over de kenmerken van de test. Het gebruik van intelligentietests die niet in de oplijsting van dit protocol zijn opgenomen wordt afgeraden.

8.2 Toelichting bij de kwalificatie van testen adaptief gedrag

Floyd et al. (2015), Tassé et al. (2012) en Price et al., (2018) maakten een review van de instrumenten voor adaptief gedrag die internationaal beschikbaar zijn. In het onderzoek naar de ontwikkeling van instrumenten voor

²¹ Let wel op de restricties van dit instrument, zie infociche Bayley-III-NL

adaptief gedrag stonden tot nog toe voornamelijk Amerikaanse populaties centraal. Aangezien de culturele context een belangrijke rol speelt bij wat als adaptief wordt beschouwd, is het belangrijk dat instrumenten voldoende aangepast zijn aan de heersende cultuur, en dus ook genormeerd zijn in die cultuur.

Een kwaliteitsvol instrument moet bovendien:

- een brede evaluatie mogelijk maken van conceptuele, sociale en praktische adaptieve vaardigheden;
- recent genormeerd zijn op een algemene populatie, met inbegrip van personen met en zonder beperkingen;
- informatie omvatten over wie het instrument kan gebruiken;
- aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit hebben.

In het verleden was er in Vlaanderen geen enkel instrument voor het evalueren van adaptief gedrag dat beantwoordt aan deze criteria. Sinds eind 2020 is de publicatie van de ABAS-III-NL beschikbaar. Dit instrument maakt een brede evaluatie mogelijk van adaptief gedrag en is recent genormeerd op een Vlaamse algemene populatie van 3 maanden tot volwassen leeftijd. In afwachting van de evaluatie van deze schaal beperken we ons in deze versie van het protocol tot de labels²²:

C: Voorlopig aanvaardbaar: deze instrumenten kunnen voorlopig gebruikt worden om adaptief gedrag te evalueren, zolang er geen betere alternatieven beschikbaar zijn. Ondanks verouderde normen, een beperkte inhoud (slechts één deeldomein) en/of beperkte psychometrische gegevens zijn de instrumenten uit deze categorie voorlopig de enige mogelijkheid om adaptief gedrag te evalueren. De instrumenten die in deze categorie geplaatst worden zijn, met uitzondering van de PEDI-NL en de VABS, instrumenten die voor de specifieke doelgroep van mensen met verstandelijke beperkingen ontwikkeld zijn. Dat betekent dat ze niet toelaten om het adaptief gedrag van een persoon te vergelijken met dat van de gehele populatie. De scores op de instrumenten laten wel toe om het adaptief gedrag van de persoon te vergelijken met de referentiegroep van het instrument. Er kan dan aangetoond worden dat de persoon een score voor adaptief gedrag behaalt die in het bereik valt van en dus typisch is voor een bepaalde referentiegroep. Van zodra beoordeeld is of de ABAS-III-NL voldoet aan de vereisten voor een kwaliteitsvol instrument, verschuiven een aantal instrumenten van categorie C naar D.

D: Onvoldoende: instrumenten werden als onvoldoende geclassificeerd op basis van één of meer van de volgende criteria:

- te oud (geen hernormering na 2000, verouderde

- normen);
- geen officiële Nederlandse versie;
- te eng (slechts één subdomein van adaptief gedrag wordt gemeten);
- te weinig aanwijzingen voor betrouwbaarheid en validiteit;
- geen normeringsonderzoek.

8.3 Pen-en-papier versus digitale testafname en de waarde van digitale scoreprogramma's

8.3.1 Pen-en-papier versus digitale testafname

Verschillende van de vermelde instrumenten worden door de testuitgevers ook aangeboden om digitaal af te nemen. Zo een digitale afnamemodus kan (minstens) op drie manieren:

- een individuele afname met de geteste aan een scherm en met een 'verantwoordelijke' in de buurt tijdens de testsessie;
- een individuele afname van de geteste met aanbidding van het materiaal op een tablet, met ook de testleider met een tablet in de hand tijdens de testsessie;
- een testafname op afstand ('remote testing') waarbij de geteste en testleider via 'videobellen' een testsessie afwerken.

Daarnaast is het ook mogelijk dat in de nabije toekomst groepsgewijze digitale afnames zullen worden aangeboden.

Verschillende delen van een digitale testafname zullen vermoedelijk in de toekomst een verrijking betekenen van het zo valide en betrouwbaar mogelijk meten van cognitieve vaardigheden en/of adaptief gedrag. Tot op vandaag blijkt er echter onvoldoende wetenschappelijke evidentie om ook maar één van de hieronder besproken instrumenten, ondanks wat testuitgevers in beperkte equivalentiestudies beweren, op één of andere wijze digitaal af te nemen met een voldoende validiteit en betrouwbaarheid en vooral met degelijke normen. In Vlaanderen raden we af om een instrument af te nemen op een andere wijze dan hoe de normen ontwikkeld werden. Voor de meting van cognitieve vaardigheden en adaptief gedrag werden tot op heden nog geen normen ontwikkeld aan de hand van digitale testafnames, daarom wordt het voor deze instrumenten afgeraden gebruik te maken van een digitale afname. Het belangrijkste tekort van de ons bekende equivalentiestudies tussen pen-en-papier afnames en digitale afnames is dat, waar voldoende gelijkwaardige resultaten bekomen worden op groepsniveau, dit niet is aangetoond voor scores van individuen bij een vergelijking.

²² Zoals blijkt uit de synthese van de kwalificatie van de testen adaptief gedrag (tabel p. 55) werden categorieën A+ (uitstekend), A (goed) en B (voldoende) aan geen enkel instrument adaptief gedrag toegewezen. In het overzicht op de testfiches werden deze labels dan ook weggelaten. De evaluatiecategorieën blijven echter bestaan voor de beoordeling van toekomstige instrumenten.

Het onderscheid tussen de instrumenten voor het meten van cognitieve vaardigheid en adaptief gedrag is in het kader van bovenstaande opmerking een belangrijk punt. De hierboven vermelde equivalentiestudies hebben betrekking op cognitieve vaardigheidstests. Er zijn naar ons weten geen equivalentieonderzoeken uitgevoerd bij instrumenten voor het meten van adaptief gedrag.

Alle kwaliteitsoordelen hieronder betreffen visies over de klassieke pen-en-papier afnames, omdat er ons geen enkele normering bekend is waarbij data verzameld werden tijdens één of andere digitale afname. Verdere aandachtspunten bij digitale afnames kunnen teruggevonden worden in enkele algemene richtlijnen van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw (De Ganck & Van Gampelaere, 2020a, 2020b).

8.3.2 Digitale scoringsprogramma's

In tegenstelling met de scepsis ten aanzien van digitale afnames, op welke manier ook, wordt het gebruik van digitale scoringsprogramma's in het algemeen toegejuicht. Als belangrijkste voordelen worden terecht minder foutenlast vermeld evenals tijdswinst. Voorwaarde voor een voldoende kwaliteit is wel dat de uitgever voldoende kan aantonen dat de algoritmen achter het scoringsprogramma foutenvrij zijn, en daar bleek tot nu toe steeds aan voldaan. Een gevaar is dat soms te veel cijfermatige output aangeleverd wordt, dat door de gebruiker soms verkeerd geïnterpreteerd kan worden, dus voorzichtigheid met minder bekende psychometrische maten is een aandachtspunt.

Bij sommige instrumenten hieronder wordt extra informatie vermeld rond deze digitale aspecten, als daar aanleiding toe is, bijvoorbeeld als specifiek onderzoek op dat vlak ter beschikking is.

8.4 Instrumentenfiches cognitieve vaardigheid

Synthese van de kwalificatie van cognitieve vaardigheidstests in Vlaanderen door de BFP Testcommissie (voorzitter, Mark Schittekatte) versie 10.0, d.d. december 2020

Algemene intelligentie	Specifieke cognitieve vaardigheden	Cognitief ontwikkelingsniveau
A+. Uitstekend		
<ul style="list-style-type: none"> • CoVaT-CHC Basisversie: Cognitieve VaardigheidsTest volgens het CHC-model • WISC-V-NL: Wechsler Intelligence Scale for Children (papieren versie) 		
A. Goed		
<ul style="list-style-type: none"> • RAKIT-2: Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentietest • WAIS-IV-NL: Wechsler Adult Intelligence Scale • WPPSI-III-NL: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (+4j)¹ • WPPSI-IV-NL: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (+4j) 	<ul style="list-style-type: none"> • WPPSI-IV-NL: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (-4j) 	
B. Voldoende		
	<ul style="list-style-type: none"> • WPPSI-III-NL: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (-4j)² 	
C. Voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen, al is de kwaliteit niet voldoende of (nog) niet bekend of verouderd		
	<ul style="list-style-type: none"> • RAVEN'S-2 • SON-R 2-8: Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest • SON-R 6-40: Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest • WNV-NL: Wechsler Non Verbal Scale of Ability 	<ul style="list-style-type: none"> • Bayley-III-NL: Bayley Scales of Infant and Toddler Development

D. Onvoldoende		
<ul style="list-style-type: none"> • GIT-2: Groninger Intelligentie Test 2 • IST: Intelligentie Structuur Test • KAIT: Kaufman Intelligentietest voor Adolescenten en Volwassenen • LEM: Leertest Etnische Minderheden • RAKIT-R: Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test • WAIS, WAIS-R, WAIS-III: Wechsler Adult Intelligence Scale • WISC-R, WISC-III: Wechsler Intelligence Scale for Children • WPPSI-R: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence 	<ul style="list-style-type: none"> • SON-R 2½-7: Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest • SON-R 5½-17: Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest 	<ul style="list-style-type: none"> • BSID-II-NL: Bayley Scales of Infant Development • DOS: Denver Ontwikkelingsschaal • GOS 2½-4½: Groningse ontwikkelingsschalen • MOS: McCarthy Ontwikkelingsschaal • MSEL: Mullen Scale of Early Learning
Geen label		
<ul style="list-style-type: none"> • IDS-2: Intelligence and Development Scales 		

^{1,2} De BFP-kwalificatie van de WPPSI-III-NL is nog geldig tot 31 december 2021.

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

- CoVaT-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

- RAKIT-2
- WAIS-IV-NL
- WPPSI-III-NL+4j
- WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

- WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

- Bayley-III-NL
- RAVEN'S-2
- SON-R 2-8
- SON-R 6-40
- WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- IDS-2 (nog niet beoordeeld)

CoVaT-CHC Basisversie: Cognitieve Vaardigheidstest volgens het CHC-model (Magez et al., 2015)

Inhoud

De Cognitieve Vaardigheidstest (CoVaT-CHC) Basisversie is een algemene intelligentietest die ontwikkeld werd volgens het Cattell-Horn-Carroll (CHC) model (zie ook Bijlage 1). De test biedt de mogelijkheid om een ruim spectrum aan cognitieve vaardigheden in kaart te brengen. De basisversie van de CoVaT-CHC is een modulair testpakket bestaande uit negen subtests onderverdeeld in vier modules:

- Gf (vloeiende intelligentie), met als subtests Puntreeksen en Figuurreeksen
- Gc (gekristalliseerde intelligentie), met als subtests Schiftingen en Tegenstellingen
- Gv (visuele informatieverwerking), met als subtests Gedraaide figuren en Dozen plooiën
- Gwm (voordien Gsm)/Gs (werkgeheugen/verwerkingssnelheid), met als subtests Geheugen A, Geheime code en Geheugen B

Doelgroepen

De CoVaT meet algemene intelligentie bij kinderen en jongeren van 9 jaar en 6 maanden tot 13 jaar en 11 maanden, zowel in het gewoon als buitengewoon onderwijs. De test is niet bruikbaar bij kinderen en jongeren met een IQ-score onder de 50.

Doordat de test uit talige en niet-talige subtests bestaat en de instructies visueel ondersteund worden, is deze ook toepasbaar bij personen die de Nederlandse taal minder machtig zijn. De bedoeling is om in de loop van de volgende jaren de test verder uit te breiden. Zo zijn de versie voor jongeren (i.e. CoVaT-CHC Uitbreiding; 14 jaar – 17 jaar en 11 maanden) en de digitale versie (i.e. CoVaT-3) in ontwikkeling.

Afname en scoring

De test kan zowel individueel als groepsgewijs afgenomen worden in het gewoon en buitengewoon onderwijs. Bij belangrijke beslissingen is een individuele afname vereist. Een afname duurt ongeveer 1 tot 1,5 uur.

De test wordt manueel verbeterd aan de hand van scorings sleutels en nadien worden de ruwe scores ingevoerd in een digitale scorings- en interpretatietool, waar de normscores worden berekend.

Psychometrische gegevens

Er zijn voor Vlaanderen klasnormen (Stanines) beschikbaar en leeftijdsnormen (IQ en Indexen) van 9:6 tot 13:11 jaar. In het totaal werden in Vlaanderen 3710 leerlingen (klasnormen) getest in de periode 2013 - 2014, waarvan 2940 uit het regulier onderwijs en 770 uit het buitengewoon onderwijs. Er werden 3071 leerlingen opgenomen in de leeftijdsnormering.

Beoordeling

De ontwikkeling van de CoVaT-CHC wordt beschouwd als baanbrekend voor Vlaanderen, aangezien er voordien nog geen Vlaamse CHC-intelligentietest beschikbaar was. Het is een theoretisch sterke IQ-test met een brede meetpretentie.

Een A+(a) kwalificatie werd toegekend vanwege recente en acceptabele normen, en aanwijzingen van bepaalde vormen van voldoende betrouwbaarheid en validiteit. Ondersteuning voor de psychometrische kwaliteiten van de CoVaT-CHC wordt geboden door verschillende onderzoeken, waarvan een aantal nog in ontwikkeling zijn:

<https://expertisetoegepastepsychologie.be/subpages/covat-chc-basisversie/>.

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

- CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

- RAKIT-2
- WAIS-IV-NL
- WPPSI-III-NL+4j
- WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

- WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

- Bayley-III-NL
- RAVEN'S-2
- SON-R 2-8
- SON-R 6-40
- WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- IDS-2 (nog niet beoordeeld)

Beschikbare beoordelingen:

Prodia (2020):

http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/CoVat-CHC_Basisversie.pdf

CAP-vzw (2019):

<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=4&testnr=214>

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

- CoVat-CHC Basisversie
- WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

- RAKIT-2
- WAIS-IV-NL
- WPPSI-III-NL+4j
- WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

- WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

- Bayley-III-NL
- RAVEN'S-2
- SON-R 2-8
- SON-R 6-40
- WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- IDS-2 (nog niet beoordeeld)

WISC-V-NL: Wechsler Intelligence Scale for Children, 5de editie - Nederlandstalige bewerking (Hendriks et al., 2018)

Inhoud

De Wechsler Intelligence Scale for Children, 5^e editie (WISC-V-NL) is een algemene intelligentietest en is in het Nederlandse taalgebied de opvolger van de WISC-III-NL (WISC-IV in het Franse deel van België). Het doel van de revisie was het aansluiten bij nieuwe theoretische inzichten op het gebied van intelligentie, het up-to-date brengen van de normen en het toevoegen van nieuwe subtests en indexscores. Ook zijn wijzigingen aangebracht aan de afname- en scoringsprocedures om deze gebruiksvriendelijker en consistent te maken. De grootste verandering is misschien wel het schrappen van het Verbale (V) IQ en Performale (P) IQ. De oude 'V-P gedachte' is verlaten.

De WISC-V-NL bestaat uit 10 primaire subtests en 4 optionele subtests. De tien primaire subtests dragen bij tot vijf primaire indexscores, die een weerspiegeling zijn van de 'broad abilities' van het CHC-model:

- Verbaal Begrip → Gc: Crystallised knowledge
 - Primaire subtests: Overeenkomsten, Woordenschat
 - Optionele subtest: Begrijpen
- Visueel Ruimtelijk Inzicht → Gv: Visual processing
 - Primaire subtest: Blokpatronen
 - Optionele subtest: Figuur samenstellen
- Fluïde Redeneren → Gf: Fluid Reasoning
 - Primaire subtests: Matrix redeneren, Gewichten
 - Optionele subtest: Rekenen
- Werkgeheugen → Gwm: Working memory (voordien Gsm: Short-term memory)
 - Primaire subtest: Cijferreeksen

- Optionele subtests: Plaatjesreeksen, Cijfers en letters nazeggen
- Verwerkingsnelheid → Gs: Processing speed
 - Primaire subtest: Symbool substitutie coderen
 - Optionele subtests: Symbool zoeken, Figuur zoeken

Op basis van zeven (van de tien) primaire subtests kan het Totaal IQ berekend worden. Van de vijf secundaire indexen geeft de NVI, de Non-Verbale Index, de belangrijkste informatie, vooral voor kinderen met ernstige expressieve en/of receptieve taalstoornissen.

Doelgroepen

De WISC-V-NL brengt cognitieve vaardigheden in kaart van kinderen en jongeren van 6 tot en met en 16 jaar.

Afname en scoring

Een afname van de volledige batterij duurt gemiddeld 2 uur, afhankelijk van de leeftijd en de capaciteiten van het kind of de jongere en van de wijze van afname.

De scoring kan zowel manueel gebeuren aan de hand van scoringsformulieren als via een online scoringsplatform. Ruwe scores worden omgezet in geschaalde subtestscores (M = 10, SD = 3) en Totaal IQ en indexscores (M = 100, SD = 15). Base-rates en ontwikkelings-leeftijdsequivalenten zijn eveneens ter beschikking.

Psychometrische gegevens

De normering van de WISC-V-NL vond plaats bij 1038 Nederlandse en 395 Vlaamse kinderen en jongeren tussen april 2016 en juli 2017. Er zijn Nederlandse en gecombineerde Vlaams-Nederlandse normen ter beschikking, onderverdeeld in elf leeftijdsgroepen. De Vlaamse steekproef was te klein om afzonderlijke Vlaamse normen te ontwikkelen.

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie

- WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2

WAIS-IV-NL

WPPSI-III-NL+4j

WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL

RAVEN'S-2

SON-R 2-8

SON-R 6-40

WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

Beoordeling

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw beoordeelde de WISC-V als volgt (2019):

Criterium	Score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Voldoende
Betrouwbaarheid	
Interne consistentie	Goed
Test-hertestbetrouwbaarheid	Onvoldoende
Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	Goed
Begripsvaliditeit	Voldoende
Criteriumvaliditeit	Onvoldoende

Opmerkingen en aandachtspunten:

- De beoordeling heeft betrekking op de pen-en-papier versie van de WISC-V-NL. Er is momenteel onvoldoende wetenschappelijke evidentie voor de equivalentie tussen een pen-en-papier en een digitale afname van de WISC-V. Aangezien de normen van de WISC-V via de pen-en-papier methode zijn verzameld, is enkel een IQ-bepaling met diezelfde afnamemodus aanvaardbaar. De digitale afname van de WISC-V wordt voorlopig afgeraden, tot er meer equivalentie-onderzoek gepubliceerd wordt, waardoor men bij een individuele afname voldoende garanties heeft op een betrouwbare en vooral valide IQ-meting.
- De ondervertegenwoordiging van laag opgeleide moeders en oververtegenwoordiging van midden opleidingsniveau moeder en autochtoon in de oudste normgroep (16:00-16:11) baart zorgen.
- Ook al gaan de normtabellen tot respectievelijk IQ 40 en IQ 160, de WISC-V-NL is weinig tot niet geschikt om de zeer lage (-50) en de zeer hoge (150+) IQ's effectief te meten. Bij zeer hoge en lage IQ's wordt aanbevolen meer aangepaste instrumenten en/of methodieken te gebruiken.

- Het hanteren van individuele subtestcores voor het nemen van belangrijke beslissingen is niet gerechtvaardigd.
- De criteriumvaliditeit dient nog verder onderzocht te worden.

Beschikbare beoordelingen:

De volledige beoordeling van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw is hier te raadplegen:

<https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2020/05/WISC-V-NL-adviesrapportKwaliteitscentrumDiagnostiek-2.pdf>

COTAN (2019):

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/15651/wechsler-intelligence-scale-for-children-fifth-edition/>

Prodia (2020):

<http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/WISC-V-NL.pdf>

CAP-vzw (2018):

<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=4&testnr=235>

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

- RAKIT-2
- WAIS-IV-NL
- WPPSI-III-NL+4j
- WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

RAKIT-2: Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentietest, 2de editie (Resing et al., 2012)

Inhoud

De RAKIT-2 is een test voor het meten van algemene intelligentie. Het geeft naast een totaal IQ ook informatie over de Perceptuele Redeneerfactor, Verbale Leerfactor, Ruimtelijk Oriëntatiefactor en Verbale Vloheidsfactor. De test bestaat uit 12 subtests:

- Figuur herkennen
- Exclusie
- Geheugenspan
- Woordbetekenis
- Doolhoven
- Analogieën
- Kwantiteit
- Schijven
- Namen leren
- Verborgene figuren
- Ideeënproductie
- Vertelplaat

Voor de leeftijdsgroepen 4:0 - 6:6 jaar, 6:6 - 9:6 jaar en 9:6 - 12:6 jaar zijn aparte aanvangs- en afbreekregels vastgesteld. Het instrument is de opvolger van de RAKIT, de Revisie Amsterdamse Intelligentie Test (Bleichrodt et al., 1984).

Doelgroepen

De RAKIT-2 kan worden gebruikt bij leerlingen in het kleuter en lager (ook buitengewoon) onderwijs van 4 tot en met 12 jaar en 6 maanden, en is speciaal geschikt voor kinderen met lagere cognitieve capaciteiten omdat de test een bereik heeft tot een IQ van 40.

Afname en scoring

Het instrument kan gebruikt worden voor individueel diagnostisch onderzoek of voor het bepalen van intelligentie en intelligentiefactoren. Een afname duurt ongeveer 2 tot 2.5 uur; verkorte versie 60 - 75 minuten.

Om de ruwe subtestscores te kunnen verwerken naar standaardcores (range = 0-30; M = 15, SD = 5) wordt gebruik gemaakt van een digitaal scoringsprogramma, waarmee de bij de specifieke leeftijd van een kind behorende dagnorm wordt berekend. In 2015 werden ook 'papier' normtabellen uitgegeven. De standaardcores worden opgeteld en omgezet in een IQ-score (range = 40-145; M = 100, SD = 15), met een 90% en een 95% betrouwbaarheidsinterval en een percentielscore. Naast een Totaal IQ kan ook een Verkort IQ berekend worden door het optellen van de standaardcores van de subtests Exclusie, Woordbetekenis, Schijven, Namen Leren, Verborgene Figuren en Ideeënproductie.

Psychometrische gegevens

Er zijn aparte normen voor Nederland en Vlaanderen. De test werd in de periode 2009-2011 genormeerd op 1272 kinderen uit Nederland en Vlaanderen. In Nederland betrof het acht leeftijdsgroepen van 4:0 tot 12:0 jaar met elk circa 100 kinderen en een groep van 55 kinderen in de leeftijdsgroep van 12:0 tot 12:6 jaar. In Vlaanderen ging het om acht leeftijdsgroepen van 4:0 tot 12:0 jaar met elk circa 50 kinderen en een groep van 12:0 tot 12:6 jaar (N = 26).

Beoordeling

Aangezien de normen reeds >10 jaar oud zijn is voorzichtigheid geboden bij het gebruik ervan.

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

- RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (2013):

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/14723/revisie-amsterdamse-kinder-intelligentietest--2e-editie/>

Prodia (2020):

<http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/RAKIT-2.pdf>

CAP-vzw (2017):

<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=4&testnr=183>

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
▪ WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

WAIS-IV-NL: Wechsler Adult Intelligence Scale, 4de editie - Nederlandstalige bewerking (Kooij & Dek, 2012)

Inhoud

De Wechsler Adult Intelligence Scale – vierde editie (WAIS-IV-NL) meet de algemene intelligentie en omvat tien kerntests en vijf aanvullende of optionele subtests. De tien kernsubtests zijn: Overeenkomsten, Woordenschat, Informatie, Blokpatronen, Matrix redeneren, Figuur samenstellen, Cijferreeksen, Rekenen, Symbool zoeken, Symbool substitutie coderen. De vijf aanvullende subtests zijn: Begrijpen, Gewichten, Onvolledige tekeningen, Cijfers en letters nazeggen en Figuur zoeken.

De vijftien subtests van de WAIS-IV-NL meten uiteindelijk de factoren Verbaal Begrip, Perceptueel Redeneren, Werkgeheugen en Verwerkingssnelheid.

Doelgroepen

De WAIS-IV-NL meet algemene intelligentie bij adolescenten en volwassenen van 16 jaar tot 84 jaar en 11 maanden.

Afname en scoring

Een afname van de WAIS-IV-NL is altijd individueel. Een afname van de volledige batterij duurt 1.5 tot 2.5 uur, afhankelijk van de leeftijd en de capaciteiten van de testpersoon, de ervaring van de gebruiker en het aantal af te nemen subtests.

De scoring kan handmatig via scoringsformulieren of digitaal gebeuren. Interpretatie van de resultaten moet door een gekwalificeerde (ortho)pedagoog of psycholoog gebeuren.

Psychometrische gegevens

De normering van de WAIS-IV-NL vond plaats tussen augustus 2010 en mei 2011. De normen van de WAIS-IV-NL zijn onderverdeeld in Nederland (N = 1009) en Vlaanderen (N = 510). Voor beide groepen geldt dat er normen zijn voor tien leeftijdsgroepen verdeeld over de leeftijden 16:0 tot 84:11. Voor drie subtests zijn er normen verzameld van 16:0 tot 69:11. De steekproef is een representatieve weergave van de Nederlandse en Vlaamse samenleving gebaseerd op leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en regio.

Beoordeling

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (2012):

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/14695/wechsler-adult-intelligence-scale--fourth-edition--nederlandstalige-bewerking/>

Prodia (2020):

<http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/WAIS-IV-NL.pdf>

CAP-vzw (2017):

<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=4&testnr=48>

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
▪ WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

WPPSI-III-NL+4j: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, 3de editie - Nederlandstalige bewerking (Hendriksen & Hurks, 2009)

Inhoud

De Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - derde editie (WPPSI-III-NL) is een cognitieve vaardigheidstest voor jonge kinderen. De testbatterij voor de oudste leeftijdsgroep (versie +4 jaar; 4:0 - 7:11) bestaat uit zeven kernsubtests (Woordenschat, Informatie, Woord redeneren, Blokpatronen, Matrix redeneren, Plaatjes concepten, Substitutie) en vijf aanvullende subtests (Symbool zoeken, Begrijpen, Onvolledige tekeningen, Overeenkomsten, Figuur leggen) plus twee optionele subtests (Receptieve woordenschat en Plaatjes benoemen).

Er kan een Totaal IQ (TIQ) worden vastgesteld, een Performaal IQ (PIQ), een Verbaal IQ (VIQ) en een Algemene Taal Index (ATI) en voor de oudere leeftijdsgroep ook een Verwerkingssnelheid (VS).

Doelgroepen

De WPPSI-III-NL+4 is een test voor kinderen van 4 jaar tot en met 7 jaar en 11 maanden (4:0 - 7:11).

Afname en scoring

De afnametijd van de kernsubtests bij de oudste leeftijdsgroep (4:0 - 7:11) wordt geschat op 40 à 50 minuten en verlengd tot ± 1.5 uur voor de afname van alle subtests.

Scoring gebeurt manueel, er is geen digitaal scoringsprogramma beschikbaar. Per subtest worden de ruwe scores bij elkaar opgeteld. Deze worden geschaald aan de hand van normtabellen in oplopende leeftijdsgroepen per 3 maanden. De geschaalde scores

hebben een range van 1 - 19 met een gemiddelde van 10. Verschillende IQ- en indexscores worden berekend door de geschaalde subtestscores te sommeren: Verbaal IQ, Performaal IQ, Verwerkingssnelheid, Totaal IQ en een Algemene Taal Index. De IQ- en Indexscores kennen een gemiddelde van 100 en een standaarddeviatie van 15. Percentielen en betrouwbaarheidsintervallen zijn aanwezig. Het maken van een discrepantieanalyse, het bepalen van sterke en zwakke punten in het profiel en het bepalen van testleeftijdsequivalenten behoort tot de mogelijkheden.

Psychometrische gegevens

De WPPSI-III-NL is genormeerd tussen 2007 en 2009 op 1148 kinderen uit Nederland, 524 kinderen uit Vlaanderen en een totale steekproef van 1672 kinderen. De kinderen zijn gerekruteerd in kinderdagverblijven en scholen. Er zijn drie normtabellen beschikbaar: voor Nederlandse en Vlaamse kinderen en een gecombineerde Nederlands-Vlaamse tabel.

Beoordeling

De WPPSI-III versie +4 jaar meet verschillende brede cognitieve vaardigheden en kan daarom beschouwd worden als een algemene intelligentietest. Aangezien de normen reeds >10 jaar oud zijn is voorzichtigheid geboden bij het gebruik ervan. De BFP-kwalificatie van de WPPSI-III-NL +4 is nog geldig tot 31 december 2021.

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (2010):

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/14533/wechsler-preschool-and-primary-scale-of-intelligence---third-edition---nederlandstalige-bewerking/>

Prodia (2020):

<http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/WPPSI-III-NL.pdf>

Cognitieve vaardigheid

CAP-vzw (2017):
<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=4&testnr=50>

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
▪ WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A* - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j

- WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

WPPSI-IV-NL: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, 4de editie - Nederlandstalige bewerking (Hurks & Hendriksen, 2020)

Inhoud

De Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - vierde editie (WPPSI-IV-NL) bestaat uit twee versies, afhankelijk van de leeftijd van het kind. De testbatterij voor de jongste leeftijdsgroep (versie -4 jaar; 2:6 - 3:11) bestaat uit zes primaire subtests (Receptieve woordenschat, Blokpatronen, Plaatjesreeksen, Informatie, Figuur leggen, Dierentuin locaties) en één vervangende subtest (Plaatjes benoemen).

De testbatterij voor de oudste leeftijdsgroep (versie +4 jaar; 4:0 - 6:11) bestaat uit tien primaire subtests (Blokpatronen, Informatie, Matrix redeneren, Insecten zoeken, Plaatjesreeksen, Overeenkomsten, Plaatjes concepten, Figuur zoeken, Dierentuin locaties en Figuur leggen), drie vervangende subtests (Woordenschat, Dieren coderen, Begrijpen) en twee optionele subtests (Receptieve woordenschat, Plaatjes benoemen). Er is overlap in subtests van beide leeftijdsversies, waarbij alle subtests voor de jongste leeftijdsgroep ook voorkomen in de testbatterij voor de oudste leeftijdsgroep.

De versie -4 jaar meet drie primaire indexscores die een weerspiegeling zijn van de 'broad abilities' van het CHC-model:

- Verbaal Begrip Index → Gc: Crystallized intelligence
- Visueel Ruimtelijk Index → Gv: Visual processing
- Werkgeheugen Index → Gwm: Working memory (voordien Gsm: Short-term memory)

De versie +4 jaar meet vijf indexscores, namelijk de bovenvermelde drie indexscores, samen met:

- Fluïde Redeneren Index → Fluid intelligence

- Verwerkingsnelheid Index → Gs: Processing speed

Er kan een Totaal IQ berekend worden en er zijn ook nog vier aanvullende indexscores.

De WPPSI-IV-NL is de opvolger van de WPPSI-III-NL. Er zijn tegenover de vorige versie verschillende zaken veranderd. Zo is er een herziening van de theoretische basis (schrappen van Verbale IQ en Performale IQ) en zijn er nieuwe metingen voor verschillende brede cognitieve vaardigheden.

Doelgroepen

De WPPSI-IV is geschikt voor kinderen van 2 jaar en 6 maanden tot 6 jaar en 11 maanden.

Afname en scoring

Voor de -4-jarigen duurt afname van de primaire subtests ongeveer 40 tot 45 minuten. Voor de +4-jarigen is de afnameduur van de primaire subtests ongeveer 70 minuten.

De scoring kan zowel manueel gebeuren aan de hand van scoringsformulieren als via een digitaal scoringsplatform. Ruwe scores worden omgezet in geschaalde subtestscores (M = 10, SD = 3) en IQ-scores (M = 100, SD = 15). Base-rates en ontwikkelingsleeftijdsequivalenten zijn eveneens ter beschikking.

Psychometrische gegevens

Binnen het Vlaamse normeringsonderzoek zijn data verzameld van 572 kinderen, waarvan 183 kinderen uit de leeftijdscategorie 2:6 jaar tot 3:11 jaar en 389 kinderen uit de leeftijdscategorie 4:0 jaar tot 6:11 jaar. De Nederlandse normeringssteekproef bestaat uit 997 kinderen, waarvan 323 kinderen uit de leeftijdscategorie 2:6 jaar tot 3:11 jaar en 674 kinderen uit de leeftijdscategorie 4:0 jaar tot 6:11 jaar. Op subtestniveau werden er aparte Vlaamse normen ontwikkeld. Op het niveau van de indexscores werden er gecombineerde Nederlands-Vlaamse normen ontwikkeld.

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
▪ WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

Het normeringsonderzoek vond plaats in de periode 2018-2019.

Beoordeling

In de leeftijdscategorie +4 jaar meet de WPPSI-IV vijf verschillende brede cognitieve vaardigheden. Deze versie (+4j) kan daarom beschouwd worden als een algemene intelligentietest. In de leeftijdscategorie -4 jaar wordt intelligentie slechts aan de hand van drie cognitieve vaardigheidsdomeinen gemeten. Deze versie (-4j) kan daarom beschouwd worden als een test die specifieke cognitieve vaardigheden meet, en komt dus niet in aanmerking voor een IQ-bepaling.

Naast de BFP-kwalificatie zijn er nog geen andere beoordelingen beschikbaar.

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

- WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

WPPSI-III-NL-4j: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, 3de editie- Nederlandstalige bewerking (Hendriksen & Hurks, 2009)

Inhoud

De Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - derde editie (WPPSI-III-NL) is een cognitieve vaardigheidstest voor jonge kinderen. De testbatterij voor de jongste leeftijdsgroep (versie -4 jaar; 2:6 - 3:11) bestaat uit vier kernsubtests (Receptieve woordenschat, Informatie, Blokpatronen, Figuur leggen) en één aanvullende subtest (Plaatjes benoemen).

Er kan een Totaal IQ (TIQ) worden vastgesteld, een Performaal IQ (PIQ), een Verbaal IQ (VIQ) en een Algemene Taal Index (ATI).

Doelgroepen

De WPPSI-III-NL-4 is een test voor kinderen van 2 jaar en 6 maanden tot en met 3 jaar en 11 maanden (2:6 - 3:11).

Afname en scoring

Het afnemen van de kernsubtests bij de jongste kinderen (2:6 - 3:11) wordt geschat op 30 à 35 minuten en verlengd met 5 à 7 minuten wanneer Plaatjes Benoemen afgenomen wordt.

Scoring gebeurt manueel, er is geen digitaal scoringsprogramma beschikbaar. Per subtest worden de ruwe scores bij elkaar opgeteld. Deze worden geschaald aan de hand van normtabellen in oplopende leeftijdsgroepen per 3 maanden. De geschaalde scores hebben een range van 1 - 19 met een gemiddelde van 10. Verschillende IQ- en indexscores worden berekend door de geschaalde subtestscores te sommeren: Verbaal IQ, Performaal IQ, Verwerkingsnelheid, Totaal IQ en een Algemene Taal Index.

De IQ- en Indexscores kennen een gemiddelde van 100 en een standaarddeviatie van 15. Percentielen en betrouwbaarheidsintervallen zijn aanwezig. Het maken van een discrepantieanalyse, het bepalen van sterke en zwakke punten in het profiel en het bepalen van testleeftijdsequivalenten behoort tot de mogelijkheden.

Psychometrische gegevens

De WPPSI-III-NL is genormeerd tussen 2007 en 2009 op 1148 kinderen uit Nederland, 524 kinderen uit Vlaanderen en een totale steekproef van 1672 kinderen. De kinderen zijn gerekruteerd in kinderdagverblijven en scholen. Er zijn drie normtabellen beschikbaar: voor Nederlandse en Vlaamse kinderen en een gecombineerde Nederlands-Vlaamse tabel.

Beoordeling

De WPPSI-III versie -4 jaar heeft een onvoldoende dekking van de verschillende brede cognitieve vaardigheden. Deze versie kan daarom beschouwd worden als een test die specifieke cognitieve vaardigheden meet, en komt dus niet in aanmerking voor een IQ-bepaling. Aangezien de normen reeds >10 jaar oud zijn, is voorzichtigheid geboden bij het gebruik ervan. Bovendien leidt het enge meetbereik op deze jonge leeftijd tot terechte twijfels in verband met de stabiliteit van de meting. Daarom krijgt de -4 versie een lager kwaliteitslabel dan de +4 versie. Deze BFP-kwalificatie is nog geldig tot 31 december 2021.

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (2010):
<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/14533/wechsler-preschool-and-primary-scale-of-intelligence---third-edition---nederlandstalige-bewerking/>

Prodia (2020):
<http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/WPPSI-III-NL.pdf>

Cognitieve vaardigheid

CAP-vzw (2017):
<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=4&testnr=50>

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

- WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

- Bayley-III-NL
- RAVEN'S-2
- SON-R 2-8
- SON-R 6-40
- WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

Bayley-III-NL: Bayley Scales of Infant and Toddler Development, 3de editie - Nederlandstalige bewerking (Van Baar et al., 2014)

Inhoud

De Bayley-III-NL is de herziene versie van de BSID-II-NL. Het instrument geeft een inschatting van het cognitief ontwikkelingsniveau. Het brengt de vroegkinderlijke ontwikkeling in kaart aan de hand van vijf schalen:

- Cognitieschaal
- Taalschaal: subtests voor Taalbegrip en Taalproductie
- Motoriekschaal: subtests voor Fijne Motoriek en Grove Motoriek
- Sociaal-emotionele ontwikkelingsschaal (vragenlijst)
- Adaptief gedrag (vragenlijst)

Doelgroepen

De Bayley-III-NL is een instrument geschikt voor kinderen vanaf 16 dagen t.e.m. 42 maanden en 15 dagen.

Afname en scoring

Een afname van de Bayley-III-NL duurt ongeveer 30 tot 90 minuten.

Scoring kan handmatig gebeuren of via een digitaal scoringsprogramma, waar ruwe scores worden omgezet in geschaalde subtestscores (dagnormen), indexscores ($M = 100$, $SD = 15$) en percentielscores. Ook ontwikkelings-leeftijden en groeiscoringen zijn beschikbaar.

Psychometrische gegevens

De normen voor de Bayley-III-NL zijn in Nederland verzameld tussen april 2011 en september 2013, de

normering voor Vlaanderen volgde daarop en werd in 2015 gepubliceerd. Normen (inclusief dagnormen) zijn beschikbaar voor kinderen vanaf 16 dagen tot en met 42 maanden en 15 dagen.

Er werd apart voor Nederland en Vlaanderen een normeringsonderzoek uitgevoerd. Nederlandse normen zijn gebaseerd op een normeringssteekproef van 1953 kinderen. In het Vlaamse normeringsonderzoek werden 1192 kinderen opgenomen.

Beoordeling

Er zijn in het Vlaams normeringsonderzoek een aantal tekorten vastgesteld waardoor bij gebruik van het instrument de Vlaamse normen met de nodige voorzichtigheid dienen gehanteerd te worden.

- Er is in de Vlaamse normeringssteekproef sprake van een ondervetegenwoordiging van kinderen met een migratie achtergrond en kinderen van laagopgeleide moeders. Het is mogelijk dat door deze vertekening van de representativiteit van de steekproef de normscores artificieel hoog zijn, waardoor het mogelijk is dat kinderen vals positief gediagnosticeerd zullen worden.
- Het Vlaams normeringsonderzoek heeft enkel gefocust op kinderen waarvan de thuistaal Nederlands is. Daarom is de test niet geschikt voor kinderen die het Nederlands niet beheersen. De diagnosticus moet dus een gedegen inschatting maken van de mate waarin een kind het Nederlands beheerst, of de mate waarin het kind Nederlands kreeg aangeboden voor de start van het kleuteronderwijs.
- De betrouwbaarheid van bepaalde subtests werd als onvoldoende gescoord bij de jongste leeftijdsgroepen (kinderen van 2 weken tot en met 6 maanden). Bij deze leeftijdsgroepen moet men dus voorzichtig zijn met de interpretatie van de normscores, zeker wanneer het instrument gebruikt wordt in functie van belangrijke beslissingen op individueel niveau.

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

- Bayley-III-NL
- RAVEN'S-2
- SON-R 2-8
- SON-R 6-40
- WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

Beschikbare beoordelingen:

KCD (2017):

https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2020/05/Bayleyaandachtspunten_KwaliteitscentrumvoorDiagnostiek_januari2017.pdf

COTAN (2015):

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/14818/bayley-scales-of-infant-and-toddler-development--3e-editie--standaard-/>

Prodia (2019):

<http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/Bayley-III-NL.pdf>

CAP-vzw (2019):

<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=3&testnr=202>

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A* - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
▪ RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

RAVEN'S-2: Raven's Progressieve Matrijzen – Diagnostische versie (Raven & Raven, 2020)

Inhoud

De RAVEN'S 2 is een herziening van eerdere versies van de RAVEN (de CPM, APM en SPM). Het is een non-verbale test, bedoeld om het analytisch (of deductief) vermogen te beoordelen. De test bestaat uit matrixen van geometrische vormen met per matrix een ontbrekend gedeelte. Dit ontbrekende gedeelte moet aangevuld worden door een regel te ontdekken en toe te passen op basis van de informatie uit de gegeven matrix.

Doelgroepen

De RAVEN'S 2 is geschikt voor kinderen en volwassenen van 4:0 tot 69:11 jaar. De RAVEN'S 2 is een non-verbale test en daardoor geschikt voor het meten van het analytisch vermogen bij personen die niet taalvaardig zijn, een communicatiestoornis hebben of afkomstig zijn uit cultureel uiteenlopende populaties.

Afname en scoring

Het aantal items is afhankelijk van de leeftijdsgroep (36 items voor de leeftijd van 4:0-8:11 en 48 items voor de leeftijd van 9:0-69:11). De tijdslimiet verschilt dan ook naargelang de korte of lange variant van de test en is 30 minuten voor de jongste leeftijdsgroep (4:0-8:11), en 45 minuten voor de oudste leeftijdsgroep (9:0-69:11). De RAVEN'S 2 kan in groep worden afgenomen vanaf 7 jaar. Er bestaan ook twee digitale versies van de test. Een van deze versies is een verkorte digitale versie die maximaal 20 minuten duurt.

Scoring gebeurt ofwel digitaal ofwel handmatig. Er wordt een Geschaalde Score ($M = 100$, $SD = 15$) bekomen tussen 40 en 160.

Psychometrische gegevens

Er is een Europese normeringssteekproef verzameld van 1200 respondenten. Er werd data verzameld voor 6 regio's (Duitsland, Frankrijk, Nederland/Vlaanderen, Scandinavië, Spanje en het Verenigd Koninkrijk). Per regio werden 200 respondenten geïnccludeerd. Naast regio werd de steekproef ook gestratificeerd op basis van leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. De dataverzameling gebeurde van mei 2018 tot juli 2019. De Europese normeringsdata zijn verzameld aan de hand van de papieren versie.

Beoordeling

De test heeft een onvoldoende dekking van de verschillende brede cognitieve vaardigheden. Het is daarom een specifieke cognitieve vaardigheidstest. Het testresultaat na een afname van de RAVEN'S 2, onder eender welke omstandigheden, is niet te beschouwen als een inschatting van de algemene intelligentie of IQ, maar enkel te gebruiken als een 'screener' van het Fluïde Redeneren (Gf).

De gemiddelde score van de steekproef uit Nederland/Vlaanderen ligt bijna 3 punten hoger dan het EU-gemiddelde, die voor de normontwikkeling werd gebruikt. Een bekomen geschaalde score is mogelijk een lichte onderschatting en zal zeker gerapporteerd moeten worden met een ruim betrouwbaarheidsinterval.

Naast de BFP-kwalificatie zijn er nog geen andere beoordelingen beschikbaar.

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A* - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
▪ SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

SON-R 2-8: Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest Revised (Tellegen & Laros, 2017)

Inhoud

De SON-R 2-8 is een niet-verbale specifieke cognitieve vaardigheidstest die naast een algemene score (SON-IQ) een score geeft voor ruimtelijke-constructieve vaardigheden (SON-PS = Gv) en redeneervaardigheden (SON-RS = Gf). De test omvat zes subtests: drie redeneersubtests, nl. Categorieën, Analogieën en Situaties (de Redeneerschaal) en drie meer ruimtelijke subtests, nl. Mozaïeken, Puzzels en Patronen (de Performale schaal).

De SON-R 2-8 is een revisie van de SON-R 2 ½ - 7 uit 1996-1998.

Doelgroepen

De SON-R 2-8 is toepasbaar bij kinderen van de leeftijd van 2 jaar tot en met 8 jaar, doorheen de kleuterschool en bij leerlingen uit het eerste (tweede) leerjaar van de lagere school. De mentale leeftijdsscores ("referentieleeftijden") laten toe de test ook te gebruiken bij oudere kinderen met zwakke intellectuele mogelijkheden. De SON-R 2-8 is eveneens toepasbaar bij specifieke groepen (i.e., doven en slechthorenden, kinderen met een migratieachtergrond en kinderen met taalproblemen) doordat de mogelijkheid geboden wordt om op gestandaardiseerde wijze niet-talige instructies te geven en feedback bij foutieve antwoorden. De test is niet of minder bruikbaar voor kinderen met visuele of ernstige motorische beperkingen. Voor kinderen van 2 tot 3 jaar en voor kinderen vanaf 6 jaar blijken soms bodem- en plafondeffecten te bestaan.

Afname en scoring

Een afname van de SON-R 2-8 gebeurt individueel en duurt circa 50 tot 60 minuten. De adaptieve werkvorm

wordt gehanteerd en zoals bij elke SON-test is er feedbackmogelijkheid bij elk item.

De ruwe subtestscores per maandelijkse leeftijdsgroep kunnen handmatig worden omgezet in een standaard scores (M = 10 en SD = 3). Door (sommige van) deze gestandaardiseerde subtestscores te sommeren worden de SON-PS, SON-RS en SON-IQ scores bekomen (M = 100 en SD = 15). Al deze scores kunnen ook berekend worden in een digitaal scoringsprogramma waarbij uitgegaan wordt van de exacte leeftijd van de proefpersoon. Referentieleeftijden ('mentale' leeftijden) kunnen via het digitale scoringsprogramma verkregen worden op basis van de ruwe scores.

Psychometrische gegevens

De normeringsgegevens, verzameld in 2015-2016, zijn gebaseerd op een steekproef van 1113 Nederlandse kinderen van 2 tot en met 7 jaar. Er zijn geen normen beschikbaar voor Vlaanderen en er is geen onderzoek gedaan naar de equivalentie.

Beoordeling

De test heeft een onvoldoende dekking van de verschillende brede cognitieve vaardigheden. De test is daarom een specifieke cognitieve vaardigheidstest, en komt niet in aanmerking voor een IQ-bepaling.

Uit de test-hertestbetrouwbaarheid blijkt dat doorheen de ontwikkeling veranderingen optreden bij jonge kinderen op subtest- en schaalniveau. Dit noopt tot voorzichtigheid op individueel niveau in het nemen van beslissingen op basis van het SON-R 2-8 resultaat.

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (2019):

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/15430/son-r-2-8-niet-verbale-intelligentietest/>

Cognitieve vaardigheid

Prodia (2020):

http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/SON-R_2-8.pdf

CAP-vzw (2018):

<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=4&testnr=226>

Kwaliteitslabel A* - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie

WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2

WAIS-IV-NL

WPPSI-III-NL+4j

WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL

RAVEN'S-2

▪ SON-R 2-8

SON-R 6-40

WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A* - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
▪ SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

SON-R 6-40: Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest (Tellegen & Laros, 2011)

Inhoud

De Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest (SON-R 6-40) is een niet-verbale specifieke cognitieve vaardigheidstest en bestaat uit vier onderdelen of subtests:

- Analogieën
- Mozaïeken
- Categorieën
- Patronen

Doelgroepen

De SON-R 6-40 is geschikt voor kinderen en volwassenen tussen de 6 en 40 jaar. Het gebruik van gesproken of geschreven taal is bij de afname erg beperkt gehouden.

Afname en scoring

Een afname van de SON-R 6-40 gebeurt individueel en duurt ongeveer één uur. Bij de afname wordt een adaptieve werkvorm gehanteerd.

De ruwe scores worden per subtest omgezet in genormeerde standaardscores (M = 10, SD = 3). De standaardtotaalscore of 'SON-IQ' (M = 100, SD = 15) wordt berekend door de som te maken van de vier standaardscores op de subtests. Scoring gebeurt manueel of door gebruik te maken van een digitaal scoringsprogramma.

Psychometrische gegevens

Het normeringsonderzoek van de SON-R 6-40 is in 2009 gestart en in 2011 afgerond. De Nederlandse normen zijn gebaseerd op een gecombineerde Nederlands-Duitse steekproef van 1933 personen. Er zijn geen normen beschikbaar voor Vlaanderen.

Beoordeling

De test heeft een onvoldoende dekking van de verschillende brede cognitieve vaardigheden. Deze test is daarom een specifieke cognitieve vaardigheidstest, en komt dus niet in aanmerking voor een IQ-bepaling. Aangezien de normen reeds >10 jaar oud zijn en er geen Vlaamse normen beschikbaar zijn, is grote voorzichtigheid geboden bij het gebruik ervan.

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (2012):

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/14636/snijders-oomen-niet-verbale-intelligentietest/>

Prodia (2020):

http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/SON-R_6-40.pdf

CAP-vzw (2017):

<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=4&testnr=54>

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A* - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
▪ WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

WNV-NL: Wechsler Non Verbal Scale of Ability - Nederlandstalige bewerking (Wechsler & Naglieri, 2008a, 2008b)

Inhoud

De Wechsler Non Verbal Scale of Ability (WNV-NL) is een specifieke cognitieve vaardigheidstest. Het instrument bestaat uit een set subtests waarbij geen beroep wordt gedaan op de verbale capaciteiten van een kind. Om de invloed van taal nog meer te beperken wordt er bij de instructie van de test gebruik gemaakt van pictogrammen die duidelijk aangeven wat er van het kind wordt verwacht.

Subtesten voor kinderen van 4 t/m 7 jaar:

- Matrix redeneren
- Substitutie A
- Figuur leggen
- Herkennen

Subtesten voor kinderen van 8 t/m 21 jaar:

- Matrix redeneren
- Substitutie B
- Ruimtelijke oriëntatie
- Plaatjes ordenen

Doelgroepen

De WNV-NL is geschikt voor twee leeftijdscategorieën, namelijk 4 tot en met 7 jaar en 8 tot en met 21 jaar, waarbij verschillende subtests worden afgenomen.

De test werd speciaal ontwikkeld voor kinderen met communicatieve beperkingen en kinderen met een migratie achtergrond.

Afname en scoring

De test wordt individueel afgenomen. Een afname van

de volledige test duurt ongeveer 45 minuten en van de verkorte versie ongeveer 20 minuten.

De ruwe subtestscores (som van de itemscores) kan met behulp van een normtabel omgezet worden naar een T-score (M = 50, SD = 10). De som van de T-scores kan verder omgezet worden naar de Totale Schaalscore (M = 100, SD = 15). Scoring gebeurt manueel, er is geen digitaal scoringsprogramma beschikbaar.

Psychometrische gegevens

De normen van de WNV-NL zijn verzameld in 2007/2008 en gebaseerd op een steekproef van circa 1700 kinderen uit Nederland en Vlaanderen, maar zeker voor Vlaanderen kunnen er vragen gesteld worden bij de representativiteit van de steekproef.

Beoordeling

De WNV-NL geeft een beperkt beeld van de cognitieve vaardigheden van een kind en laat niet toe een uitspraak te doen over algemene intelligentie. Deze test is daarom een specifieke cognitieve vaardigheidstest, en komt dus niet in aanmerking voor een IQ-bepaling. Aangezien de normen reeds >10 jaar oud zijn is voorzichtigheid geboden bij het gebruik ervan.

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (2009):

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/14466/wechsler-nonverbal-scale-of-ability/>

Prodia (2020):

<http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/WNV-NL.pdf>

CAP-vzw (2017):

<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=4&testnr=55>

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A⁺ - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

IDS-2 (nog niet beoordeeld)

Lijst onvoldoende instrumenten

De kwalificatie D werd toegekend aan de volgende instrumenten, wegens minstens een onvoldoende voor normen (i.e. verouderd en/of geen Vlaamse steekproef). Deze lijst met onvoldoende instrumenten is niet exhaustief.

- **BSID-II-NL**: Bayley Scales of Infant Development, 2de editie - Nederlandstalige bewerking (2004)
- **DOS**: Denver Ontwikkelingsschaal (1976)
- **GIT-2**: Groninger Intelligentie Test 2 (2004)
- **GOS 2½-4½**: Groningse ontwikkelingsschalen (1996)
- **IST**: Intelligentie Structuur Test (2014)
- **LEM**: Leertest Etnische Minderheden (1991)
- **MOS**: McCarthy Ontwikkelingsschaal (1986)
- **MSEL**: Mullen Scale of Early Learning (1995)
- **RAKIT-R**: Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test (1987)
- **SON-R 2½-7**: Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest (1998)
- **SON-R 5½-17**: Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest (1988)
- **WAIS, WAIS-R, WAIS III, WISC-R, WISC-III & WPPSI-R** (1970, 1981, 2000, 1986, 2005, 1973)

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A* - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- IDS-2 (nog niet beoordeeld)

IDS-2: Intelligence and Development Scales – 2de editie – Nederlandstalige bewerking (Ruiter et al., 2018)

Inhoud

De IDS-2 brengt zowel cognitieve als andere ontwikkelingsfuncties in kaart. Binnen de cognitieve functies kunnen twee domeinen onderscheiden worden: Intelligentie en Executieve functies. Tot de andere ontwikkelingsfuncties behoren de domeinen Psychomotoriek, Sociaal-emotionele competenties, Schoolse vaardigheden en Werkhouding. In totaal omvat het instrument 30 verschillende subtests om deze domeinen te meten.

De intelligentiemeting is gebaseerd op het CHC-model, met volgende zeven factoren. Elke intelligentiefactor bestaat uit twee subtests.

- Visuele verwerking → Gv: Visual processing
 - Subtests: Figuren naleggen en Rondjes leggen
- Langetermijngeheugen → Glr: Long-term storage and retrieval
 - Subtests: Verhaal navertellen en Plaatje beschrijven
- Verwerkingssnelheid → Gs: Processing speed
 - Subtests: Twee kenmerken doorstrepen en Figuren doorstrepen
- Kortetermijngeheugen auditief → Gwm: Working memory (voordien Gsm: Short-term memory)
 - Subtests: Cijfer- en letterreeksen nazeggen en Gecombineerde cijfer- en letterreeksen nazeggen
- Kortetermijngeheugen ruimtelijk-visueel → Gwm: Working memory (voordien Gsm: Short-term memory)

- Subtests: Figuren herkennen en Geroteerde figuren herkennen
- Abstract denken → Gf: Fluid Reasoning
 - Subtests: Matrix redeneren en Afwijkende plaatjes herkennen
- Verbaal redeneren → Gc: Crystallised knowledge
 - Subtests: Categorieën noemen en Tegenstellingen noemen

Er kan ook een verkorte versie van het intelligentiegedeelte afgenomen worden, waarbij enkel de eerste subtest van iedere factor aan bod komt.

Doelgroepen

De IDS-2 is geschikt voor kinderen en adolescenten met een leeftijd tussen 5:0 en 20:11 jaar.

Afname en scoring

Een volledige afname duurt ongeveer 3-4 uur, afhankelijk van de leeftijd van het kind of de jongere. Uniek aan de IDS-2 is dat het een modulaire test is. Er kan dus voor gekozen worden om modules los af te nemen, op basis van de individuele vraagstelling. Het opstellen van een IQ-profiel door afname van de 14 intelligentie subtests duurt ongeveer 90 minuten.

De resultaten kunnen enkel verkregen worden door gebruik te maken van een digitaal scoringsprogramma. Hierin worden de ruwe schaalscores ingevoerd, waarna een rapport met normscores (M = 10, SD = 3), IQ-scores (M = 100, SD = 15) en intra- en interindividuele analyses volgt.

Psychometrische gegevens

Er zijn Nederlandse normen ontwikkeld voor de IDS-2 aan de hand van een normeringssteekproef van 1665 Nederlandse kinderen en jongeren van 4:5 tot 21:10 jaar. Daarbij zijn in totaal 1665 kinderen en jongeren door heel Nederland getest. Er werd gestreefd naar een representatieve steekproef voor de Nederlandse populatie.

Cognitieve vaardigheid

Kwaliteitslabel A* - uitstekend

CoVat-CHC Basisversie
WISC-V-NL

Kwaliteitslabel A - goed

RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WPPSI-III-NL+4j
WPPSI-IV-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

WPPSI-III-NL-4j

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
RAVEN'S-2
SON-R 2-8
SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- IDS-2 (nog niet beoordeeld)

Het normerings-onderzoek vond plaats van 2015 tot 2017. Er zijn geen normen beschikbaar voor Vlaanderen.

Beoordeling

Een BFP-kwalificatie wordt op korte termijn verwacht.

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (2021):

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/15735/intelligentie--en-ontwikkelingsschalen-voor-kinderen-en-jongeren/>

8.5 Instrumentenfiches adaptief gedrag

Synthese van de kwalificatie van de instrumenten adaptief gedrag in Vlaanderen d.d. december 2020

A+. Uitstekend

- Geen

A. Goed

- Geen

B. Voldoende

- Geen

C. Voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen, al is de kwaliteit niet voldoende of (nog) niet bekend of verouderd

- **Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal:** Bayley Scales of Infant and Toddler Development
- **GTI:** Gedragstaxatie-instrument
- **PEDI-NL:** Pediatric Evaluation of Disability Inventory
- **SRZ:** Sociale Redzaamheidsschaal-Z
- **SRZ-i:** Sociale Redzaamheidsschaal-Z-interviewversie
- **SRZ-Plus:** Sociale Redzaamheidsschaal-Z voor hoger niveau
- **Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom Version – Nederlandse vertaling**
- **Vineland-Z**

D. Onvoldoende

- **ABAS-II:** Adaptive Behavior Assessment System
- **ABES-R2:** Adaptive Behavior Evaluation Scale
- **ABIC:** Adaptive Behavior Inventory for Children
- **ABS, ABS-S:2 en ABS-RC:2:** Adaptive Behavior Scale
- **Barthel-index**
- **CABS:** Children's Adaptive Behavior Scale
- **Cain Levine Social Competency Scale**
- **Dolderse Schaal**
- **ELIDA:** Estimation of Loss of Independence
- **KID-N:** Kent Infant Development Scale
- **MAS:** Mechelse Activiteiten Schaal
- **PAC:** Progress Assessment Charts
- **SIB-R en ICAP:** Scales of Independent Behavior en Inventory for Client and Agency Planning
- **Schaal voor Elementaire Zorg** (Vanden Boer - schaal)
- **SRK:** Sociale Redzaamheidsschaal voor Kinderdagverblijfbezoekers
- **SSSQ:** Street Survival Skills Questionnaire
- **VSMS:** Vineland Social Maturity Scale
- **Vineland Adaptive Behaviour Scales – Expanded version**
- **Vineland Adaptive Behaviour Scales – Classroom version**
- **Vineland Adaptive Behavior Scales-II**
- **Vineland screener 0-6**

Geen label

- **ABAS-3-NL:** Adaptive Behavior Assessment System

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

- Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal
- GTI
- PEDI-NL
- SRZ
- SRZ-i
- SRZ-Plus
- Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom Version
- Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal: Bayley Scales of Infant and Toddler Development - 3de editie Nederlandstalige bewerking (Van Baar et al., 2014)

Inhoud

De adaptief gedragsschaal is één van de vijf schalen van de Bayley-III-NL (zie testfiche van Bayley-III-NL bij Cognitieve vaardigheid voor een uitgebreide bespreking).

De adaptief gedragsschaal is gebaseerd op de Adaptive Behavior Assessment System-II (Harrison & Oakland, 2003). Ze omvat 241 items op tien domeinen, geclusterd in drie factoren:

- Conceptueel: Communicatie, Voorschoolse vaardigheden, Zelfregulatie
- Sociale Vaardigheden: Spel en Sociaal contact
- Praktische vaardigheden: Omgang buitenshuis, Huishoudelijke vaardigheden, Gezondheid/veiligheid, Zelfredzaamheid.

Het domein Motoriek staat apart.

Doelgroepen

De schaal is genormeerd voor kinderen van 16 dagen tot en met 42 maanden en 15 dagen.

Afname en scoring

De schaal wordt ingevuld door een ouder of verzorger van het kind. De invultijd wordt geschat op 30 tot 60 minuten. Ruwe scores worden omgezet in standaardcores per domein ($M = 10$, $SD = 3$) en per factor ($M = 100$, $SD = 15$). Er kan tevens een adaptieve gedragsindex berekend worden ($M = 100$, $SD = 15$) voor de gehele schaal.

Er is een digitaal scoringsprogramma beschikbaar om ruwe scores om te zetten in dagnormen.

Psychometrische gegevens

Er werden aparte Nederlandse en Vlaamse normen ontwikkeld. Nederlandse normen zijn gebaseerd op een steekproef van 1846 kinderen. In het Vlaams normeringsonderzoek werden 950 kinderen onderzocht. Het normeringsonderzoek gebeurde in de periode van 2011 tot 2014.

De betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de Vlaamse steekproef zijn doorgaans goed, met een λ -2 van .96 voor de gemiddelde indexscore. Op enkele uitzonderingen na bij de twee jongste leeftijdsgroepen liggen de coëfficiënten van de vaardigheidsdomeinen voor de aparte leeftijdsgroepen tussen de .72 en .98.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd in de Nederlandse steekproef nagegaan door zowel moeders als vaders de vragenlijst te laten invullen ($N = 321$). Er werd een matige tot goede overeenstemming gevonden (correlaties tussen .47 en .67). Vaders scoorden op de meeste vaardigheidsdomeinen systematisch lager.

Evidentie in het kader van validiteit is beperkt. Er werd geen onderzoek gedaan naar de samenhang met andere instrumenten voor het meten van adaptief gedrag. Ook werd er geen factoranalytisch onderzoek uitgevoerd. Wel werden de correlaties tussen de vaardigheidsdomeinen en indexscores onderling nagegaan, en werd de correlatie met de andere subtests van de Bayley-III-NL onderzocht. In de Vlaamse steekproef lijkt tussen de vaardigheidsdomeinen en indexscores onderling een zwakke tot sterke samenhang te bestaan (.12-.88). De correlaties met de andere subtests van de Bayley-III-NL zijn laag (.11-.33).

Uit het Nederlands normeringsonderzoek blijkt dat klinische groepen doorgaans lager scoren op de schaal dan kinderen uit de algemene populatie.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

- Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal
 - GTI
 - SRZ
 - SRZ-i
 - SRZ-Plus
 - Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom Version
 - Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

Beoordeling

Beschikbare beoordelingen (specifiek voor de adaptief gedragsschaal van de Bayley-III-NL):

COTAN (2015):

[https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/14818/bayley-scales-of-infant-and-toddler-development--3e-editie--standaard-/](https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/14818/bayley-scales-of-infant-and-toddler-development--3e-editie--standaard/)

Aandachtspunten bij gebruik

De normen zijn gebaseerd op vragenlijstdata ingevuld door de moeder. Het betrouwbaarheidsonderzoek toont aan dat vaders op de meeste domeinen lagere scores geven. Voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten is nodig wanneer de vragenlijst werd ingevuld door de vader of een andere verzorger die niet de moeder is.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

- Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal
- GTI
- PEDI-NL
- SRZ
- SRZ-i
- SRZ-Plus
- Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom
- Version
- Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

GTI: Gedragstaxatie-instrument (Vlaskamp et al., 1999, 2002)

Inhoud

Dit instrument is een aanpassing van de Behavior Assessment Battery (Kiernan & Jones, 1982). Het beschrijft het functioneren van personen met ernstig meervoudige beperkingen waardoor inzicht wordt verkregen in hun mogelijkheden. Het GTI bestaat uit 122 items, waarvan 100 zijn ondergebracht in 5 op basis van factoranalytisch onderzoek te onderscheiden factoren:

- Emotioneel communicatief gedrag
- Receptief taalgedrag
- Algemeen communicatief gedrag
- Visueel gedrag
- Exploratief gedrag

Doelgroepen

De doelgroepen zijn kinderen en volwassenen met ernstig meervoudige beperkingen (EMB), zijnde een ernstig of diep verstandelijke beperking en ernstige motorische beperkingen. De items houden rekening met de beperkte verbale, visuele en motorische mogelijkheden van deze personen.

Toepassing van dit instrument is mogelijk bij de specifieke doelgroep van mensen met EMB (alle leeftijden) waar de algemene schalen voor adaptief gedrag geen genuanceerde evaluatie van het adaptief gedrag mogelijk maken (omwille van de bodemeffecten).

Afname en scoring

De items zijn zeer flexibel af te nemen, met materialen waarmee de persoon met EMB vertrouwd is. Ze worden als ja/nee beoordeeld, op basis van observatie van de persoon in dagelijkse situaties of in de testsituatie, aangevuld met informatie door ouders en/of verzorgers van de persoon.

Per subschaal kan op basis van de totale itemscore een kwartielscore bepaald worden.

Er is geen digitaal scoringsprogramma beschikbaar.

Psychometrische gegevens

De groepen van personen met EMB waarin het psychometrisch onderzoek over het GTI werd uitgevoerd, zijn klein: N = 96 Nederlandse volwassenen (Vlaskamp et al., 2002) en N = 52 Vlaamse of Nederlandse kinderen en N = 25 Nederlandse adolescenten en volwassenen (Wessels et al., 2020). Uit deze onderzoeken blijkt dat zowel de interne consistentie van het GTI (Cronbach's alpha .83-.96) als de interbeoordelaars-betrouwbaarheid (.93-.96) goed zijn voor vier van de vijf subschalen, met uitzondering van de schaal voor emotioneel communicatief gedrag (Vlaskamp et al., 2002; Wessels et al., 2020). Wessels et al. (2020) toonden ook een goede tot zeer goede correlatie aan tussen subschalen van het GTI en subschalen van de Communication and Symbolic Behaviour Scales-Developmental Profile en van de Motor Development List.

Op basis van de onderzoeksgroep van Vlaskamp et al. (2002) werden kwartielen bepaald. Er zijn geen gestandaardiseerde normscores voorhanden.

Beoordeling

Er zijn geen beoordelingen beschikbaar.

Aandachtspunten bij gebruik

Dit instrument is slechts bruikbaar in een specifieke doelgroep. Het is in die zin eerder een handelingsgericht dan een classificerend instrument. In de betreffende doelgroep kunnen de kwartielscores wel een aanduiding zijn dat de persoon adaptief gedrag vertoont dat in het bereik ligt van en typisch is voor de referentiegroep van kinderen met ernstig meervoudige beperkingen. Gezien de kwartielscores gebaseerd zijn op data van >15 jaar oud, is voorzichtigheid geboden bij het gebruik ervan.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

- Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal
- GTI
- PEDI-NL
- SRZ
- SRZ-i
- SRZ-Plus
- Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom Version
- Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

PEDI-NL: Pediatric Evaluation of Disability Inventory – Nederlandstalige bewerking (Wassenberg-Severijnen & Custers, 2005)

Inhoud

Deze schaal is in oorsprong niet bedoeld voor het evalueren van adaptief gedrag. De schaal is ontwikkeld voor het evalueren van (de evolutie in) functionele vaardigheden van kinderen in een revalidatiecontext. De schaal bestaat uit twee delen:

- Deel 1 (205 items): Functionele Vaardigheidsschaal, met onder meer Zelfverzorging, Ambulantie (mobiliteit) en Sociaal functioneren (en redzaamheid);
- Deel 2 (21 items): Verzorgingsassistentieschaal en aanpassingsschaal.

Doelgroepen

De schaal kan gebruikt worden bij kinderen van 6 maanden tot 7:6 jaar uit het gewoon of het buitengewoon onderwijs, en voor oudere kinderen met een ontwikkelingsleeftijd lager dan 7:6 jaar.

Afname en scoring

De PEDI-NL wordt in interviewvorm afgenomen van ouders of begeleiders. Afnametijd wordt geschat op 45 tot 60 minuten.

Normscores zijn beschikbaar voor 14 leeftijdsgroepen van elk een half jaar. Er worden standaardscores berekend per schaal (M = 50; SD = 10).

Er is geen digitaal scoringsprogramma beschikbaar.

Psychometrische gegevens

Er zijn algemene populatienormen beschikbaar voor kinderen van 6 maanden tot 7:6 jaar. Deze werden verzameld in 2002-2003 bij ouders van 1849 kinderen zonder beperking uit de provincie Utrecht in Nederland (6-11 maanden: n = 95, 84-89 maanden: n = 94, voor de andere leeftijdsgroepen n > 100). Wat betreft de overeenkomst in scoring tussen twee interviewers (N = 31), tussen twee ouders van hetzelfde kind (N = 32) en tussen de scores van ouders die twee keer binnen korte tijd geïnterviewd zijn (N = 20), lagen de ICC's op schaalniveau boven de 0.90. Cronbach's alfa berekend op een steekproef van 63 kinderen was .89 voor Zelfverzorging, .74 voor Ambulantie en .87 voor Sociaal functioneren. Cronbach's alfa berekend op de normatieve steekproef was voor de drie domeinen .98.

Beoordeling

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (2006):

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/13375/pediatric-evaluation-of-disability-inventory/>

Prodia (2019):

<http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/PEDI-NL.pdf>

CAP-vzw (2020)

<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=3&testnr=33>

Aandachtspunten bij gebruik

Aangezien de normen reeds >15 jaar oud zijn en er geen Vlaamse normen beschikbaar zijn, is grote voorzichtigheid geboden bij het gebruik ervan.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal

GTI

PEDI-NL

- SRZ

SRZ-i

SRZ-Plus

Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom

Version

Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

SRZ: Sociale Redzaamheidsschaal-Z (Kraijer et al., 2004a)

Inhoud

Deze schaal voor adaptief gedrag omvat 31 items. Op factoranalytische basis werden vier domeinen of subschalen onderscheiden:

- Zelfredzaamheid
- Taalgebruik
- Taakgerichtheid
- Sociale gerichtheid

Doelgroepen

De schaal kan afgenomen worden van mensen met verstandelijke beperking vanaf 4 jaar, en van alle niveaus van verstandelijke beperking.

Afname en scoring

De schaal is een vragenlijst in te vullen door twee begeleiders of ouders. De invultijd wordt geschat op ongeveer 10 à 15 minuten.

De subschaaluitslagen en SRZ-totaaluitslag worden uitgedrukt in standaardcijfers (M = 6.33, SD = 1.33, range = 3 - 9).

Er is geen digitaal scoringsprogramma beschikbaar.

Psychometrische gegevens

De dataverzameling voor het normeringsonderzoek van de SRZ gebeurde in de periode 1968-1981. In totaal waren 4312 personen betrokken in dit onderzoek. In 1994 werd de POP-EM-norm ontwikkeld. De normgroepen zijn:

- POP-EM: personen met verstandelijke beperking van alle niveaus, van 4 jaar en ouder.
- INR: bewoners van residentiële settings, tussen 7 en 40 jaar.

- DVO: volwassen deelnemers van dagcentra, 17 jaar en ouder.

De interne consistentie (KR-20-waarden) was voor de totaalscore > .90, en voor elk van de subschalen \geq .78. De test-hertestbetrouwbaarheid werd zowel op korte termijn (2 weken, n = 28) als lange termijn (15 maanden, N = 40; 3 jaar, N = 85 en 8 jaar, N = 64) onderzocht. De correlaties voor de SRZ-totaalschaal waren voor de verschillende termijnen respectievelijk .98, .87, .90 en .85. De correlatie van de SRZ-totaalscore tussen twee beoordelaars was .95 (N = 42).

Validiteit werd onderzocht door de overeenstemming na te gaan tussen de SRZ-scores en het oordeel van psychologen/orthopedagogen en begeleiders. Aan deze professionelen werd er gevraagd op basis van hun notie over sociale redzaamheid de rangorde te bepalen van een 20-tal personen. De gewogen gemiddeldes van de rangcorrelaties tussen SRZ-totaalscore en het klinisch oordeel waren steeds > .65. Verder werd de convergente validiteit (aan de hand van correlaties) nagegaan van de SRZ-totaalscore met de Sociale Redzaamheidsschaal voor Kinderdagverblijfbezoekers (.97), de Binckhorst Rosmalen Test (.92), de Vineland Social Maturity Scale (.82) en de SRZ-P (.76).

Beoordeling

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (2004)

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/13418/sociale-redzaamheidsschaal-z/>

CAP-vzw (2017)

<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=5&testnr=108>

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

- Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal
- GTI
- PEDI-NL
- SRZ
- SRZ-i
- SRZ-Plus
- Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom
- Version
- Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

Aandachtspunten bij gebruik

Dit instrument laat enkel een vergelijking toe van de scores van een persoon met een (zo goed mogelijk gekozen) referentiegroep, niet met leeftijdgenoten in de algemene populatie. Aangezien de normen reeds >15 jaar oud zijn en er geen Vlaamse normen beschikbaar zijn, is grote voorzichtigheid geboden bij het gebruik ervan.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal

GTI

PEDI-NL

SRZ

- SRZ-i

SRZ-Plus

Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom

Version

Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

SRZ-i: Sociale Redzaamheidsschaal-Z-interviewversie (Kraijer et al., 2004b)

Inhoud

Deze schaal voor adaptief gedrag omvat 31 items. Op factoranalytische basis werden vier domeinen onderscheiden:

- Zelfredzaamheid
- Taalgebruik
- Taakgerichtheid
- Sociale gerichtheid

Doelgroepen

Het instrument is bedoeld voor kinderen en jongeren tot en met 18:11 jaar van alle niveaus van verstandelijke beperking. Er zijn vier normgroepen, namelijk licht, matig, ernstig/diepe verstandelijke beperking (5 jaar - 18:11 jaar) en gehele populatie verstandelijke beperking (4 jaar - 18:11 jaar).

Afname en scoring

De schaal is een interviewversie van de SRZ, af te nemen in een gesprek met ouders of begeleiders. Afnametijd wordt geschat op 20 à 25 minuten.

De subschaaluitslagen en SRZ-i-totaaluitslag worden uitgedrukt in standaardcijfers ($M = 6.33$, $SD = 1.33$, range = 3 - 9) en (geschatte) leeftijdsequivalenten. Die laatste zijn echter weinig betrouwbaar.

Er is geen digitaal scoringsprogramma beschikbaar.

Psychometrische gegevens

Het normeringsonderzoek van de SRZ-i gebeurde in de periode 1998-2003. De normgroepen zijn:

- POP-VB: personen met verstandelijke beperking van alle niveaus, tussen 4 en 18 jaar ($N = 821$).

- Aparte normen voor personen met licht ($N = 458$), matig ($N = 185$) en ernstig/diepe ($N = 178$) verstandelijke beperkingen, tussen 5 en 18 jaar.

Cronbach's alfa is voor de totale schaal voor de verschillende normgroepen $\geq .90$. Enkel de POP-VB normgroep beschouwend is Cronbach's alfa voor de subschalen Zelfredzaamheid, Taalgebruik, Taakgerichtheid en Sociale gerichtheid respectievelijk .94, .95, .85 en .74. De correlatie tussen de totaalscores van de SRZ-i en Vineland-Z is .93.

Er werd geen interbeoordelaars- en test-hertestbetrouwbaarheidsonderzoek uitgevoerd.

Beoordeling

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (2004)

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/13420/sociale-redzaamheidsschaal-z-interviewversie/>

Prodia (2019)

<http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/SRZ-i.pdf>

CAP-vzw (2017)

<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=5&testnr=108>

Aandachtspunten bij gebruik

Dit instrument laat enkel een vergelijking toe van de scores van een persoon met een (zo goed mogelijk gekozen) referentiegroep, niet met leeftijdgenoten in de algemene populatie. Aangezien de normen reeds >15 jaar oud zijn en er geen Vlaamse normen beschikbaar zijn, is grote voorzichtigheid geboden bij het gebruik ervan.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

- Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal
- GTI
- PEDI-NL
- SRZ
- SRZ-i
- SRZ-Plus
- Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom Version
- Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

SRZ-Plus: Sociale Redzaamheidsschaal-Z voor hoger niveau (Kraijer & Kema, 2004)

Inhoud

Deze schaal voor adaptief gedrag omvat 63 items. Op factoranalytische basis werden drie domeinen onderscheiden:

- Zelfredzaamheid I (primaire zorg voor zichzelf)
- Zelfredzaamheid II (meervoudige en meer naar buiten gerichte zelfredzaamheid)
- Verbaal-numeriek

Doelgroepen

Het instrument is bedoeld voor personen met matige verstandelijke beperking tot zwakbegaafd niveau (IQ 45/50 – 85/90), vanaf 12 jaar.

Afname en scoring

De schaal is een vragenlijst in te vullen door twee begeleiders of ouders. De geschatte afnametijd is 10 à 15 minuten.

De subschaaluitslagen en SRZ-P-totaaluitslag worden uitgedrukt in standaardcijfers (M = 6.33, SD = 1.33, range = 3 - 9).

Er is geen digitaal scoringsprogramma beschikbaar.

Psychometrische gegevens

De normen zijn ontwikkeld op basis van data verzameld op verschillende momenten. In 1984 werden gegevens van 1077 personen uit Nederland verzameld. In 1996 werden bijkomend 503 personen uit Nederland getest. De normgroepen zijn:

- POP-plus: vanaf matig verstandelijke beperking tot zwakbegaafd niveau van 12 jaar en ouder.

- GVT: bewoners van tehuizen voor personen met licht verstandelijke beperkingen van 18 jaar en ouder.
- DBI: cliënten van orthopedagogische centra voor personen met licht verstandelijke beperkingen van 12 tot 20 jaar.

Wat interne consistentie betreft ligt Cronbach's alfa bij de verschillende normgroepen voor de totaalscore tussen .92 en .94, en voor de subschalen tussen .80 en .91. Twee studies onderzochten de correlaties tussen afnames met verschillende beoordelaars (N = 62 en N = 50). Deze correlaties variëren voor de totaalscores van .92 tot .93 en voor de subschalen van .74 tot .93. De test-hertestbetrouwbaarheid werd onderzocht na 9 maanden (N = 32, r = .90 voor de totaalscore) en na 3 tot 6 jaar (N = 52, r = .88 voor de totaalscore).

Validiteit werd onderzocht door de overeenstemming na te gaan tussen de SRZ-Plus-scores en het oordeel van psychologen/orthopedagogen en begeleiders. Aan deze professionelen werd er gevraagd op basis van hun notie over sociale redzaamheid de rangorde te bepalen van een aantal (8 tot 25) personen. De gewogen gemiddeldes van de rangcorrelaties tussen SRZ-Plus-totaalscore en het klinisch oordeel waren steeds > .61.

Verder werd de convergente validiteit (aan de hand van correlaties) nagegaan van de SRZ-Plus-totaalscore met de SRZ (r = .57 en r = .76), de Dolderse Schaal (r = .84), de Progress Assessment Chart 2 (r = .70), de Binckhorst Rosmalen Test (r = .76), en de Mechelse Activiteiten Schaal (r = .83).

Beoordeling

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (1995)

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/14264/sociale-redzaamheidsschaal-voor-zwakzinnigen-van-hoger-niveau/>

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal

GTI

PEDI-NL

SRZ

SRZ-i

- SRZ-Plus

Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom

Version

Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

Aandachtspunten bij gebruik

Dit instrument laat enkel een vergelijking toe van de scores van een persoon met een (zo goed mogelijk gekozen) referentiegroep, niet met leeftijdgenoten in de algemene populatie. Aangezien de normen reeds >15 jaar oud zijn en er geen Vlaamse normen beschikbaar zijn, is grote voorzichtigheid geboden bij het gebruik ervan.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal

GTI

PEDI-NL

SRZ

SRZ-i

SRZ-Plus

- Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom Version
- Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

Vineland Adaptive Behavior Scales Classroom version – Nederlandse vertaling (Mariën et al., 2008)

Inhoud

De klasversie van de Vineland Adaptive Behavior Scales werd vertaald door Mariën et al. (2008). Deze vragenlijst bestaat uit 244 items.

De structuur van de vragenlijst is als volgt:

- Communicatie: receptief, expressief, geschreven taal;
- Dagelijkse vaardigheden: persoonlijk, huishoudelijk, maatschappelijk;
- Socialisatie: interpersoonlijke relaties, spel en vrije tijd, sociale vaardigheden;
- Motorische vaardigheden: grove, fijne.

Doelgroepen

De vragenlijst is bedoeld voor kinderen van 3 jaar tot 12:11 jaar.

Afname en scoring

Het instrument is een vragenlijst, in te vullen door leerkrachten. De invultijd wordt geschat op 20 minuten.

Er worden gemiddelde scores en standaarddeviaties berekend per leeftijdsgroep (per half jaar) voor gewoon onderwijs en buitengewoon onderwijs.

Er kan worden nagegaan in welke mate de behaalde score afwijkt van het gemiddelde van de leeftijdgenoten in het gewoon onderwijs en/of het gemiddelde van de leeftijdgenoten in het buitengewoon type 2-onderwijs.

Psychometrische gegevens

De groepen die in het normeringsonderzoek, uitgevoerd in 2008, betrokken werden, zijn:

- 825 Vlaamse kleuters tussen 2.5 en 6 jaar uit het gewoon onderwijs
- 59 kinderen tussen 3 en 7 jaar uit het buitengewoon type 2-onderwijs

Het onderzoek van Mariën et al. (2008) wees op een interne consistentie (Cronbach's alfa) voor de totaalscore van .97 en voor de domeinscores van .86 tot .94. Daarnaast werden significante halfjaarlijkse leeftijdsverschillen gevonden voor de kleuters uit het gewoon onderwijs, in die zin dat de scores significant stegen met toenemende leeftijd. Ook scoorden kleuters uit het gewoon onderwijs significant hoger dan kleuters uit het buitengewoon type 2-onderwijs. Factoranalytisch onderzoek bevestigde de oorspronkelijke basisstructuur niet voor deze groep van kleuters. Het onderzoek vond eerder evidentie voor een driefactorenstructuur (namelijk, communicatie, praktische vaardigheden en socialisatie).

Beoordeling

Er zijn geen beoordelingen beschikbaar.

Aandachtspunten bij gebruik

Aangezien de data reeds >10 jaar oud zijn en er geen normscores voorhanden zijn, moeten de resultaten met grote voorzichtigheid gebruikt worden.

Het instrument biedt geen normscores die kunnen gebruikt worden voor classificatie. De scores die een kind uit de betreffende leeftijdsgroep behaalt, kunnen wel vergeleken worden met een referentiegroep van leeftijdgenoten in het gewoon en in het buitengewoon onderwijs. Dat kan een aanduiding geven dat de persoon adaptief gedrag vertoont dat in het bereik ligt van en typisch is voor de referentiegroep van kinderen uit het buitengewoon onderwijs type 2.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal

GTI

PEDI-NL

SRZ

SRZ-i

SRZ-Plus

Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom

Version

- Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

Vineland-Z (De Bildt & Kraijer, 2005)

Inhoud

Dit is een Nederlandse vertaling van de Vineland Adaptive Behavior Scales, Interview edition, Survey form (Sparrow et al., 1984), genormeerd voor personen met een verstandelijke beperking. Er zijn 225 items, onderverdeeld in drie domeinen:

- Communicatie
- Dagelijkse vaardigheden
- Socialisatie

Doelgroepen

Het instrument is bedoeld om adaptief gedrag in kaart te brengen van kinderen en jongeren (van 5 jaar tot en met 18:11 jaar) met een verstandelijke beperking, met alle niveaus van verstandelijke beperking.

Afname en scoring

De schaal wordt afgenomen in een semigestructureerd interview met ouders/begeleiders. Afnametijd is ongeveer 20 tot 60 minuten.

De domeinscores en de totaalscore kunnen uitgedrukt worden in decielen, standaardcijfers ($M = 6.33$, $SD = 1.33$, range = 3 - 9) en (geschatte) leeftijdsequivalenten.

Er is geen digitaal scoringsprogramma beschikbaar.

Psychometrische gegevens

Het normeringsonderzoek is gebaseerd op 826 Nederlandse kinderen met een verstandelijke beperking ($IQ < 70$; 62% jongens, 38% meisjes), in de periode 1998-2000. De normgroepen zijn:

- POP-VB: personen met verstandelijke beperking van alle niveaus, tussen 5 en 18 jaar.

- Aparte normen voor personen met licht, matig en ernstig/diep verstandelijke beperkingen, tussen 6 en 18 jaar.

Wat interne consistentie betreft werden zowel split-half coëfficiënten als Cronbach's alfa berekend. Deze waarden zijn voor de totale schaal respectievelijk .94 en .99. Voor de subschalen zijn de betrouwbaarheidscoëfficiënten respectievelijk .81 en .98 voor Communicatie, .86 en .98 voor Dagelijkse vaardigheden en .87 en .97 voor Socialisatie. De correlaties tussen de afnames van verschillende beoordelaars ($N = 160$) variëren voor de subschalen van .80 tot .95.

Convergente validiteit werd onderzocht door de overeenstemming in scores na te gaan tussen de Vineland-Z en de Sociale Redzaamheidsschaal (SRZ). De correlatie is .93 voor de totale schaal en varieert tussen .52 en .91 voor de subschalen. De discriminerende validiteit werd onderzocht door de samenhang na te gaan tussen de scores op de Vineland-Z en diverse schalen voor probleemgedrag. Die samenhang was steeds negatief: -.25 (SGZ), -.18 (CBCL), -.30 (VOG-O) en -.35 (VISK). Ook het vertonen van autistische kenmerken correleerde negatief met de score op adaptief gedrag (-.36 AVZ-R; -.52 ABC; -.38 ADI-R en -.49 ADOS).

Beoordeling

Beschikbare beoordelingen:

COTAN (2004)

<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/13422/vineland-z/>

Prodia (2019)

<http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/Vineland-Z.pdf>

CAP-vzw (2017)

<https://www.cap-vademecum.be/fiche.php?dom=5&testnr=111>

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal

GTI

PEDI-NL

SRZ

SRZ-i

SRZ-Plus

Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom

Version

- Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

Aandachtspunten bij gebruik

Dit instrument laat enkel een vergelijking toe van de scores van een persoon met een (zo goed mogelijk gekozen) referentiegroep, niet met leeftijdgenoten in de algemene populatie. Aangezien de normen reeds >15 jaar oud zijn en er geen Vlaamse normen beschikbaar zijn, is grote voorzichtigheid geboden bij het gebruik ervan.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal

GTI

PEDI-NL

SRZ

SRZ-i

SRZ-Plus

Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom

Version

Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

Lijst onvoldoende instrumenten

We geven telkens aan op basis van welke criteria het betreffende instrument als onvoldoende geclassificeerd werd:

- verouderd;
- geen officiële Nederlandstalige versie;
- te eng (bijvoorbeeld slechts één subdomein van adaptief gedrag wordt gemeten);
- te weinig aanwijzingen voor betrouwbaarheid en validiteit;
- geen normeringsonderzoek.

Deze lijst met onvoldoende instrumenten is niet exhaustief.

ABAS-II: Adaptive Behavior Assessment System (2003)

- geen officiële Nederlandstalige versie

ABES-R2: Adaptive Behavior Evaluation Scale (2006)

- geen officiële Nederlandstalige versie

ABIC: Adaptive Behavior Inventory for Children (1978)

- verouderd
- geen officiële Nederlandstalige versie
- normering enkel voor specifieke groep van mensen met verstandelijke beperking

ABS, ABS-S:2 en ABS-RC:2: Adaptive Behavior Scale (1993)

- verouderd
- geen officiële Nederlandstalige versie

Barthel-index (1993)

- verouderd
- meet slechts één aspect van adaptief gedrag
- geen specifieke normering voor de doelgroep van mensen met verstandelijke beperkingen

CABS: Children's Adaptive Behavior Scale (1980)

- verouderd
- geen officiële Nederlandstalige versie
- normering enkel voor specifieke groep van mensen met verstandelijke beperking

Cain Levine Social Competency Scale (1963)

- verouderd

Dolderse Schaal (1966)

- verouderd

ELIDA: Estimation of Loss of Independence (1992)

- verouderd
- meet slechts één aspect van adaptief gedrag
- geen specifieke normering voor mensen met verstandelijke beperkingen

KID-N: Kent Infant Development Scale (1990)

- verouderd
- normering onvoldoende
- begrips- en criteriumvaliditeit onvoldoende

MAS: Mechelse Activiteiten Schaal (2002)

- normering voor specifieke groep van mensen met psychiatrische problematiek

PAC: Progress Assessment Charts (1973)

- verouderd

Schaal voor Elementaire Zorg (Vanden Boer-schaal, 2007)

- meet enkel de zorgbehoefte op vlak van elementaire zelfredzaamheid
- geen specifieke normering voor doelgroep

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal

GTI

PEDI-NL

SRZ

SRZ-i

SRZ-Plus

Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom
Version

Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

SIB-R en **ICAP**: Scales of Independent Behavior (1996) en
Inventory for Client and Agency Planning (1986)

- verouderd
- geen officiële Nederlandstalige versie

SRK: Sociale Redzaamheidsschaal voor Kinderdag-
verblijfbezoekers (1976)

- verouderd

SSSQ: Street Survival Skills Questionnaire (1993)

- verouderd
- geen officiële Nederlandstalige versie

**Vineland Adaptive Behaviour Scales - Expanded
version** (1984)

- verouderd

Vineland Adaptive Behavior Scales-II (2005)

- geen Nederlandstalige versie

Vineland screener 0-6 (2008)

- screeningsinstrument, niet bedoeld voor diagnose

VSMS: Vineland Social Maturity Scale (1953)

- verouderd

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal

GTI

PEDI-NL

SRZ

SRZ-i

SRZ-Plus

Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom

Version

Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

ABAS-3-NL: Adaptive Behavior Assessment System, 3de editie - Nederlandstalige bewerking (Kreemers et al., 2020)

Inhoud

De ABAS-3-NL werd vertaald en genormeerd op Vlaamse en Nederlandse kinderen, jongeren en volwassenen uit de algemene populatie.

De structuur van het instrument bestaat uit:

- Drie domeinen: Conceptueel, Sociaal en Praktisch
- Tien vaardigheidsgebieden: Communicatie, Maatschappelijke vaardigheden, Functionele (voor)schoolse vaardigheden, Huishoudelijke/schoolse activiteiten, Gezondheid en veiligheid, Spel en vrije tijd, Zelfverzorging, Zelfsturing, Sociale vaardigheden, Motoriek/werk

Doelgroepen

Het instrument beoogt het adaptief gedrag van kinderen, jongeren en volwassenen tussen 0 en 80 jaar in kaart te brengen.

Er zijn zes versies beschikbaar naargelang de kalenderleeftijd en de informant:

- Ouderversie 0-4 jaar (241 items)
- Ouderversie 5-17 jaar (232 items)
- Leerkrachtversie 2-4 jaar (216 items)
- Leerkrachtversie 5-17 jaar (193 items)
- Volwassenenversie (Zelfrapportage en Informantenrapportage) 18-80 jaar (238 items)

Afname en scoring

De ABAS-3-NL is een vragenlijst die kan ingevuld worden door ouders (of andere verzorgers), begeleiders of

leerkrachten of door de volwassene zelf. Er wordt gevraagd een beoordeling van het adaptief gedrag te geven aan de hand van een 4-puntenschaal: 'is niet in staat' - 'nooit (of bijna nooit) wanneer nodig' - 'soms wanneer nodig' - 'altijd (of bijna altijd) wanneer nodig'. Verder kan ook aangeduid worden wanneer de score een inschatting is. De afnameduur is ongeveer 35 minuten.

Er kunnen één totaalscore ($M = 100$, $SD = 15$), drie domeinscores ($M = 100$, $SD = 15$) en tien scores voor de vaardigheidsgebieden ($M = 10$, $SD = 3$) berekend worden. Er is momenteel (nog) geen digitaal scoringsprogramma beschikbaar.

Psychometrische gegevens

De resultaten van het normeringsonderzoek (Kreemers et al., 2020) tonen aan dat bij meer dan 3000 kinderen en jongeren tussen 0 en 17 jaar en meer dan 600 volwassenen (algemene populatie) er sprake is van:

- Een uitstekende interne consistentie ($\alpha > .80$) (Ouderversie 0-4 jaar $N = 992$; Ouderversie 5-17 jaar $N = 1412$; Leerkrachtversie 2-4 jaar $N = 205$ en Leerkrachtversie 5-17 jaar $N = 655$; Volwassenversie $N = 629$).
- Een voldoende ($.60 \leq ICC < .80$) tot goede ($ICC \geq .80$) test-hertestbetrouwbaarheid bij de versies voor kinderen en jongeren (Ouderversie 0-4 jaar $N = 414$; Ouderversie 5-17 jaar $N = 415$; Leerkrachtversie 2-4 jaar $N = 28$ en Leerkrachtversie 5-17 jaar $N = 34$).
- Een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($ICC \geq .80$) bij de ouderversies (Ouderversie 0-4 jaar $N = 167$; Ouderversie 5 - 17 jaar $N = 138$).
- Matige ($.30 \leq r < .50$) tot sterke ($r \geq .50$) intercorrelaties tussen vaardigheidsgebieden, domeinen en totaalscore voor alle versies (Ouderversie 0-4 jaar $N = 1024$; Ouderversie 5-17 jaar $N = 1412$; Leerkrachtversie 2-4 jaar $N = 205$ en Leerkrachtversie 5-17 jaar $N = 655$).
- Een zeer sterke correlatie ($r > .90$) tussen ABAS-3

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal

GTI

PEDI-NL

SRZ

SRZ-i

SRZ-Plus

Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom
Version

Vineland-Z

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- ABAS-3-NL (nog niet beoordeeld)

Ouderversie 0-4 en Vineland Screener (N = 215)
(convergente validiteit).

- Een zwakke negatieve correlatie tussen ABAS-3 Ouderversie 0-4 jaar en CBCL 1-5 (N = 183) en een zwakke tot matige negatieve correlatie tussen ABAS-3 Ouderversie 5-17 jaar en CBCL 6-18 (N = 542) (divergente validiteit).
- Een sterke correlatie tussen leeftijd en adaptief gedrag bij de ouderversies zowel bij kinderen tussen 0 en 4 jaar oud (N = 1024) als bij kinderen tussen 5 en 17 jaar oud (N = 1412). Bij de leerkrachtversies (zowel 2-4 jaar als 5-17 jaar; respectievelijk N = 205 en N = 655) wordt een matig tot sterk verband vastgesteld.
- Drie modellen werden getoetst in kader van confirmatorische factoranalyse, conform de scoringswijze (3-factorenmodel; 1-factormodel en hogereordemodel, die overeenkomen met respectievelijk de drie domeinen, het totaal en de drie domeinen die samen het totaal vormen). Drie van de vier fitindices (CFI, TLI en SRMR) zijn voldoende tot goed voor zowel de ouder- als leerkrachtversies van de 0-4-jarigen als de 5-17-jarigen en de volwassenversies (Zelfrapportage en Informantenrapportage). De fitindex RMSEA is steeds te hoog.

Beoordeling

Er zijn nog geen beoordelingen beschikbaar.

Aandachtspunten bij gebruik

Tijdens het normeringsonderzoek kwam naar voor dat voldoende kennis van de Nederlandse taal en schriftelijke taalvaardigheid een voorwaarde zijn voor het invullen van de vragenlijst.

9. Literatuuroverzicht

- Alexander, R. M. (2017). *The relation between intelligence and adaptive behavior: A meta-analysis* (Doctoral dissertation, University of Kansas).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
- Baghdadli, A., Assouline, B., Sonié, S., Pernon, E., Darrou, C., Michelon, C., Picot, M. C., Aussilloux, C., & Pry, R. (2012). Developmental trajectories of adaptive behaviors from early childhood to adolescence in a cohort of 152 children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1314–1325. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1357-z>
- Ben-Zeev, D., Young, M.A., & Corrigan, P.W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 19(4), 318-327.
- Bleichrodt, N., Drenth, P.J.D., Zaal, J.N., & Resing, W.C.M. (1984). *Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test*. Swets & Zeitlinger.
- Bleichrodt, N., & van de Vijver, F., (2001). *Diagnostiek bij allochtonen. Mogelijkheden en beperkingen van psychologische tests*. Swets & Zeitlinger.
- Braet, C. (2015). Meer protocollair werken, ook in de diagnostiek? *Psychopraktijk*, 7(5), 32-36.
- Braet, C., & Bögels, S. M. (2020). *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten (1st ed.)*. Boom.
- Buntinx, W. (2016). Adaptive behaviour and support needs. In Carr, A., Lineman, Ch., O'Reilly, G., Noonan Walsh, P., & McEnvoy, J. (Eds.). *The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice* (pp. 107–135). Routledge.
- Buntinx, W.H.E, & Schalock, R. (2010). Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283–294.
- Carroll, J.B. (1993). *Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies*. Cambridge University Press.
- Chen, Z., & Siegler, R.S. (2000). Intellectual development in childhood. In R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp.92-116). Cambridge University Press.
- Codex Secundair Onderwijs*. (2011, juni, 24). Onderwijs Vlaanderen. Geraadpleegd op 26 maart 2020, op <https://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=14289>
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Cré, J., Magez, W., Willems, L., Olieslagers, K., Van den Bosch, R., Cocquet, E., & Vancouillie, M. (2008). *Toetsstenen Faire Diagnostiek*. VCLB-service.
- De Bildt, A.A., & Kraijer, D.W. (2003; leeftijdsequivalenten 2005). *Vineland-Z. Sociale redzaamheidsschaal voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. Handleiding*. PITS.
- De Bildt, A.A., Kraijer, D.W., Sytema, S., & Minderaa, R.B. (2004). De SRZ-i. Normering van de interviewversie van de Sociale Redzaamheidsschaal-Z. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 30, 75-90.
- De Bruyn, E. E. J., & Ruijsenaars, A. J. J. M. (2015). *De diagnostische cyclus in de praktijk*. Acco Uitgeverij.
- De Bruyn, E. E. J., Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & van Aarle, E. J. M. (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Acco Uitgeverij.
- Decreet basisonderwijs*. (1997, 17 april). Onderwijs Vlaanderen. Geraadpleegd op 26 maart 2020, op <https://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=12254>
- Decreet tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap*. (2004, 7 mei). Belgisch Staatsblad. Geraadpleegd op 16 november 2020, op http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2004050762
- De Ganck, J., & Van Gampelaere, C. (2020a). *Tele-diagnostiek in Vlaanderen tijdens de Covid-19 crisis*. Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw.
- De Ganck, J., & Van Gampelaere, C. (2020b). *Richtlijn Diagnostiek met Social Distancing. Diagnostiek tijdens COVID-19 – over de mogelijke impact van persoonlijke beschermingsmaatregelen tijdens fysieke consultaties*. Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw.
- De Smet, S. (2009a). *Het beschrijven, evalueren en verspreiden van behandelingsmethodieken en -technieken in de Vlaamse welzijnsector. Een wetenschappelijke stand van zaken gerelateerd aan het Vlaamse zorglandschap*. KC-rapport. Kenniscentrum WVG.

- De Smet, S. (2009b). Kennisdeling en protocollering in de welzijns- en gezondheidssectoren. *POW Alert*, 35, 42- 49.
- Evers, A., Hagemester, C., Høstmælingen, A., Lindley, P., Muñoz, J., & Sjöberg, A. (2013). *EFPA review model for the description and evaluation of psychological and educational tests. Test review form and notes for reviewers. Version 4.2.6*. European Federation of Psychologists' Associations.
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R.R., & Sijtsma, K. (2009). *COTAN Beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests*. Nederlands Instituut van Psychologen/Commissie Testaangelegenheden Nederland.
- Evers, A., Muniz, J., Bartram, D., Boben, D., Egeland, J., Fernandez-Hermida, Frans, Ö., Gintiliené, G., Hagemester, C., Halama, P., Iliescu, D., Jaworowska, A., Jiménez, P., Manthouli, M., Matesic, K., Schittekatte, M., Canan Sümer, H., & Urbánek, T. (2012). Testing practices in the 21st century: Developments and European psychologists' opinions. *European Psychologist*, 17(4), 300-319.
- Federatie OIOC (2013). Protocol Handelingsgerichte Diagnostiek in de Onthaal-, Oriëntatie en Observatiecentra. Geraadpleegd op 16 november 2020 via <http://www.demorgenster.be/web/wp-content/uploads/2015/09/Protocol-Handelingsgerichte-Diagnostiek-.pdf>.
- Flanagan, D.P., Alfonso, V.C. & Ortiz, S.O. (2013). *Essentials of cross-battery assessment (3th ed)*. John Wiley & Sons.
- Flanagan, H.E., Smith, I.M., Vaillancourt, T., Duku, E., Szatmari, P., Bryson, S., Fombonne, E., Mirenda, P., Roberts, W., Volden, J., Waddell, C., Zwaigenbaum, L., Bennett, T., Elsabbagh, M., & Georgiades, S. (2015). Stability and Change in the Cognitive and Adaptive Behaviour Scores of Preschoolers with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(9), 2691-2703. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2433-6>
- Floyd, R.G., Shands, E.I., Alfonso, V.C., Phillips, J.F., Autry, B.K., Mosteller, J.A., Skinner, M. & Irby, S. (2015). A systematic review and psychometric evaluation of adaptive behavior scales and recommendations for practice. *Journal of Applied School Psychology*, 31(1), 83-113.
- Gerlach-McDonald, B. (2017). *Developmental trajectories of adaptive behavior in Autism Spectrum Disorder and Down syndrome* (Doctoral dissertation, Colorado State University. Libraries).
- Goswami, U. (2002). *Blackwell handbook of childhood cognitive development*. Blackwell.
- Hangauer, J., Worcester, J., & Armstrong, K.H. (2013). Models and methods of assessing adaptive behaviour. In D.H. Saklofske, C.R. Reynolds, & V. Schwann (Eds.), *Oxford handbook of child and adolescent assessment* (pp.651-667). Oxford University Press.
- Harris J.C., & Greenspan S. (2016). *Definition and nature of intellectual disability*. Springer International Publishing.
- Harrison, P. L., & Oakland, T. (2003). *Adaptive behavior assessment system (2nd ed.)*. Western Psychological Services.
- Harrison, P.L., & Raineri, G. (2008). Best practices in the assessment of adaptive behavior. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology 5th. Ed., vol.2*, (pp. 605-615). National Association of School Psychologists.
- Hendriks, M.P.H., Ruiter, S., Schittekatte, M., & Bos, A. (2018). *Wechsler Intelligence Scale for Children - Fifth edition - Nederlandstalige bewerking. Technische handleiding*. Pearson Benelux B.V.
- Hendriksen, J., & Hurks, P. (2009). *WPPSI-III-NL. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Third Edition. Nederlandstalige bewerking. Afname- en scoringshandleiding*. Pearson.
- Hunt, E. (2011). *Human Intelligence*. Cambridge University Press.
- Hurks, P., & Hendriksen, J. (2020). *WPPSI-IV-NL. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Fourth Edition. Nederlandstalige bewerking. Technische handleiding*. Pearson.
- Jenni, O.G., Fintelmann, S., Cafilisch, J., Latal, B., Rousson, V., & Chaouch, A. (2015). Stability of cognitive performance in children with mild intellectual disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 57(5), 463-469. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12620>
- Keith, T.Z., & Reynolds, M.R. (2010). CHC theory and cognitive abilities: What we've learned from 20 years of research. *Psychology in the Schools*, 47, 635-650.
- Kiernan, C., & Jones, M. (1982). *Behaviour Assessment Battery: Assessment of the cognitive, communicative and self-help skills of the severely mentally handicapped*. Nfer-Nelson.
- Kooij A.P., & Dek J.E. (2012). *WAIS-IV-NL Technisch Rapport*. Pearson.
- Kraijer, D.W., & Kema, G.N. (2004). *Sociale Redzaamheidsschaal-Z voor hoger niveau, SRZ-Plus. Vierde, herziene en uitgebreide handleiding*. Harcourt Test Publishers.
- Kraijer, D.W., Kema, G.N., & de Bildt, A.A. (2004a). *Sociale Redzaamheidsschaal-Z. Zesde, herziene en uitgebreide handleiding. Verantwoording en handleiding*. Harcourt Test Publishers.
- Kraijer, D.W., Kema, G.N., & de Bildt, A.A. (2004b). *Sociale Redzaamheidsschaal-Z-interviewversie. Handleiding*. Harcourt Test Publishers.
- Kraijer, D.W., & Plas, J.J., (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Harcourt Book Publishers.
- Kraijer, D.W., & Plas, J.J., (2014). *Handboek*

- psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Pearson.
- Kreemers, B., Maljaars, J., Briers, V., Bulteel, S., Storms, G., Maes, B., & Noens, I. (2020). *ABAS-3 Schaal voor adaptief gedrag. Nederlandstalige bewerking*. Hogrefe Uitgevers BV.
- Lebeer, J., Van de Veire, H., Denys, A., Van Trimont, I., Schraepen, B., Partanen, P., Candeias, A., Grácio, M.L., Bohacs, K., Sønnesyn, G., Maior, E., Orban, R., Szamoskozi, I., & Dawson, L. (2013). Assessment van kinderen en jongeren: noodzaak om de blik te verruimen. *Caleidoscoop, Leerlingbegeleiding vandaag en morgen*, 25(1), 14-24.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M. (P.), Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., Tassé, M. J., & The AAMR AD HOC Committee on Terminology and Classification. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). American Association on Mental Retardation.
- Maes, B. (2019). Kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking. In J. Vanderfaeillie, B. Maes, & H. Grietens (Red.), *Handboek jeugdhulpverlening. Deel 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen* (pp. 85-116). Acco.
- Maes, B., Hombroux, M., Janssens, K., Lambert, R., & Wouters, M. (2005). *Leidraad voor taxatie van ontwikkelingsproblemen bij kleuters*. VCLB- service.
- Maes, B., Noens, I., & Maljaars, J. (2013). *Overzicht instrumenten adaptief gedrag*. Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek.
- Maes, B., Smeets, S., & Schittekatte, M. (2015). De diagnostiek van Intelligentie. In G. Bosmans, P. Bijttebier, Noens, & L. Claes (Red.), *Diagnostiek bij kinderen, jongeren en gezinnen. Deel III: Ontwikkelingsdomeinen in het vizier* (p. 13-32). Acco.
- Agez, W. (2009). De I van IQ. IQ voor slimmes. *Caleidoscoop*, 21(1), 20-24.
- Agez, W., Bos, A., Rauws, G., Geerinck, K., Van Elsacker, M., & Van Parijs, K. (2016). *CAP-basisvademecum van tests en andere diagnostische instrumenten en -methoden in het schoolpsychologisch en daarbij aansluitend werkveld*. CAP vzw.
- Agez, W., & De Cleen, W. (2007). *Intelligentiemeting in nieuwe banen: de integratie van het CHC-model in de psychodiagnostische praktijk*. CAP vzw/ Psychodiagnostisch Centrum (PdC) Departement Psychologie, Lessius Hogeschool.
- Agez, W., De Cleen, W., Bos, A., Rauws, G., Geerinck, K., & De Kerf, L. (2015). *CAP/PDC CHC-vademecum: Intelligentie in nieuwe banen: De integratie van het CHC-model in de psychodiagnostische praktijk*. CAP vzw/Psychodiagnostisch Centrum (PDC) Thomas More.
- Agez, M., & De Jonghe, E. (2015). *Het zeer lage IQ. Een schoolpsychologische benadering in de psychodiagnostische praktijk*. VCLB-Service.
- Agez, W., Rauws, G. & Tierens, M. (in voorbereiding). *Diagnostiek van het cognitief functioneren: De kracht van CHC in de praktijk*. Psychodiagnostisch Centrum en CAPvzw.
- Agez, W., Tierens, M., Van Huynegem, J., Van Parijs, K., Decaluwé V., & Bos, A. (2015). *CoVaT-CHC Basisversie. Cognitieve VaardigheidsTest volgens het CHC-model*. Thomas More.
- Mariën, K., Onghena, P., & Maes, B. (2008). Aanpassing van de Vineland Adaptive Behavior Scales voor Vlaamse kleuters. *Signaal*, 63, 28-44.
- McGrew, K. S., & Flanagan, D. P. (1998). *The Intelligence Test Desk Reference (ITDR): Gf-Gc cross-battery assessment*. Allyn & Bacon.
- Pameijer, N., & Draaisma, N. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg. Een kader voor besluitvorming*. Acco.
- Pameijer, N., & van Beukering, T. (2015). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering*. Acco.
- Price, J., Morris, Z., & Costello, S. (2018). The Application of Adaptive Behaviour Models: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 8(1), 11. <https://doi.org/10.3390/bs8010011>
- Raven, J.C. & Raven, J. (2020). *Raven's 2 Progressive Matrices – Diagnostische versie*. Pearson.
- Resing, W.C.M., Bleichrodt, N., Drenth, P.J.D.D., & Zaal, J.N. (2012). *Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test-2 (RAKIT-2). Gebruikershandleiding*. Pearson.
- Ruiter, S., Timmerman, M., & Visser, L. (2018). *IDS-2. Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Nederlandse bewerking*. Hogrefe uitgeverij.
- Sattler, J.M., & Hoge, R.D. (2006). *Assessment of children: Behavioral, social, and clinical foundations* (5th ed.). Jerome M. Sattler Publisher Inc.
- Schalock, R.L. (2004). Adaptive behavior: Its conceptualisation and measurement. In E. Emerson, C. Hatton, T. Thompson, & T.R. Parmenter (Eds.), *The international handbook of applied research in intellectual disabilities* (pp. 369-384). John Wiley & Sons, Ltd.
- Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K.A., Snell, M.E., Spreat, S., Tasse, M.J., Thompson, J.R., Verdugo-Alonso, M.A., Wehmeyer, M.L., & Yeager, M.H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (Eleventh edition). AAIDD.
- Schalock, R.L., & Luckasson, R. (2004). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 45, 116-124.
- Schittekatte, M. (2000). Het hertesten van intelligentie bij

- kinderen: een literatuurstudie. *Significant*, 0, 1-21. Geraadpleegd via https://www.sig-net.be/uploads/artikels_signaal/significant_hertestings_schittekatte_2000_nr0.pdf
- Schittekatte, M. (2005). Overzicht van onderzoek over en met de WISC-III. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 35, 4.
- Schittekatte M. (2012). Testen met een Vlaamse bril. *Caleidoscoop: leerlingenbegeleiding vandaag en morgen*, 24, 31-36.
- Schittekatte, M., Braet, C., Callens, J., Roeyers, H., Soyez, V., & Fontaine, J. (2011). Het belang van Vlaamse normen o.a. bij diagnostiek van aandacht (TEA-Ch) en gedrag (CBCL) bij kinderen. [The importance of Flemish norms a.o. for assessment of attention (TEA-Ch) and behavior (CBCL) with children]. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 41 (1), 63-74.
- Schittekatte, M., & Hurks, P. (2015). WISC-III-NL Intelligentiemeting bij kinderen en adolescenten. In W. Resing, *Handboek intelligentietheorie en testgebruik*. Pearson.
- Schouppe, N. (2020). *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek*. Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw.
- Siegler, R.J., & Richards, D.D. (1982). The development of intelligence. In R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of human intelligence* (pp. 897-911). Cambridge University Press.
- Sparrow, S.S., Balla, D., & Cicchetti, D.V. (1984). *Vineland Adaptive Behaviour Scales: Survey edition*. American Guidance Service.
- Spearman, C.E. (1923). *The nature of "intelligence" and the principles of cognition*. Macmillan.
- Spearman (1927). *The abilities of man*. Macmillan.
- Sternberg, R.J. (1988). *The triarchic mind: A new theory of human intelligence*. Viking.
- Sternberg, R.J. (1997). *Thinking styles*. Cambridge University Press.
- Tassé, M.J., Schaock, R.L., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S.A., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K.F., & Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behavior: Its conceptualization, measurement and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(4), 291-303.
- Tellegen, P.J., & Laros, J.A. (2011). *Snijder-Oomen Niet-verbale intelligentietest SON-R 6-40. I. Verantwoording*. Hogrefe uitgevers.
- Tellegen, P.J. & Laros, J.A. (2017). *SON-R 2-8. Snijder-Oomen Niet-verbale intelligentietest. I. Verantwoording*. Hogrefe uitgevers.
- Thompson, J.R., McGrew, K.S., & Bruininks, R.H. (1999). Adaptive and maladaptive behavior: Functional and structural characteristics. In R.L. Schalock (Ed.), *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation* (pp. 15-42). American Association on Mental Retardation.
- United Nations (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. United Nations. Geraadpleegd via <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- Van Baar, A.L., Steenis, L.J.P., Verhoeven, M., Hessen, D.J. (2014). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development (derde editie) Nederlandse versie (Bayley-III-NL)*. Pearson.
- VandenBos, G.R. (2006). *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.
- Van de Vijver, F., Fontaine J., & Schittekatte M., (2007). Allochtone leerlingen. In K. Verschueren & H.M.Y. Koomen (Red.), *Handboek Diagnostiek in de Leerlingenbegeleiding* (pp. 251-264). Garant.
- Van de Vijver, F., Schittekatte M., & Fontaine J. (2016). Allochtone leerlingen. In K. Verschueren & H.M.Y. Koomen (Red.), *Handboek Diagnostiek in de Leerlingenbegeleiding*. Garant.
- Verschueren K., & Resing W.C.M. (2015). Intelligentiediagnostiek volgens het CHC model: Van theorie naar praktijk. In Resing W.C.M. (Ed.), *Handboek intelligentietheorie en testgebruik* (pp. 63-84). Pearson.
- Vertommen, H., ter Laak, J., & Bijttebier, P. (2002). Het diagnostisch proces. *Diagnostiekwijzer*, 1, 4-16.
- Vertommen, H., ter Laak, J.J.F., & Bijttebier, P. (2005). Het diagnostisch proces. In F. Luteijn, W.A. Arindell, B.G. Deelman, J.H. Kamphuis, & H. Vertommen (Red.), *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg* (pp. 15-34). Lemma.
- Vlaskamp, C., van der Meulen, B.F., & Smrkovsky, M. (1999). *Gedrags Taxatie Instrument. GTI*. Stichting Kinderstudies.
- Vlaskamp, C., van der Meulen, B.F., & Zijlstra, H.P. (2002). De instrumentele realisering van het Gedrags Taxatie Instrument. Normen, validiteit en betrouwbaarheid. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 41, 22-31.
- Wassenberg-Severijnen, J., & Custers, J. (2005). *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI-NL)*. Pearson.
- Wechsler, D. (1939). *Wechsler-Bellevue Intelligence Scale, Form I*. The Psychological Corporation.
- Wechsler, D., & Naglieri, J.A. (2008a). *Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WVN-NL). Nederlandstalige bewerking. Afname- en scoringshandleiding* (Nederlandse bewerking van Pearson Assessment and Information). Pearson.
- Wechsler, D., & Naglieri, J.A. (2008b). *Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WVN-NL). Nederlandstalige bewerking. Technische handleiding* (Nederlandse bewerking van P.H. Dekker). Pearson.
- Wessels, M. D., Paap, M. C., & Van der Putten, A. A. (2020). Validity of an instrument that assesses functional abilities in people with profound intellectual and multiple

disabilities: Look what I can do! *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 1-11.

Widaman, K.F., & McGrew, K.S. (1996). The structure of adaptive behavior. In J.W. Jacobson & J.A. Mulick (Eds.), *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation* (pp. 97-110). American Psychological Association.

World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.

World Health Organization (2002). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Nederlandse vertaling. Bohn Stafleu Van Loghum.

World Health Organization (2008). *International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY)*. Nederlandse vertaling. Bohn Stafleu van Loghum.

World Psychiatric Association, IGDA workgroup (2003). Essentials of the WPA international guidelines for diagnostic assessment (IGDA). *British Journal of Psychiatry*, 182 (S45), s55-s57.

Bijlage 1

Figuur 2 geeft de structuur van het CHC-model weer. Het model bestaat uit drie hiërarchisch geordende niveaus. Het hoogste niveau is het niveau van de *algemene intelligentie (General factor)*. Op het tweede niveau zijn de *brede cognitieve vaardigheden (BCV)*:

- Gf = fluid intelligence: de vaardigheid om te redeneren in nieuwe situaties.
- Gq = quantitative knowledge: de vaardigheid om kwantitatieve concepten en hun relaties te begrijpen en met numerieke symbolen om te gaan.
- Gc = crystallized intelligence: de vaardigheid om zich de kennis die in de cultuur aanwezig is, eigen te maken en effectief toe te passen.
- Grw = reading and writing abilities: de verworven vaardigheid om te lezen en te schrijven, om de geschreven taal te begrijpen en om gedachten uit te drukken in de geschreven taal.
- Gwm = werkgeheugen: vaardigheid om met gefocuste aandacht informatie vast te houden zodanig dat deze gemanipuleerd/bewerkt kan worden.
- Gv = visual processing: de vaardigheid in het waarnemen van en het denken met visuele patronen.
- Ga = auditory processing: de vaardigheid om auditieve patronen te begrijpen en te synthetiseren.
- Glr = lange termijngeheugen (LTG) met:
 - Gl: leereffectiviteit van het LTG: vaardigheid tot leren, opslaan, vasthouden van nieuwe informatie over een periode van tijd van minuten, uren, dagen, jaren.
 - Gr: oproepvlotheid uit het LTG: vaardigheid die toelaat gemakkelijk en vlot de opgeslagen informatie uit het LTG selectief en strategisch op te roepen en te reproduceren.
- Gs = processing speed: de vaardigheid om betrekkelijk eenvoudige taken die iedereen juist zou hebben als er voldoende tijd wordt gegeven, snel uit te voeren.
- Gt = reaction and decision speed: de vaardigheid om snel de juiste oplossing te vinden bij problemen met een middelmatige moeilijkheid. De score is de tijd die nodig is om de antwoorden te genereren.

Elke brede cognitieve vaardigheid kan verder opgesplitst worden in nauwe cognitieve vaardigheden (niveau 1). Een overzicht en definities van nauwe cognitieve vaardigheden is te vinden in Magez et al. (2015).²³

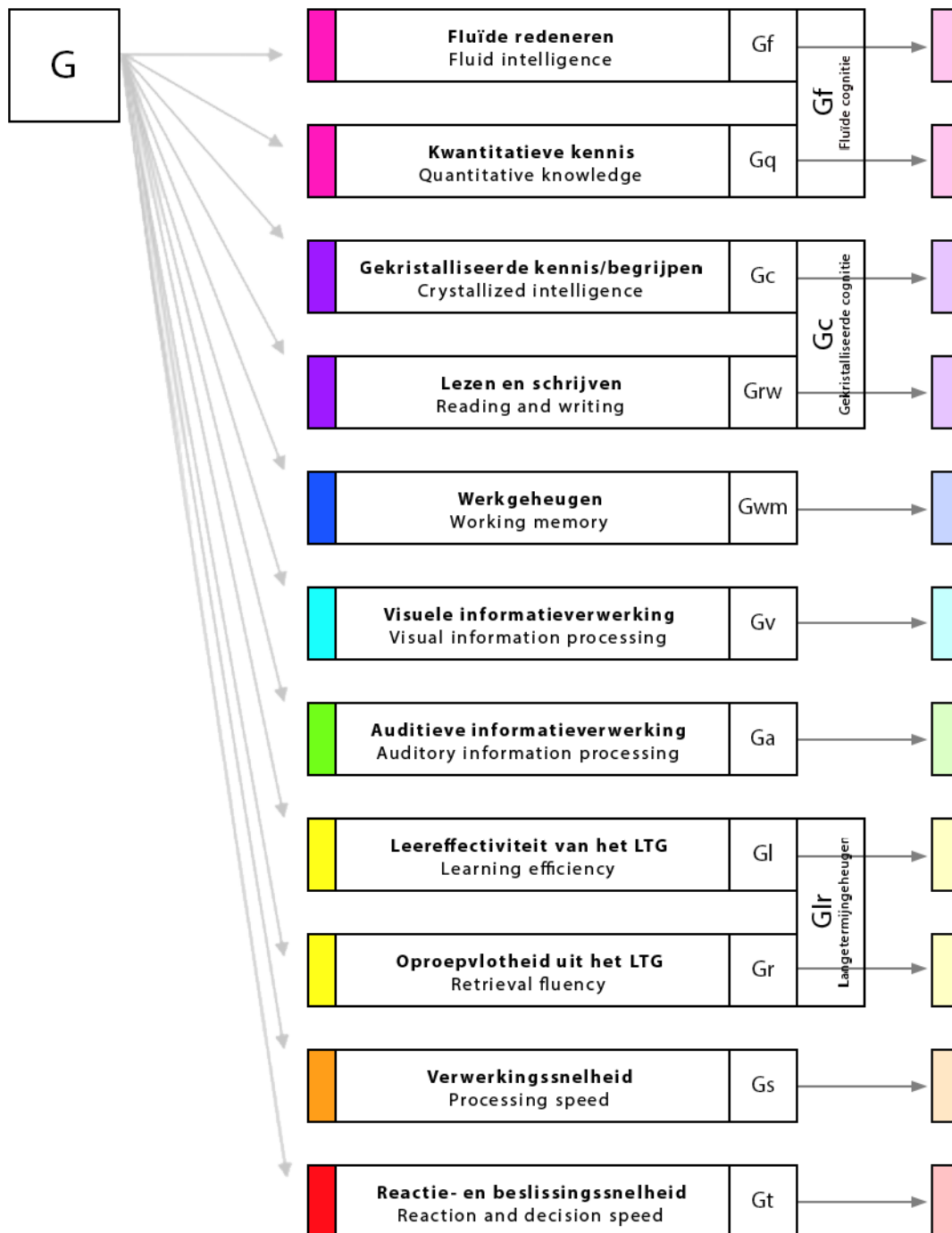
Ten slotte een toelichting over het hanteren van de CHC-crossbatterijbenadering (soms afgekort als XBA) vanuit de BFP Testcommissie. Gebaseerd op het CHC-model werden volgende richtlijnen bepaald om een betrouwbare en valide schatting te doen van de algemene intelligentie: (1) het IQ is minstens gebaseerd op subtests uit 4 brede cognitieve vaardigheden, (2) waaronder Gf en Gc, (3) en waarbij Gf en Gc evenveel of meer doorwegen dan de overige BCV (dit om de volgorde van de belangrijkheid in het CHC-model te benaderen). Aangezien de huidige intelligentietesten zich steeds meer baseren op het CHC-gedachtegoed, voldoet het TIQ van de testbatterijen steeds vaker aan de richtlijnen van de BFP Testcommissie om de algemene intelligentie te bepalen, zoals bijvoorbeeld de CoVaT-CHC en WISC-V. Wanneer een meer diepgaand inzicht in het cognitieve profiel van een cliënt aangewezen is, blijft de crossbatterijbenadering een betrouwbare en valide manier om de structuur van intelligentie of cognitieve vaardigheden in kaart te brengen. Een crossbatterij aanpak kan ook aangewezen zijn als door afname van één test onvoldoende cognitieve vaardigheden gemeten worden, zoals bijvoorbeeld bij de WPPSI-IV voor kinderen jonger dan 4 jaar het geval is. Meer informatie kan teruggevonden worden bij Flanagan et al. (2013) of Magez et al. (in voorbereiding).

²³ <https://expertisetoegepastepsychologie.be/subpages/chc-platform>

PRAGMATISCHE VOORSTELLING VAN HET CHC-MODEL

CAPvzw - Psychodiagnostisch Centrum Thomas More (2020)

W. Magez (CAPvzw) - S. Joris (PDC)



Figuur 2. Het CHC-model. Overgenomen van Magez et al. (in voorbereiding).

Bijlage 2

Naast de kwaliteitslabels aan de hand van de lettercategorieën A+, A, B, C en D wordt bij elke test (intelligentie en adaptief gedrag) eveneens via een URL verwezen naar verschillende andere beoordelingen, indien beschikbaar, zoals gegeven door:

- COTAN²⁴;
- Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw²⁵;
- CAP-vzw²⁶;
- Prodia²⁷.

Hieronder wordt een beknopt overzicht geven van het beoordelingssysteem van COTAN²⁸ (Commissie Testaangelegenheden Nederland) en EFPA²⁹ (European Federation of Psychologists' Associations) beoordelingssysteem. Daarnaast wordt ook de werking van CAP-vzw en Prodia kort toegelicht.

COTAN beoordeling

Bij het COTAN beoordelingssysteem wordt elke test beoordeeld op zeven criteria (Evers et al., 2009). Door geen globaal oordeel te vellen over een test wil men een meer gedifferentieerde beoordeling mogelijk maken en het aan de testgebruiker overlaten om bijvoorbeeld al dan niet te beslissen een instrument te hanteren in een bepaalde situatie, gegeven de informatie uit de beoordeling. Het oordeel van elk van de zeven criteria kan 'onvoldoende', 'voldoende' of 'goed' zijn en wordt toegekend na een grondige analyse op basis van verschillende deelvragen. Hieronder wordt een beknopte beschrijving gegeven van de procedure bij elk criterium:

1. *Uitgangspunten van de testconstructie*: Bij dit criterium wordt beoordeeld of het gebruiksdoel (i.e. meetpretentie, doelgroepen en functie), de theoretische achtergrond en de operationalisatie van de test in voldoende mate zijn beschreven.
2. *Kwaliteit van het testmateriaal*: Bij dit criterium wordt onder andere nagegaan of de instructies, items en scoring gestandaardiseerd zijn, en of de items mogelijke kwetsende inhoud bevatten.
3. *Kwaliteit van de handleiding*: Hier wordt voornamelijk de informatie die voorzien is voor de testleider ter ondersteuning van afname en scoring beoordeeld.
4. *Normen*: Zowel de kwaliteit van normgerichte, domeingerichte als criteriumgerichte interpretatie worden hier beoordeeld. Daarbij wordt onder andere gelet op de leeftijd van de normen, de grootte en representativiteit van de normeringssteekproef, en de kwaliteit en hoeveelheid van de verstrekte informatie.

5. *Betrouwbaarheid*: Bij dit criterium wordt zowel naar de hoogte van de betrouwbaarheidscoëfficiënten als naar de kwaliteit van het betrouwbaarheids-onderzoek gekeken, rekening houdend met de belangrijkheid van de beslissingen die worden genomen aan de hand van de test die wordt beoordeeld.
6. *Begripsvaliditeit*: Ook bij dit criterium worden zowel de hoogte van de uitkomsten als de kwaliteit van het validiteitsonderzoek beoordeeld.
7. *Criteriumvaliditeit*: Hier worden eveneens zowel de hoogte van de verbanden en uitkomsten als de kwaliteit van de onderzoeksprocedures onder de loep genomen.

Naast deze beoordeling op de zeven criteria biedt COTAN voor instrumenten die na juli 2015 zijn beoordeeld bijkomend een 'fairness matrijs' met een gestructureerde beschrijving van uitgevoerd onderzoek naar testonpartijdigheid.

EFPA beoordeling

EFPA tracht aan de hand van een uitgebreid en breed beoordelingsmodel (het EFPA Test Review Model) een gedetailleerde en volledige beoordeling te geven van (psychologische) testen (Evers et al., 2013). Het oorspronkelijk beoordelingssysteem is gebaseerd op verschillende nationale systemen waaronder COTAN, en heeft tot doel afstemming binnen de beoordelingsprocedures en -criteria in Europa te stimuleren. Het model is opgedeeld in twee grote delen:

1. *Beschrijving van de test*: In dit onderdeel worden alle kenmerken van de test in detail beschreven.
2. *Evaluatie van het instrument*: In het tweede onderdeel worden de fundamentele eigenschappen van de test geëvalueerd. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de labels 'geen informatie beschikbaar', 'onvoldoende', 'voldoende', 'goed' en 'uitstekend'.
 - Kwaliteit van de uitleg van de basisprincipes, de presentatie en de beschikbare informatie.
 - Kwaliteit van het testmateriaal.
 - Normen: Zowel normgerichte als criteriumgerichte interpretatie worden beoordeeld. Hierbij wordt onder andere gelet op de steekproefgrootte, lokaal gebruik van normen, en representativiteit van de steekproef.
 - Betrouwbaarheid: Zowel de hoogte van de betrouwbaarheidscoëfficiënten als de

²⁴ <http://www.cotandocumentatie.nl>

²⁵ <https://www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be>

²⁶ <http://www.cap-vademecum.be>

²⁷ <http://www.prodiagnostiek.be>

²⁸ <http://www.cotandocumentatie.nl>

²⁹ <http://www.efpa.eu>

onderzoeksprocedures worden beoordeeld, rekening houdend met de belangrijkheid van de beslissingen die worden genomen aan de hand van de test die wordt beoordeeld.

- Validiteit: Zowel begripsvaliditeit als criteriumvaliditeit worden beoordeeld bij dit criterium. Ook hier worden zowel de hoogte van de uitkomsten als de kwaliteit van de onderzoeksprocedures beoordeeld.
- Kwaliteit van computergegenereerde rapporten: Indien dergelijke rapporten ter beschikking worden gesteld, worden verschillende kenmerken ervan beoordeeld, zoals reikwijdte, betrouwbaarheid, relevantie, vrijheid van kwetsende inhoud, aanvaardbaarheid en lengte.

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw realiseerde een Nederlandse vertaling van het EFPA Test Review Model^{30,31} en zal zich bij toekomstige beoordelingen baseren op dit model.

CAP-vzw

Het CAP-vademecum (Magez et al., 2016) is een bundeling van informatie over psychodiagnostische instrumenten en methoden, ontwikkeld door het Coördinatieteam Antwerpen voor Psychodiagnostiek (CAP vzw). Het CAP-vademecum richt zich tot diagnostici werkzaam in centra voor leerlingenbegeleiding en aansluitende diensten in Vlaanderen, en beperkt zich dan ook tot de diagnostische instrumenten die bruikbaar zijn voor de doelpopulatie van deze diensten. Het vademecum is onderverdeeld in negen domeinen, zijnde (1) Aandacht en Geheugen, (2) Belangstelling, (3) Functieontwikkeling, (4) Intelligentie, (5) Gedrag - Emotie - Persoonlijkheid - Gezondheid, (6) Schoolvorderingen, (7) Studeertest, (8) Studiehouding en (9) Varia.

Per instrument wordt er een omschrijving gegeven van het soort test, de doelgroep en de afname- en scoringsmodaliteiten. Daarnaast wordt dieper ingegaan op de normen. Enerzijds wordt aangegeven of er ofwel Vlaamse normen zijn, ofwel equivalentie met de Vlaamse populatie werd aangetoond. Anderzijds wordt de kwaliteit van de normgroep onder de loep genomen in termen van grootte, representativiteit en recentheid. Als laatste wordt een beschrijving gegeven van de beschikbare betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens

Prodia

Het project protocollering diagnostiek (Prodia) is een netoverstijgend project van centra voor leerlingenbegeleiding en onderwijs. Het doel van het project is om hulpverleners binnen de leerlingenbegeleiding in onderwijs handvatten te bieden rond het realiseren van kwaliteitsvolle handelingsgerichte diagnostiek binnen een continuüm van zorg. Door Prodia worden thematische protocollen ontwikkeld met daaraan gekoppeld een selectie van voor

CLB relevante diagnostische materialen. De overzichten van diagnostisch materiaal en de diagnostische fiches kunnen geraadpleegd worden via de materialendatabank. Elk geselecteerd diagnostisch instrument krijgt van Prodia een beoordeling, zijnde een 1ste keuze instrument, een 2de keuze instrument of een instrument met enkel indicerende waarde. Om te komen tot deze beoordeling werden verschillende richtlijnen in termen van betrouwbaarheid, validiteit en kenmerken van de normgroep vooropgesteld en toegepast. Ook wordt bij het beoordelen van de instrumenten aandacht geschonken aan faire diagnostiek. De fiches zijn gebaseerd op verschillende bronnen, zoals het CAP-vademecum, BFP Testcommissie en COTAN.

³⁰ <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2021/01/EFPAtestbeoordeling2020.docx>

³¹ <http://assessment.efpa.eu/documents/>



KWALITEITSCENTRUM
DIAGNOSTIEK^{VZW}



Vlaanderen
is zorgzaam samenleven