



KWALITEITSCENTRUM
DIAGNOSTIEK^{VZW}

Classificerend Diagnostisch Protocol Verstandelijke Beperking



KWALITEITSCENTRUM
DIAGNOSTIEK^{vzw}



Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw
Kortrijksesteenweg 129
9000 Gent

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

Titel: Classificerend Diagnostisch Protocol Verstandelijke Beperking
Experts: 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

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 verveelvoudigd 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	1
1.3 Herwerking classificerend diagnostisch protocol verstandelijke beperking	2
2. Definitie en terminologie	3
3. Sociaal-ecologische visie	4
4. Classificerende diagnostiek van verstandelijke beperking	6
4.1 Het criterium intelligentie	6
4.2 Het criterium adaptief gedrag	8
4.3 Het ontwikkelingscriterium	9
4.4 Specificatie van ernst	9
5. In welke situaties kan het protocol gebruikt worden?	12
5.1 Wanneer een diagnostisch onderzoek uitvoeren?	12
5.2 Algemene aandachtspunten	12
6. Samenstelling van het diagnostisch team	16
7. Hoe diagnostiek naar deze stoornis op een kwaliteitsvolle manier uitvoeren?	17
7.1 Anmelding en intake	17
7.2 Kritische reflectie	17
7.3 Alternatieve en bijkomende hypothesen	18
7.4 Diagnostisch onderzoek en onderzoeksmiddelen	18
Instrumentarium & kwalificatie: intelligentie	20
Instrumentarium & kwalificatie: adaptief gedrag	42
7.5 Multidisciplinair overleg en conclusie	55
7.6 Verslaggeving	55
8. Literatuuroverzicht	51
Bijlage 1	55

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 (e.g., Braet & Bogels, 2014), 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)¹ en handlingsgerichte diagnostische protocollen in het onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding (Prodia)², 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.

1.2 Classificerende diagnostische protocollen

In de psychodiagnostiek zijn verschillende types vragen mogelijk: vragen met betrekking tot onderkenning, verklaring, predictie, indicatie en evaluatie (Vertommen, ter Laak, & Bijttebier, 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.

In dit classificerend diagnostisch protocol staat de onderkende vraag centraal, 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 diagnose 'verstandelijke beperking', zonder aandacht te hebben voor de verklarende, predictieve, indicerende en evaluerende hulpvragen die hiermee gepaard kunnen gaan.

Deze focus op uitsluitend classificerende diagnostiek gaat samen met een aantal voor- en nadelen (Pameijer & van Beukering, 2015). Classificerende diagnostiek 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 kindkenmerken, waarbij het risico bestaat de contextfactoren te onderbelichten. Ook kan dit louter 'labelen' resulteren in stigmatisering (Ben-zeev, Young, & Corrigan, 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 de inleiding van 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 <http://www.vaph.be/vlafo/download/nl/8229547/bestand>

² <http://www.prodiagnostiek.be>

Wij opteren er dan ook voor om het huidige classificerende protocol te zien als één onderdeel van een veelal bredere diagnostische cyclus, en dit steeds in te bedden in een breed biopsychosociaal en meer holistisch kader. 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 verknoopt zijn met elkaar. Bij de hantering van het protocol is het ook belangrijk om steeds uit te gaan van het particuliere van de cliënt en aandacht te hebben voor een maximale betrokkenheid van de cliënt en zijn context tijdens het diagnostisch proces.

1.3 Herwerking classificierend diagnostisch protocol verstandelijke beperking

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 de Vrije-CLB-Koepel vzw verantwoordelijke voor leerlingen met specifieke noden en volgt vanuit deze hoedanigheid alle VAPH-gerelateerde 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 Jongerenwelzijn.

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 docent aan de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen waar hij gelast is met onderzoek en onderwijs in handicap studies. 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 Testpracticum aan de UGent, faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (<http://www.testpracticum.ugent.be/>). 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 Commissie Psychodiagnostiek van de Belgische Federatie van Psychologen (<https://www.bfp-fbp.be/sectie-psychodiagnostiek>) en van het Vlaams Forum voor Diagnostiek in de psychologische en pedagogische begeleiding en hulpverlening (<http://www.vlaamsforumdiagnostiek.be/>).

Lies Verlinde is binnen de Vrije-CLB-Koepel vzw verantwoordelijke voor diagnostiek en is lid van het projectteam Protocollering Diagnostiek in de Leerlingenbegeleiding (Prodia). 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
studiecel

Hanna Steenwegen, coördinator indicatiestelling

Data van de overlegmomenten

17 november 2014

23 februari 2015

22 juni 2015

13 oktober 2015

10 maart 2016

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). 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-5™) 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, 2014). 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-5™-classificatie (American Psychiatric Association, 2013) naast de verstandelijke beperkingen ook autismespectrumstoornis (ASS), aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD), specifieke leerstoornis, communicatiestoornissen en motorische stoornissen.

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, 2014). 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, 2014): (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,

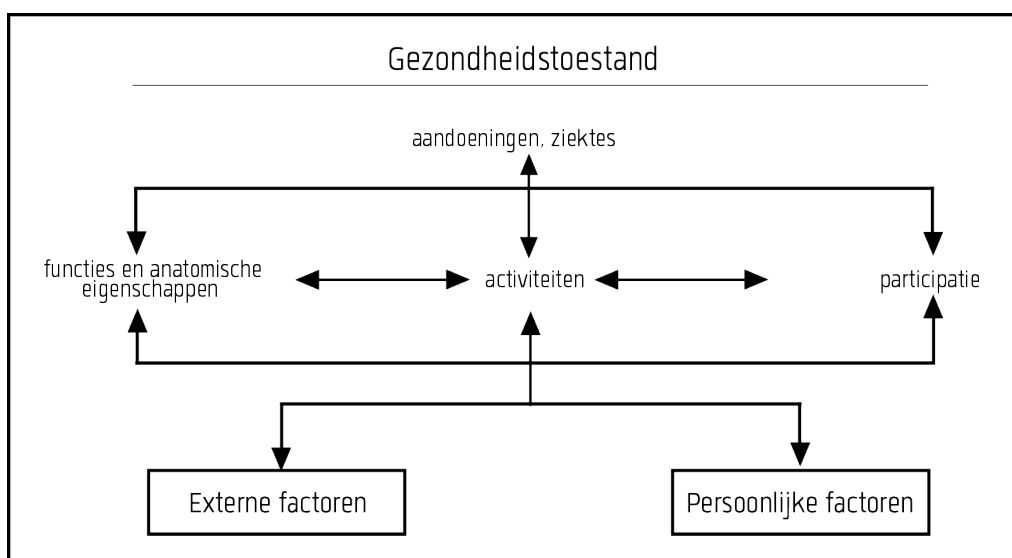
beperkingen of belemmeringen.³

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, persoonlijkheid 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 5 componenten van het ICF-model weer. Het functioneren is het resultaat van een complexe wisselwerking tussen deze vijf componenten.

De ICF-visie stelt de interactie tussen een persoon en zijn omgeving centraal. De context waarin

³ 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.



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

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. 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 mogelijk een gelijkaardige of zelfs grotere ondersteuningsbehoefte dan sommige mensen met een IQ < 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.

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 definitie van handicap door het VAPH als een participatieprobleem:

"(...)elk langdurigen 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 het M-decreet (decreet betreffende maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften) wordt bij de definitie het ICF-kader gevolgd:

" (...) leerling met specifieke onderwijsbehoeften: 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 2.1, decreet 12 maart 2014).

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, 2014).

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 probleemoplossen;
- 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. 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.

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 Schalock, 2004) beargumenteerde verder bijvoorbeeld 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 Schalock, 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 C-H-C model van Intelligentie

Cattell, Horn en Carroll stellen een intelligentiemodel voor, het C-H-C-model, dat uit verschillende grote domeinen bestaat en hiërarchisch van opbouw is (Magez & De Cleen, 2007). 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 C-H-C-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 C-H-C-model als een waardevolle aanvulling beschouwd (zie Bijlage 1 voor de specifieke richtlijnen vanuit de Commissie Psychodiagnostiek van de Belgische Federatie voor Psychologen).

Het C-H-C 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 C-H-C 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 punt 7.4 (diagnostisch onderzoek en onderzoeksmiddelen, specifiek in het deel 7.4.2).

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. Die zone tussen 2 punten geeft aan hoe groot de marge is waarbinnen 90% (of 95%, of 99%) van hetzelfde soort metingen valt⁴. De grens van IQ 70 mag dus niet worden 'verabsoluteerd'. Bij een hogere score kan de grenswaarde nog binnen het betrouwbaarheidsinterval vallen.

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 (bv. ziekte, veel lawaai op de plaats waar een IQ-test werd afgenomen) bepalen mee de 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 de geïndividualiseerde gestandaardiseerde intelligentietest moet dan ook steeds geïnterpreteerd worden op basis van een klinische beoordeling (American Psychiatric Association, 2013; Schalock et al., 2010).

⁴ 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).

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.

Volgens Sattler en Hoge (2006) impliceert deze definitie dat adaptief gedrag leeftijdgebonden 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 sensorische, 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 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 (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 toepassen 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, McGrew, & Bruininks, 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, Kraijer, Sytma, & Minderaa, 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”*. De correlaties tussen de uitslagen van intelligentietests en die van adaptieve gedragsschalen liggen op ongeveer .30 tot .50 (Harrison & Raineri, 2008). Enerzijds is dit niet verwaarloosbaar, anderzijds volstrekt onvoldoende om inwisselbaarheid te pretenderen.

4.2.4 Operationalisering van het criterium adaptief gedrag

Instrumenten voor adaptief gedrag kunnen zowel

semi-gestructureerde interviews zijn als schriftelijke vragenlijsten (Floyd et al., 2015; Hangauer, Worcester, & Armstrong, 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 punt 7.4 (diagnostisch onderzoek en onderzoeksmiddelen, specifiek in het deel 7.4.3).

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.⁵

4.3 Het ontwikkelingscriterium

Zowel de intellectuele als de adaptieve beperkingen 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 (*neurodevelopmental disorder*). Ze wordt daarmee onderscheiden van andere neurocognitieve

⁵ 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. De score van de cliënt valt dus in het scorebereik van de normgroep en ligt dus iets lager dan het gemiddelde van de 7-8 jarige leerlingen met een verstandelijke beperking in het buitengewoon onderwijs.

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 metingen en de grootte van de populatie met deze lage scores in de 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.⁶
- 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 vragenlijsten die genormeerd

⁶ Enkel de ontwikkelaars van de Rakit-2 poogden aan dit tekort tegemoet te komen, maar toch blijven ook daar die lage scores onbetrouwbaar.

zijn op een algemene populatie. Dit is in Vlaanderen voor geen enkel Nederlandstalig instrument het geval.

- Daarom werden door Kraijer en Plas (2014) groepen voorgesteld op basis van de standaardscores van de Vineland-Z en SRZ/SRZ-P. Deze standaardscores zijn bepaald op basis van een groep personen met verstandelijke beperkingen. Voor een verdere bespreking van de genoemde instrumenten verwijzen we naar 7.4.

Omwille van deze 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 bestaande instrumenten voor adaptief gedrag ontwikkeld zijn voor mensen met verstandelijke beperkingen scoren mensen die zwakbegaafd zijn wellicht altijd aan de hogere kant.

4.4.2 Kwalitatief criterium

In de DSM-5™ wordt een kwalitatieve typering van de vier groepen voorgesteld op basis van adaptief gedrag en ondersteuningsnaden (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, klokkijken of geldbeheer, waarbij ze steun nodig hebben op een of meer gebieden om aan de leeftijd gerelateerde 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 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, stoelgang 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 gebarentaal. 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 de stoelgang. Ze hebben altijd toezicht nodig. Mensen met een ernstige 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 gebarentaal. 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, uitwandelen 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 voor 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, dagopvang of contextbegeleiding 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 sensomotorisch 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.

5.2.1 Aandachtspunten bij het gebruik van het protocol bij jonge kinderen

Op jonge leeftijd kan een IQ minder betrouwbaar 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 5 jaar zijn beperkter dan op latere leeftijd. Bij de WPPSI-III-NL worden zo bij de jongste kinderen (2.5 – 4 jaar) enkel die subtesten afgenomen die Gc (gekrystaliseerde intelligentie) en Gv (visuele informatieverwerking) meten. Bij de SON-R 2 ½ - 7 is dat Gf (vloeiende intelligentie) en Gv (zie bijlage 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, Smeets, & Schittekatte, 2015). Met dergelijke ontwikkelingsschalen⁷ wordt de vroegkinderlijke ontwikkeling geëvalueerd op verschillende domeinen zoals cognitie, taal, motoriek, sociaal-emotioneel functioneren en adaptief gedrag. Twee voorbeelden van vaak gebruikte ontwikkelingsschalen in Vlaanderen zijn:

- De Bayley Scales of Infant and Toddler Development (Bayley-III-NL) 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 groeiscores. Recente Vlaamse evaluatie wees op enkele ernstige onvolkomenheden binnen het normeringsonderzoek. Hierdoor dienen een aantal aandachtspunten in acht genomen te worden bij de interpretatie van de testresultaten (zie ook punt 7.4.2).
- De Groningse Ontwikkelingsschalen (GOS) die een gedeeltelijke bewerking van de Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC) zijn. De normgegevens van de GOS dateren echter al van 1996, dus zijn slechts nog in uitzonderlijke omstandigheden te hanteren.

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 ontwik-

kelingsstoornissen 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 evaluatiemomenten. 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 op 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 Aandachtspunten 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 (Maes et al., 2015; Schittekatte, 2005).

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

⁷ 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, Smeets, & Schittekatte, 2015).

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 informatieverwerking vereisen. Personen met een auditieve beperking en personen met een taalontwikkelingsprobleem zullen niet alleen moeilijkheden ondervinden bij de subtests die inhoudelijk taalverwerking vereisen (bv. 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 testprocedure. 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)⁸ 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 Vlaams onderzoek bij allochtonen (Schittekatte & Hurks, 2015; Van de Vijver, Fontaine, & Schittekatte, 2007; Van de Vijver, Schittekatte, & Fontaine, 2016). Duizenden afnames bij allochtone leerlingen wijzen op een systematische bias, met name een gemiddelde onderschatting van 10 à 15 IQ-

⁸ Dezelfde tekortkomingen in het Vlaamse normeringsonderzoek zijn van toepassing voor zowel Bayley-III-NL als Bayley-III-SNA. Zie punt 7.4.2. voor de aandachtspunten die in acht dienen genomen te worden bij de interpretatie van de testresultaten.

punten. Er blijken aanwijzingen van concrete gevoelige items waarbij bijvoorbeeld etnische bias, taalkennis en testvertrouwdheid de belangrijkste verklaringen vormen. Onderzoek over en met de Gentse Acculturatie Schaal (GACS) toont het belang aan van acculturatie voor diagnostiek bij allochtone kinderen (zie bv. <http://www.ugent.be/pp/nl/diensten/testpracticum/testmanager>). 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 van IQ en aanpassing? Ook al kan men deze vragen niet ondubbelzinnig beantwoorden, duidelijk is wel dat de problemen van diagnostiek van intelligentie bij allochtonen niet simpel op te lossen zijn door enkel van performale tests gebruik te maken (zie ook Schittekatte & Hurks, 2015). Het huidige onderzoek naar acculturatie bevestigt bovendien dat het riskant is allochtone kinderen als één groep te beschouwen en te vergelijken met Nederlandse of Vlaamse kinderen. Binnen de groep allochtonen zijn er grote verschillen in de mate van behoud van de eigen cultuur en aanpassing aan de meerderheidscultuur. Bij allochtone kinderen 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 allochtone 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 allochtone kleuters 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 de sociale aanpassing. 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 (bv. COS, CLB of buitenlandse diagnostische instanties) of van voorzieningen binnen de jeugdhulpverlening (bv. residentiële voorzieningen, dagopvang). Het kunnen ook officiële verslagen voor bijkomende tegemoetkomingen zijn (bv. 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 bevragen bij de ouders zelf. 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.

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, bachelor;
 - ...

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 gaat over de kwaliteitsvolle uitvoering van het diagnostisch proces. De opzet volgt een chronologische volgorde beginnend met het intakegesprek en eindigend met de verslaggeving. Als onderdeel hiervan bevat paragraaf 7.4 een uitgebreide analyse van de verschillende onderzoeksinstrumenten en onderzoeksmethoden.

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, 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, Hombroux, Janssens, Lambert, & Wouters, 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

Na de gegevensverzameling bij de aanmelding en de intake volgt een kritische reflectie door de diagnosticus over deze gegevens (Vertommen, Ter Laak, & Bijttebier, 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, etcetera. 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, algemeen wetenschappelijke kennis. Overleg met een 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 in 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 beantwoord zullen worden, wie de mogelijke (mede)onderzoekspartners zijn, wat de verdere stappen zijn en hoe 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/ 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;
- ontwikkelingsstoornis als autismespectrumstoornis, spraak- en taalontwikkelingsstoornis (ontwikkelingsdysfasie, kinderafasie), coördinatieontwikkelingsstoornis, ADHD, specifieke leerstoornis, ...;
- gedrags- of emotionele stoornis (stemmingsstoornis, angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, 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 aan de intake, informatie verzameld voor:

- 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: intelligentietest en instrument voor adaptief gedrag;
- klinisch medisch onderzoek met minimaal: huidige gezondheidstoestand, biometrische gegevens, morfologische kenmerken en anamnese.

7.4.2 Intelligentie

Inleiding

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 beperking⁹ 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 psycho-pedagogische discipline (master Psychologie of Pedagogische Wetenschappen of bachelor Toegepaste Psychologie).

We geven hieronder een lijst van instrumenten die toelaten om het intellectuele of cognitieve functioneren te meten bij kinderen, jongeren en volwassenen (Vlaamse situatie, november 2016). 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 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 (2006, p. 136) 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 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

⁹ Een mogelijke schattingsprocedure van intelligentie-onderzoek 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).

literatuur (e.g., Schittekatte, 2000).

Instrumentarium & kwalificatie

De kwalificaties werden geadviseerd door de Commissie Psychodiagnostiek van de BFP/FBP (Belgische Federatie voor Psychologen/Fédération Belge des Psychologues; zie <https://www.bfp-fbp.be/psychodiagnostiek-0>).

De belangrijkste informatiebronnen waren het CAP-Vademecum (Magez, Bos, De Cleen, Rauws, & Geerinck, 2012; online te raadplegen via <http://www.cap-vademecum.be>) en de evaluaties door de 'COTAN' (zie <http://www.cotandocumentatie.nl>).

Toelichting bij de kwalificatie van intelligentietests: Q(uality)

Scan:

De categorieën A+, A, B, C en D¹⁰ (uitstekend, goed, voldoende, 'met reserve(s)', onvoldoende) van de kwalificatie verwijzen expliciet naar de psychometrische kwaliteiten van de test, in het bijzonder met aandacht voor 'al dan niet gebruik' van Vlaamse steekproeven voor normen, betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek. Ook de evaluatie van de representativiteit van die steekproeven en een inschatting van de recentheid van de dataverzameling spelen een belangrijke rol bij de evaluatie.

Een tweede kwalificatiecategorie verwijst naar de meetpretentie (zie de herziening van het CAP-Vademecum, in december 2012 verschenen) 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) specifieke intelligentietest (toetst één of verschillende BCV, toetst daarbij eventueel Gf/Gq of Gc, maar niet beide samen).

In verband met de evaluatie van de meest recent gepubliceerde IQ-tests volgende toelichtingen:

- De 'nieuwe' WAIS (WAIS-IV-NL) krijgt in dit beoordelingssysteem de kwalificatie 'A (a)'; 'A' vanwege acceptabele Vlaamse normen, maar geen 'A+' vanwege onduidelijkheden in verband met de representativiteit vooral bij de jongste groep; '(a)': vanwege het meten van meerdere brede cognitieve vaardigheden.
- De 'nieuwe' SON (SON-R 6-40) krijgt in dit beoordelingssysteem de kwalificatie 'B (s)'; 'B' vanwege geen Vlaamse normen, '(s)' vanwege

maar 2 brede cognitieve vaardigheden die worden gemeten, met name Gf: 2 subtests en Gv: 2 subtests, maar niet Gc.

- De WNV-NL krijgt 'B (s)' als evaluatie; 'B' vanwege Vlaamse normen maar representativiteit onduidelijk, '(s)': er worden 3 brede cognitieve vaardigheden gemeten, met name Gf: 1 subtest en Gs: 1 subtest en Gv: 2 subtests, maar evenmin wordt Gc getoetst.

Een restrictie bij deze kwalificatie is dat instrumenten met een laatste versie van voor 1970 buiten beschouwing gelaten worden. In de recentste COTAN-richtlijnen (Evers, Lucassen, Meijer, & Sijtsma, 2009, p. 21) wordt van 'slijtage' van de normen gesproken bij tests waarbij het hernormingsonderzoek meer dan 15 jaar op zich laat wachten na het afsluiten van de vorige normering; na nog eens vijf jaar zonder dergelijk onderzoek wordt de kwalificatie 'wegens veroudering zijn de normen niet meer bruikbaar'. Ook in Vlaanderen werd al overeengekomen dat een normering van 20 jaar of ouder, in het bijzonder voor intelligentietests, als 'slecht' kan worden beschouwd (Magez & Stinissen, 2001, p.12). Bij de beoordeling van instrumenten werd deze richtlijn dan ook gehanteerd. Ze vormde een belangrijke en voldoende reden om het label 'onvoldoende' voor een instrument toe te kennen. De laatste jaren is het belang van normeringen en validering specifiek in representatieve Vlaamse populaties toegenomen (zie o.a. Evers et al., 2012; Schittekatte, 2012; Schittekatte et al., 2011).

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; bij de differentiëring qua kwalificatie tussen de labels 'uitstekend', 'goed' en 'voldoende' was dit het belangrijkste criterium.

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.

Indien een test met A(+)-kwalificatie voorhanden is, moet men kiezen voor deze test. Een test met een lagere kwalificatie mag enkel gekozen worden als daarvoor een goede motivatie kan worden gegeven (bijvoorbeeld, keuze voor de Bayley-III-NL¹¹ wegens de leeftijd of het functioneringsniveau van de cliënt).

¹⁰ Zoals blijkt uit de syntheses van de kwalificatie van de instrumenten (tabellen p. 20 en p. 43) werd categorie A+ (uitstekend) aan geen enkele intelligentietest toegekend, en werden de categorieën A+ (uitstekend), A (goed) en B (voldoende) aan geen enkel instrument adaptief gedrag toegewezen. In het overzicht van de testfiches van intelligentie en adaptief gedrag werden deze labels dan ook weggelaten. De evaluatiecategorieën blijven echter bestaan voor de beoordeling van toekomstige instrumenten.

¹¹ Let wel op de restricties van dit instrument, zie infofiche Bayley-III-NL.

Synthese van de kwalificatie van individuele IQ-tests in Vlaanderen door de Commissie Psychodiagnostiek van de BFP (voorzitter, Mark Schittekatte) versie 6.1, d.d. november 2016

Algemene intelligentietest

Specifieke intelligentietest

A+. Uitstekend

- geen

- geen

A. Goed

- **CoVat-CHC Basisversie:** Cognitieve VaardigheidsTest volgens het CHC-model
- **KAIT-NL:** Kaufman Intelligentietest voor Adolescenten en Volwassenen
- **RAKIT-2:** Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentietest
- **WAIS-IV-NL:** Wechsler Adult Intelligence Scale
- **WISC-III-NL:** Wechsler Intelligence Scale for Children
- **WPPSI-III-NL:** Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (+4j)

- **K-SNAP-NL:** Kaufman – Neuropsychologische Screening
- **WPPSI-III-NL:** Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (-4j)

B. Voldoende

- geen

- **SON-R 6-40:** Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest
- **WNV-NL:** Wechsler Non Verbal Scale of Ability

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

- **GOS 2½-4½:** Groningse ontwikkelingsschalen

- **Bayley-III-NL:** Bayley Scales of Infant and Toddler Development
- **BSID-II-NL:** Bayley Scales of Infant Development
- **MSEL:** Mullen Scale of Early Learning
- **Raven SPM:** Raven Standard Progressive Matrices
- **SON-R 2½-7:** Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest
- **SON-R 5½-17:** Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest

D. Onvoldoende

- **BgT:** Berenschot 'G' test
- **GIT-2:** Groninger Intelligentie Test 2
- **IST:** Intelligentie Structuur Test
- **LDT:** Leidse Diagnostische Test
- **LEM:** Leertest Etnische Minderheden
- **MOS:** McCarthy Ontwikkelingsschaal
- **RAKIT:** Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test
- **Stutsman**
- **Terman-Merrill**
- **WAIS, WAIS-R, WAIS-III:** Wechsler Adult Intelligence Scale
- **WISC-R:** Wechsler Intelligence Scale for Children
- **WPPSI-R:** Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence

- **DOS:** Denver Ontwikkelingsschaal
- **Draw-a-person of de Menstekening**
- De proef van **GOODENOUGH**
- **LIPS:** Leiter International Performance Scale
- **Uzgiris-Hunt Ordinal Scales of Psychological Development**

Geen label

- **WISC-V-NL:** (in ontwikkeling): Wechsler Intelligence Scale for Children

- **COVAAR-II:** Cognitieve vaardigheidstest voor anderstalige nieuwkomers

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

- CoVaT-CHC Basisversie
 - KAIT-NL
 - K-SNAP-NL
 - RAKIT-2
 - WAIS-IV-NL
 - WISC-III-NL
 - WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

- SON-R 6-40
- WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

- Bayley-III-NL
- BSID-II-NL
- GOS 2½-4½
- MSEL
- Raven SPM
- SON-R 2½-7
- SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- WISC-V-NL (in ontwikkeling)
- COVAAR-II

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

Inhoud

De CoVaT-CHC Basisversie is een algemene intelligentietest die ontwikkeld werd volgens het Cattell-Horn-Carroll (CHC) model (zie ook bijlage). 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 de modules Gf (vloeiende intelligentie), Gc (gekristalliseerde intelligentie), Gv (visuele informatieverwerking) en Gsm/ Gs (kortetermijngeheugen/verwerkingssnelheid).

Afnameduur

± 1 - 1.5 uur.

De test kan zowel individueel als groepsgewijs afgenomen worden in het gewoon en buitengewoon onderwijs. Bij belangrijke beslissingen is een individuele afname vereist.

Normering/doelgroep

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, waarvan 2940 uit het regulier onderwijs en 770 uit het buitengewoon onderwijs. Er werden 3071 leerlingen opgenomen in de leeftijdsnormering.

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 voor jongere kinderen (< 10 jaar) en volwassenen.

Beoordeling

De ontwikkeling van de CoVaT-CHC wordt beschouwd als baanbrekend voor Vlaanderen, aangezien er tot nu nog geen Vlaamse CHC-intelligentietest beschikbaar was. Het is een theoretisch sterke IQ-test met een brede meetpretentie. Een voorlopige A(a) kwalificatie werd toegekend vanwege acceptabele normen, aanwijzingen van bepaalde vormen van voldoende betrouwbaarheid en validiteit. Een reeks aanvullende onderzoeken om de psychometrische waarde nog te verhogen zijn nog noodzakelijk, maar deze zijn gepland op korte en middellange termijn.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie

- KAIT-NL
- K-SNAP-NL
- RAKIT-2
- WAIS-IV-NL
- WISC-III-NL
- WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
BSID-II-NL
GOS 2½-4½
MSEL
Raven SPM
SON-R 2½-7
SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)
COVAAR-II

KAIT-NL: Kaufman Intelligentietest voor Adolescenten en Volwassenen - Neder- landstalige bewerking (Mulder, Dekker, & Dekker, 2004)

Inhoud

De KAIT is gebaseerd op de integratie van drie modellen over intelligentie:

- de theorie van Horn en Catell;
- het neuropsychologisch model van Luria (planningsvaardigheden);
- de opvattingen van Piaget (niveau van formeel-logische operaties).

De testbatterij omvat een Crystallized schaal en een Fluid schaal aangevuld met 2 geheugentests. De KAIT bevat een kernbatterij (6 subtests) en een uitgebreide batterij (kernbatterij + 4 subtests).

Crystallized subtests

De subtests van de Crystallized schaal meten verworven concepten of uitgekristalliseerde kennis die afhankelijk is van scholing en culturele ontwikkeling: subtest 1 Definities (kernbatterij), subtest 4 Auditief Begrip (kernbatterij), subtest 6 Dubbele Betekenissen (kernbatterij), subtest 10 Persoonlijkheden (alternatieve subtest).

Fluid subtests

De subtests van de Fluid schaal meten het vermogen om nieuwe problemen op te lossen: subtest 2 Symbolen Leren (kernbatterij), subtest 3 Logisch Redeneren (kernbatterij), subtest 5 Geheime Codes (kernbatterij), subtest 9 Geheugen voor Blokpatronen (alternatieve subtest).

Subtests uitgestelde reproductie

De uitgestelde reproductie subtests zijn maten voor het episodisch geheugen: subtest 7 Symbolen Leren, subtest 8 Auditief Begrip.

De KAIT levert ons informatie over een aantal dezelfde en een aantal andere cognitieve bekwaamheden dan diegene die de WAIS-III meet. We beschouwen dit als een meerwaarde voor het intelligentieonderzoek ('crossbatterij'-benadering)

Afnameduur

± 1 - 1.5 uur.

Normering/doelgroep

- 14 tot 85 jaar en ouder
- normen voor 16 leeftijdscategorieën (voor de sub-schalen) en 12 leeftijdscategorieën (voor de totale score)
- standaardscores (M = 10, SD = 3)
- IQ (M = 100, SD = 15)

De KAIT is genormeerd op 338 Vlamingen tussen 14 en 85+. Er zijn afzonderlijk normen voor Vlaanderen.

COTAN-beoordeling 2005

Criterium	Score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit testmateriaal	Goed
Kwaliteit handleiding	Goed
Normen	Voldoende
Betrouwbaarheid	Goed*
Begripsvaliditeit	Goed
Criteriumvaliditeit	Onvoldoende

* De betrouwbaarheid van de subtest Auditief begrip (uitgestelde reproductie) is 'onvoldoende'.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie

KAIT-NL

- K-SNAP-NL

RAKIT-2

WAIS-IV-NL

WISC-III-NL

WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40

WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL

BSID-II-NL

GOS 2½-4½

MSEL

Raven SPM

SON-R 2½-7

SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)

COVAAR-II

K-SNAP-NL: Kaufman – Neuropsychologische Screening - Nederlandstalige bewerking (Mulder, Dekker, & Dekker, 2005)

Inhoud

De K-SNAP-NL is een Nederlandstalige bewerking van de Kaufman - Short Neuropsychological Assessment Procedure. De K-SNAP bestaat uit vier subtests, waarmee het cognitief functioneren op drie niveaus van complexiteit kan worden beoordeeld, overeenkomstig de drie functionele eenheden in het model van Luria.

- Niveau I: aandacht en oriëntatie.
- Niveau II: waarnemen en geheugen, auditieve en visuele informatie, sequentiële en simultane informatieverwerking.
- Niveau III: planning, opstellen van een plan van aanpak, uitvoeren en het resultaat controleren.
- Naast de vier subtestscores zijn er enkele samengestelde scores en een Stoornis Index.

Afnameduur

25 - 30 minuten.

Normering/doelgroep

990 (652 Nederlandse en 338 Vlaamse) adolescenten en volwassenen tussen 14 en 85 jaar werden in de normgroep opgenomen, met een acceptabele mate van representativiteit. Er werden 12 leeftijdsgroepen onderscheiden.

COTAN-beoordeling 2006

Criterium	Score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Voldoende
Betrouwbaarheid	Voldoende
Begripsvaliditeit	Goed
Criteriumvaliditeit	Onvoldoende

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie

KAIT-NL

K-SNAP-NL

▪ RAKIT-2

WAIS-IV-NL

WISC-III-NL

WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40

WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL

BSID-II-NL

GOS 2½-4½

MSEL

Raven SPM

SON-R 2½-7

SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)

COVAAR-II

RAKIT-2: Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentietest, 2de editie (Resing, Bleichrodt, Drenth, & Zaal, 2012)

Inhoud

De RAKIT-2 geeft naast een totaal IQ ook informatie over de Perceptuele Redeneerfactor, Verbale Leerfactor, Ruimtelijk Oriëntatiefactor en Verbale Vlotheidsfactor.

De test bestaat uit 12 subtests:

1. Figuur Herkennen: onvolledige tekeningen van concrete, alledaagse onderwerpen die benoemd moeten worden (60 items).
2. Exclusie: vier plaatjes (abstracte figuren), waarvan er één niet bij hoort (65 items).
3. Geheugenspan: reeks figuren in oplopend aantal (van twee tot zeven) die getoond wordt en waarvan de volgorde onthouden moet worden (concreet deel met herkenbare figuren en abstract gedeelte met moeilijk te benoemen figuren, beide 22 items).
4. Woordbetekenis: na het noemen van een woord moet het bijpassende plaatje worden aangewezen (65 items).
5. Doolhoven: reliëfvormige doolhoven, waarbij zo snel mogelijk van het begin- naar het eindpunt moet worden 'gelopen' met een pen (14 items).
6. Analogieën: toepassen van een analogische redeneerregel op een nieuw woordpaar (32 items).
7. Kwantiteit: aan de hand van afbeeldingen vergelijkingen maken in aantal, volume, lengte, afstand, gewicht, oppervlakte en kansen (71 items).
8. Schijven: 18 schijven (twee lagen van negen) met twee, drie en vier gaatjes moeten zo snel mogelijk op een bord met pennen worden geplaatst.
9. Namen Leren: onthouden en reproduceren van betekenisvolle (bijvoorbeeld 'Streepje' voor een poes) en willekeurige namen (bijvoorbeeld 'Glupie') van dieren aan de hand van tekeningen (14 items).

10. Verborgene Figuren: in een complexe tekening moet een verborgen figuur worden ontdekt, waarbij een keuze kan worden gemaakt uit zes antwoordalternatieven (54 items).
11. Ideeënproductie: het geven van zoveel mogelijk realistische antwoorden op een open vraag (5 items).
12. Vertelplaat: naar aanleiding van een complexe scène aangeven wat er gebeurt en wat er mogelijk in de toekomst zal gebeuren (2 items).

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, Drenth, Zaal, & Resing, 1984). Het instrument kan gebruikt worden voor individueel diagnostisch onderzoek of voor het bepalen van intelligentie en intelligentiefacetten.

Afnameduur

Ongeveer 2 - 2.5 uur; verkorte versie 60 - 75 minuten.

Normering/doelgroep

Leerlingen in het kleuter en lager (ook buitengewoon) onderwijs van 4 tot en met 12 jaar en 6 maanden, speciaal geschikt voor kinderen met lagere cognitieve capaciteiten, omdat de test een bereik heeft tot een IQ van 40.

Om de ruwe subtestscores te kunnen verwerken naar standaardscores (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 'papierene' normtabellen uitgegeven. De standaardscores 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 standaardscores van de subtests Exclusie,

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

- CoVat-CHC Basisversie
- KAIT-NL
- K-SNAP-NL
- RAKIT-2
- WAIS-IV-NL
- WISC-III-NL
- WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

- SON-R 6-40
- WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

- Bayley-III-NL
- BSID-II-NL
- GOS 2½-4½
- MSEL
- Raven SPM
- SON-R 2½-7
- SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- WISC-V-NL (in ontwikkeling)
- COVAAR-II

Woordbetekenis, Schrijven, Namen Leren, Verborgene Figuren en Ideeënproductie.

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).

COTAN-beoordeling 2013

criterium	score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Voldoende*
Betrouwbaarheid	Goed**
Begripsvaliditeit	Voldoende
Criteriumvaliditeit	Goed

* De beoordeling betreft uitsluitend de Nederlandse normen. Vanwege een hogere standaardfout is voorzichtigheid geboden bij het gebruik voor kinderen in de uiterste leeftijdsgroepen. Tevens is bij de leeftijdsgroep 12:0 tot 12:6 het aantal leerlingen te gering en is de representativiteit niet gewaarborgd omdat er geen leerlingen uit het voortgezet onderwijs aan het onderzoek hebben deelgenomen.

** De betrouwbaarheden van het IQ, ook het verkorte IQ, zijn goed voor belangrijke beslissingen op individueel niveau. Voor minder belangrijke beslissingen op individueel niveau zijn de betrouwbaarheden van de factorscores goed en van de subtests voldoende tot goed, met uitzondering van de subtests Schrijven en Vertelplaat, waarvan de betrouwbaarheden bij sommige leeftijdsgroepen onvoldoende zijn.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie

KAIT-NL

K-SNAP-NL

RAKIT-2

- WAIS-IV-NL
- WISC-III-NL
- WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40

WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL

BSID-II-NL

GOS 2½-4½

MSEL

Raven SPM

SON-R 2½-7

SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)

COVAAR-II

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

Inhoud

De WAIS-IV-NL meet de algemene intelligentie, het IQ, van adolescenten en volwassenen. De vijftien subtests van de WAIS-IV-NL meten uiteindelijk de factoren Verbaal Begrip, Perceptueel Redeneren, Werkgeheugen en Verwerkingssnelheid.

Bij het ontwikkelen van de WAIS-IV-NL zijn een aantal veranderingen gemaakt ten opzichte van de WAIS-III-NL. Zo is bijvoorbeeld de theoretische basis vernieuwd en uitgebreid. Ook is de WAIS-III factor en indexstructuur veranderd en is er een verbeterde meting van 'fluid' reasoning, werkgeheugen en verwerkingssnelheid mogelijk. Daarnaast is de klinische bruikbaarheid van het instrument vergroot door bijvoorbeeld het vergemakkelijken van het taalniveau van de instructies en het verwijderen van de subtest 'Plaatjes Ordenen'. Ook is er voor gekozen de invloed van motorische vaardigheden en snelheid te verkleinen en de invloed van een slecht gehoor op de subtests uit te sluiten. Ook zijn de visuele stimuli vergroot. Dit zorgt er ook voor dat de toepasbaarheid van de WAIS-IV-NL voor het meten van ontwikkeling verbeterd is, mede door het toevoegen van demonstratie- en oefenitems. Als laatste zijn ook de psychometrische eigenschappen verbeterd; er zijn vernieuwde normen, uitgebreidere TIQ (totaal IQ) ranges, verminderde vloer- en plafondeffecten en verbeterde factorscores.

Afnameduur

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.

Normering

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 10 leeftijdsgroepen verdeeld over de leeftijden 16:0 tot 84:11. Voor 3 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.

COTAN-beoordeling 2012

Criterion	Score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Voldoende
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Voldoende
Betrouwbaarheid	Goed*
Begripsvaliditeit	Voldoende
Criterionvaliditeit	Onvoldoende

* De beoordeling 'goed' betreft de indexscores en de totaalscore. De betrouwbaarheid is 'voldoende' voor de kernsubtests en de aanvullende subtests en 'onvoldoende' voor de processcores.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

- CoVat-CHC Basisversie
- KAIT-NL
- K-SNAP-NL
- RAKIT-2
- WAIS-IV-NL
- WISC-III-NL
- WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

- SON-R 6-40
- WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

- Bayley-III-NL
- BSID-II-NL
- GOS 2½-4½
- MSEL
- Raven SPM
- SON-R 2½-7
- SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- WISC-V-NL (in ontwikkeling)
- COVAAR-II

WISC-III-NL: Wechsler Intelligence Scale for Children, 3de editie - Nederlandstalige bewerking (Kort et al., 2005)

Inhoud

- Verbale schaal: Informatie, Overeenkomsten, Rekenen, Woordkennis, Begrijpen, Cijferreeksen.
- Performale schaal: Onvolledige Tekeningen, Substitutie, Plaatjes Ordenen, Blokpatronen, Figuur Leggen, Symbolen Vergelijken, Doolhoven.

Er worden drie factoren onderscheiden: Verbaal Begrip, Perceptuele Organisatie, Verwerkingssnelheid.

Afnameduur

± 1.5 - 2 uur.

Normering/doelgroep

- N = 1238, waarvan 341 Vlaamse jongeren
- van 6:0 tot 16:11 jaar
- normen per 4 maanden
- standaardscores (M = 10, SD = 3)
- IQ (M = 100, SD = 15)

Vlaamse evaluatie

Voor Vlaanderen is de Nederlandse aanpassing van de WISC-III geschikt voor de gebruiksdoelen die voorzien zijn door de uitgever (individueel intelligentieonderzoek van kinderen van 6 tot en met 16 jaar) en door gebruikers die voldoen aan de vereisten vastgelegd door de uitgever (gekwalficeerde psychologen en pedagogen).

Opmerking: in Wallonië is de WISC-IV al geadapteerd en kwalitatief genormeerd maar deze versie werd 'overgeslagen' in Vlaanderen en Nederland. De

Nederlandstalige WISC-V is in ontwikkeling, de normering begon in september 2016. De test zal te koop zijn vanaf, vermoedelijk, eind 2017/begin 2018.

COTAN-beoordeling 2013

Criterium	Score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Voldoende
Betrouwbaarheid	Voldoende*
Begripsvaliditeit	Voldoende
Criteriumvaliditeit	Onvoldoende

* Interpretatie op subtestniveau wordt afgeraden vanwege de lage betrouwbaarheid van enkele subtests.

Toelichting:

- De kwaliteit van de ter beschikking gestelde documentatie is goed; het testmateriaal zelf verdient de kwalificatie 'uitstekend'.
- De normen en referentiegroepen zijn adequaat. Een omvangrijke steekproef, gestratificeerd naar leeftijd, geslacht, regio en schooltype werd bij het bepalen van de normscores betrokken.
- De begripsvaliditeit werd onderzocht aan de hand van de intercorrelaties tussen de schalen en exploratieve factoranalyses. De resultaten van dit onderzoek zijn goed. Ook de criteriumvaliditeit werd nagegaan; deze kan adequaat genoemd worden. Er werd voorlopig enkel concurrente validiteit onderzocht waarbij één soort criterium gebruikt werd, namelijk schoolresultaten. De mediaanscores van de correlaties tussen testresultaten en dit criterium zijn evenwel goed.
- De betrouwbaarheid verdient de beoordeling 'goed'.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie

KAIT-NL

K-SNAP-NL

RAKIT-2

WAIS-IV-NL

WISC-III-NL

- WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40

WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL

BSID-II-NL

GOS 2½-4½

MSEL

Raven SPM

SON-R 2½-7

SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)

COVAAR-II

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

Inhoud

De WPPSI-III-NL is een intelligentietest voor kinderen van 2 jaar en 6 maanden tot en met 7 jaar en 11 maanden (2:6 - 7:11). De testbatterij voor de jongste leeftijdsgroep (2:6 - 3:11) bestaat uit 4 kernsubtests (Receptieve Woordenschat, Informatie, Blokpatronen, Figuur Leggen) en 1 aanvullende subtest (Plaatjes Benoemen). Bij de oudere leeftijdsgroep (4:0 - 7:11) worden 7 kernsubtests afgenomen (Woordenschat, Informatie, Woord Redeneren, Blokpatronen, Matrix Redeneren, Plaatjes Concepten, Substitutie) en kunnen 5 aanvullende subtests (Symbool Zoeken, Begrijpen, Onvoldedige Tekeningen, Overeenkomsten, Figuur Leggen) worden afgenomen plus 2 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).

Afnameduur

Het afnemen van de kernsubtests bij de jongste kinderen wordt geschat op 30 à 35 minuten en verlengd met 5 à 7 minuten wanneer Plaatjes Benoemen afgenomen wordt. Voor de oudste leeftijdsgroep wordt de afnametijd geschat op 40 à 50 minuten en verlengd tot ± 1.5 uur voor de afname van alle subtests.

Normering

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. Er zijn drie normtabellen: voor Nederlandse en Vlaamse kinderen en een gecombineerde tabel.

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.

Genormeerd op 1148 kinderen uit Nederland, 524 kinderen uit Vlaanderen en een totale steekproef van 1672 kinderen. De kinderen zijn geworven bij kinderdagverblijven en scholen.

Opmerking: in september 2016 werd de Nederlandstalige adaptatie van de WPPSI-IV aangevat met het doel in 2020 het onderzoek af te ronden.

COTAN-beoordeling 2010

Criterium	Score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Voldoende
Betrouwbaarheid	Voldoende
Begripsvaliditeit	Goed
Criteriumvaliditeit	Voldoende

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
 KAIT-NL
 K-SNAP-NL
 RAKIT-2
 WAIS-IV-NL
 WISC-III-NL
 WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

- SON-R 6-40
 WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
 BSID-II-NL
 GOS 2½-4½
 MSEL
 Raven SPM
 SON-R 2½-7
 SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)
 COVAAR-II

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

Inhoud

De test bestaat uit vier onderdelen:

- **Analogieën:** een figuur ondergaat een verandering. Op een andere figuur moet een soortgelijke verandering worden toegepast. Uit vier alternatieven wordt het juiste antwoord gekozen.
- **Mozaïeken:** met behulp van zes verschillende soorten vierkantjes moet een mozaïekpatroon in een kader worden nagelegd.
- **Categorieën:** drie plaatjes hebben een gemeenschappelijk kenmerk. Uit een reeks van vijf plaatjes moeten er twee gekozen worden die ook dat kenmerk bezitten.
- **Patronen:** uit een regelmatig lijnpatroon ontbreekt een stuk dat getekend moet worden.

Afnameduur

Ongeveer één uur.

Normering/doelgroep

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.

Het normeringsonderzoek van de SON-R 6-40 in Nederland en Duitsland is in 2009 gestart en in 2011 afgerond. De Nederlandse normen zijn gebaseerd op een representatieve steekproef in Nederland en Duitsland van samen ongeveer 2000 personen.

COTAN-beoordeling 2010

criterium	score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Goed
Betrouwbaarheid	Goed
Begripsvaliditeit	Goed*
Criteriumvaliditeit	Goed

* Voor de leeftijdsgroep 18-40 is minder validiteitsonderzoek beschikbaar, waardoor de begripsvaliditeit voor deze leeftijdsgroep als 'voldoende' is beoordeeld.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
 KAIT-NL
 K-SNAP-NL
 RAKIT-2
 WAIS-IV-NL
 WISC-III-NL
 WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
 • WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
 BSID-II-NL
 GOS 2½-4½
 MSEL
 Raven SPM
 SON-R 2½-7
 SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)
 COVAAR-II

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

Inhoud

De WNV-NL 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. De test is geschikt voor twee leeftijdscategorieën, namelijk 4 t/m 7 jaar en 8 t/m 21 jaar, waarbij verschillende subtests worden afgenomen.

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

De test wordt individueel afgenomen en geschiedt volgens de pen-en-papiermethode. De test leidt tot één IQ-score. Ook kunnen de verschillende subtesten afzonderlijk geïnterpreteerd worden.

Afnameduur

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

Normering/doelgroep

De normen van de WNV-NL zijn gebaseerd op een steekproef van ca. 1700 kinderen uit Nederland en Vlaanderen, maar zeker voor Vlaanderen kunnen er vragen gesteld worden bij de representativiteit van de steekproef. De non-verbale Wechsler IQ-test is bedoeld voor kinderen en adolescenten van 4 tot en met 21 jaar. Instructie is vrijwel zonder gesproken taal. De test werd speciaal ontwikkeld voor kinderen met communicatieve beperkingen en kinderen met een allochtone achtergrond.

COTAN-beoordeling 2009

Criterium	Score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Goed
Betrouwbaarheid	Voldoende*
Begripsvaliditeit	Goed
Criteriumvaliditeit	Voldoende

* Deze beoordeling betreft de totaalscore (van de volledige versie), de betrouwbaarheid van de scores op de subtests is 'onvoldoende'.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
 KAIT-NL
 K-SNAP-NL
 RAKIT-2
 WAIS-IV-NL
 WISC-III-NL
 WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
 WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

- Bayley-III-NL
- BSID-II-NL
- GOS 2½-4½
- MSEL
- Raven SPM
- SON-R 2½-7
- SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)
 COVAAR-II

Bayley-III-NL: Bayley Scales of Infant and Toddler Development, 3de editie - Nederlandstalige bewerking (Van Baar, Steenis, Verhoeven, & Hesen, 2014)

Inhoud

De Bayley-III-NL is de herziene versie van de BSID-II-NL. Het instrument brengt de vroegkinderlijke ontwikkeling van kinderen vanaf 16 dagen tot en met 42 maanden en 15 dagen in kaart aan de hand van 5 schalen:

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

Afnameduur

30 - 90 minuten.

Normering/doelgroep

- van 16 dagen tot en met 42 maanden 15 dagen
- dagnormen via digitaal scoringsprogramma
- Indexscores (M = 100, SD = 15)

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. Onderstaande COTAN-beoordeling is gebaseerd op het Nederlandse normeringsonderzoek.

COTAN-beoordeling 2015

Criterium	Score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Goed
Betrouwbaarheid	Voldoende
Begripsvaliditeit	Voldoende
Criteriumvaliditeit	Onvoldoende

Vlaamse evaluatie

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. Volgende aandachtspunten zijn van belang.

- Er is in de Vlaamse normeringssteekproef sprake van een ondervetegenwoordiging van allochtone kinderen 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 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.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
 KAIT-NL
 K-SNAP-NL
 RAKIT-2
 WAIS-IV-NL
 WISC-III-NL
 WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
 WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
 ▪ BSID-II-NL
 GOS 2½-4½
 MSEL
 Raven SPM
 SON-R 2½-7
 SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)
 COVAAR-II

BSID-II-NL: Bayley Scales of Infant De- velopment, 2de editie - Nederlandstalige bewerking (van der Meulen, Ruiter, Lutje Spelberg, & Smrkovsky, 2004)

Inhoud

- Mentale schaal (178 items)
 - Visuele en Auditieve Informatieverwerking
 - Oog-handcoördinatie
 - Imitatie
 - Taalontwikkeling
 - Geheugen
 - Probleemoplossend Vermogen
- Motorische schaal (111 items)
- Gedragsobservatieschaal (30 items)

Afnameduur

30 à 60 minuten.

Normering/doelgroep

- van 1 tot 42 maanden
- normen per maand
- mentale ontwikkelingsindex (M = 100, SD = 15; deze index is vergelijkbaar met het IQ)
- ontwikkelingsleeftijd

Extra

- totale ontwikkelingsindex (= alle items)
- non-verbale ontwikkelingsindex (= alle items behalve verbale items);
- flexibele afnamevolgorde
- drempel- en plafondregels

COTAN-beoordeling 2006

criterium	score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Voldoende*
Betrouwbaarheid	Voldoende**
Begripsvaliditeit	Voldoende
Criteriumvaliditeit	Onvoldoende

* De normen zijn verouderd. De 'voldoende' voor de normen geldt alleen bij gebruik van het scoringsprogramma; bij gebruik van de normtabellen, met name onder de leeftijd van 12 maanden, is de beoordeling van de normen 'onvoldoende'.
 ** Dit oordeel geldt alleen ten aanzien van de Mentale en Motorische schalen en bij gebruik van de schaal vanaf 12 maanden; voor de niet-verbale Mentale schaal en de Gedragsobservatieschaal en voor jongere kinderen is de beoordeling van de betrouwbaarheid 'onvoldoende'.

Opmerkingen: de Mentale schaal geeft een indicatie van de cognitieve mogelijkheden, maar deze meting is theoretisch zwak; daarenboven vertoont de meting een grotere instabiliteit op lage leeftijd.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
 KAIT-NL
 K-SNAP-NL
 RAKIT-2
 WAIS-IV-NL
 WISC-III-NL
 WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
 WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
 BSID-II-NL
 • GOS 2½-4½
 MSEL
 Raven SPM
 SON-R 2½-7
 SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)
 COVAAR-II

GOS 2½-4½: Groningse ontwikkelings- schalen (Neutel, van der Meulen, & Lutje Spel- berg, 1996)

Inhoud

De GOS is een gedeeltelijke bewerking van de Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC) (Kaufman & Kaufman, 1983).

- De Simultane schaal omvat de volgende subtests: Magische Schijf, Gezichtsherkenning, Gestaltwaarneming, Driehoeken, Woordenschat, Gezichten en Plaatsen, Raadsels. Alle betreffen een simultane wijze van informatieverwerking die gekenmerkt wordt door een ruimtelijke integratie van stimuli bij het oplossen van problemen.
- De Sequentiële schaal omvat de volgende subtests: Handbewegingen, Cijfers Nazeggen, Motorische Vaardigheid, Woordvolgorde, Figuren Natekenen, Rekenen. Ze betreffen een sequentiële of seriële wijze van verwerking door de temporele aard van de stimuli.

Afnameduur

± 35 à 50 minuten.

Normering/doelgroep

- van 2:6 – 4:6 jaar
- normen per maand
- standaardcores (M = 10, SD = 3)
- ontwikkelingsindex (simultaan, sequentieel, totaal) (M = 100, SD = 15)

COTAN-beoordeling 1997

Criterium	Score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Goed
Betrouwbaarheid	Goed
Begripsvaliditeit	Goed
Criteriumvaliditeit	Onvoldoende

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
 KAIT-NL
 K-SNAP-NL
 RAKIT-2
 WAIS-IV-NL
 WISC-III-NL
 WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
 WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
 BSID-II-NL
 GOS 2½-4½
 ▪ MSEL
 Raven SPM
 SON-R 2½-7
 SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)
 COVAAR-II

MSEL: Mullen Scale of Early Learning (Mullen, 1995)

Inhoud

Algemeen cognitief en motorisch functioneren:

- Fijne Motoriek
- Grove Motoriek
- Visuele Perceptie
- Taalbegrip
- Taalproductie
- Algemene Cognitie

Afnameduur

15 - 60 minuten.

Normering/doelgroep

Kinderen in de ontwikkelingsleeftijd van 1 maand tot 5 jaar en 8 maanden. Met dit instrument wordt het algemeen cognitief en motorisch functioneren van jonge kinderen van 1 tot 68 maanden gemeten.

Opmerking: Op dit moment worden de Mullen Scales in Vlaanderen vooral in wetenschappelijk onderzoek gehanteerd en gelet op het non-verbale karakter én de kwaliteiten van het instrument kunnen normscores voor Vlaamse kinderen nog niet goed ingeschat worden. Het voordeel van de Mullen als (vroeg)kinderlijke test is het brede leeftijdsbereik en de mogelijkheid tot profielanalyse, met als gevolg dat de resultaten verfijnde aanknopingspunten voor interventie bieden.

Beoordeling

Geen COTAN-beoordeling

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
 KAIT-NL
 K-SNAP-NL
 RAKIT-2
 WAIS-IV-NL
 WISC-III-NL
 WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
 WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
 BSID-II-NL
 GOS 2½-4½
 MSEL
 ▪ Raven SPM
 SON-R 2½-7
 SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)
 COVAAR-II

Raven SPM: Raven Standard Progressive Matrices (Raven, 1938 tot 2014)

Inhoud

De test omvat vijf reeksen (A, B, C, D, en E) van 60 opgaven in totaal, die elk bestaan uit één of meer figuren. De opgaven zijn gebaseerd op verschillende figuratieve principes in de systematische samenhang van de delen of figuren. Elke reeks bevat 12 opgaven die opklimmen naar de graad van moeilijkheid in de samenhang. Aan elke opgave ontbreekt een deel of figuur. Opdracht: het ontbrekende deel of figuurtje uit zes of acht gegeven mogelijkheden zoeken, zó dat de samenhang volledig wordt. De test is als onderdeel van een grotere testbatterij geschikt als screeningsinstrument en meet vloeiende intelligentie.

Er bestaat ook een 36 item versie en de Coulored Progressive Matrices versie neemt 24 van zijn 36 items hieruit over en voegt daar kleur aan toe. De oplossingsstrategie blijft echter dezelfde. Nergens wordt de oplossing bepaald door de kleur. De Advanced Progressive Matrices versie is ontworpen voor personen ouder dan 11 jaar met een meer dan gemiddelde begaafdheid. Ook voor deze versie ontbreekt een gedegen Vlaamse normering.

Afnameduur

20 - 45 minuten.

Normering/doelgroep

Er zijn wereldwijd enorm veel normen verzameld de laatste decennia, voor alle vormen van Raven, maar vele normen zijn verouderd en er zijn geen die kunnen gebruikt worden in Vlaanderen.

COTAN-beoordeling 1986

Criterium	Score
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Onvoldoende
Betrouwbaarheid	Voldoende
Begripsvaliditeit	Voldoende
Criteriumvaliditeit	Voldoende

Opmerking: Er werd in 2014 door Pearson een SPM verkorte versie op de markt gebracht met Nederlandse normen voor 16- tot 65-jarigen. Deze versie werd door de COTAN als volgt beoordeeld (2015): uitgangspunten: goed; kwaliteit testmateriaal: goed; kwaliteit handleiding: goed; normen: voldoende; betrouwbaarheid: voldoende; begripsvaliditeit: voldoende; criteriumvaliditeit: onvoldoende.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
 KAIT-NL
 K-SNAP-NL
 RAKIT-2
 WAIS-IV-NL
 WISC-III-NL
 WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
 WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
 BSID-II-NL
 GOS 2½-4½
 MSEL
 Raven SPM
 • SON-R 2½-7
 SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)
 COVAAR-II

SON-R 2½-7: Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest (Tellegen, Winkel, Wijnberg-Williams, & Laros, 1998)

Inhoud

- Redeneertests (concreet + abstract)
 - Categorieën
 - Analogieën
 - Situaties
- Ruimtelijke tests
 - Mozaïeken
 - Puzzels
 - Patronen

Afnameduur

± 50 minuten.

Normering/doelgroep

- aanvankelijk enkel voor dove kinderen, maar wordt nu ook gebruik bij alle kinderen met problemen op vlak van taal, spraak, communicatie, o.a. taal- en spraakstoornissen, doven en slechthorenden, autisme, anderstaligen, algemene ontwikkelingsvertraging, ...
- van 2:6 tot 7:0 jaar
- normen per maand
- standaardscores (M = 10, SD = 3)
- IQ (M = 100, SD = 15)
- Referentieleeftijd per test (leeftijdsequivalent)

Extra

- geen specifieke taalkennis vereist
- instaprocedure + afbreekregel (3 fouten)
- tijdfactor

- feedback
- vrij veel crosscultureel onderzoek

COTAN-beoordeling (herbeoordeling) 2013

criterium	score
Uitgangspunten bij testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Onvoldoende*
Betrouwbaarheid	Goed
Begripsvaliditeit	Goed
Criteriumvaliditeit	Goed

* Normen niet representatief en/of representativiteit is niet te beoordelen.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
 KAIT-NL
 K-SNAP-NL
 RAKIT-2
 WAIS-IV-NL
 WISC-III-NL
 WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
 WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
 BSID-II-NL
 GOS 2½-4½
 MSEL
 Raven SPM
 SON-R 2½-7
 ■ SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)
 COVAAR-II

SON-R 5½-17: Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest (Snijders, Tellegen, & Laros, 1988)

Inhoud

Deze SON-R is ook een niet-verbale test die een breed spectrum van de intelligentie bestrijkt. Taal is zoveel mogelijk geweerd, zelfs zo dat ook de instructies niet-verbaal kunnen gegeven worden.

De test omvat 7 subtests:

1. Categorieën: voortzetten van picturale reeksen
2. Mozaïeken: soort blokpatronen
3. Zoekplaat
4. Patronen Vervolledigen
5. Situaties: er ontbreekt iets aan de situaties
6. Analogieën: een soort 'Raven' (Progressive Matrices)
7. Stripverhalen: plaatjes ordenen

Afnameduur

De totale afnameduur bedraagt ongeveer 90 minuten.
 De verkorte versie duurt ongeveer 45 minuten.

Normering/doelgroep

Deze SON is toepasbaar doorheen de lagere school en het secundair, eventueel zelfs voor jonge volwassenen. De normen waren gebaseerd op een Nederlandse proefgroep, maar zijn verouderd ondertussen.

COTAN-beoordeling 1990

Criterium	Score
Uitgangspunten bij testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Onvoldoende*
Betrouwbaarheid	Goed
Begripsvaliditeit	Goed
Criteriumvaliditeit	Goed

* Wegens veroudering zijn de normen niet meer bruikbaar.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
 KAIT-NL
 K-SNAP-NL
 RAKIT-2
 WAIS-IV-NL
 WISC-III-NL
 WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
 WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
 BSID-II-NL
 GOS 2½-4½
 MSEL
 Raven SPM
 SON-R 2½-7
 SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

- Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

WISC-V-NL (in ontwikkeling)
 COVAAR-II

Lijst onvoldoende instrumenten

De kwalificatie D werd toegekend aan de volgende instrumenten, wegens minstens een onvoldoende voor normen (i.c. verouderd en/of geen Vlaamse steekproef):

- **BgT:** Berenschot 'G' test (Hogerheijde, Roggeveen, Linde, 1973 – 1996)
- **DOS:** Denver Ontwikkelingsschaal (Cools & Hermanns, 1976)
- **Draw-a-person** of de **Menstekening**
- **GIT-2:** Groninger Intelligentie Test 2 (Luteijn & Barelds, 2004)
- De proef van **GOODENOUGH** (Goodenough, 1926; Harris, 1963)
- **IST:** Intelligentie Structuur Test (Liepmann, Beauducel, Brocke, Amthauer, & Vorst, 2014)
- **LDT:** Leidse Diagnostische Test (Schroots, Alphen-de Veer, Akkerman, Groor, et al., 1976, 1986)
- **LEM:** Leertest Etnische Minderheden (Hamers, Hessels, & van Luit, 1991)
- **LIPS:** Leiter International Performance Scale (Leiter, 1980)
- **MOS:** McCarthy Ontwikkelingsschaal (van der Meulen & Smrkovsky, 1986)
- **RAKIT:** Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test (Bleichrodt, Drenth, Zaal, & Resing, 1987)
- **Stutsman** (Stutsman, geadapteerd van de Merrill Palmer Scale of Mental Tests, 1963, 1971)
- **Terman-Merrill** (Terman & Miller, 1943; Van Herrewege, geadapteerd van de Stanford-Binet, 1980)
- **Uzgis-Hunt Ordinal Scales of Psychological Development** (Uzgis & Hunt, 1975; Kerssies, Rensen, Oppenheimer, & Molenaar, 1989).
- **WAIS, WAIS-R, WAIS III, WISC-R & WPPSI-R** (Wechsler, 1970, 1981, 2000, 1986, 1973)

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
 KAIT-NL
 K-SNAP-NL
 RAKIT-2
 WAIS-IV-NL
 WISC-III-NL
 WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
 WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
 BSID-II-NL
 GOS 2½-4½
 MSEL
 Raven SPM
 SON-R 2½-7
 SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- WISC-V-NL (in ontwikkeling)
- COVAAR-II

WISC-V-NL: Wechsler Intelligence Scale for Children, 5de editie - Nederlandsta- lige bewerking

Momenteel (september 2016 - juni 2017) loopt in Vlaanderen (N = 356) en Nederland (N = 935) de normeringsfase van de vijfde versie van de WISC. Een 'Pilot' en 'Try-out' onderzoek met bevredigende validiteits- en betrouwbaarheidsindicatoren ging hieraan vooraf. Ook werd voorafgaand het advies ingeroepen van taal- en biasexperten, met als doel het opsporen van cultuur-, geslachts- en/of regiogevoelige items. In Vlaanderen is het Vlaams Forum voor Diagnostiek de instantie die data verzamelt, met onderzoeken lopend in dat verband aan Howest, Thomas More, KU Leuven, UGent, VIVES en VUB. De steekproeftrekking hield rekening met acht variabelen (leeftijd, geslacht, regio, schoolniveau, schoolnet, socio-economische status, etniciteit en urbanisatie). De stratificatiecriteria en bijhorende streeftabellen werden uitgewerkt door het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw. We verwachten tegen eind 2017/begin 2018 de publicatie, een uitgave door Pearson.

Inhoud

Het instrument beoogt de cognitieve vaardigheden in kaart te brengen van kinderen en jongeren van 6 tot 16 jaar.

Het doel van de revisie van de WISC-IV (WISC-III-NL in Nederland/Vlaanderen) was het aansluiten bij nieuwe theoretische inzichten op het gebied van intelligentie, het up-to-date brengen van de normen, het toevoegen van nieuwe subtests en nieuwe 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 dan ook verlaten. De WISC-V-NL berekent het Totaal IQ en vier factorscores, namelijk Verbaal Begrip, Perceptuele Redeneerfactor, Werkgeheugen en Verwerkingssnelheid.

De Nederlandstalige WISC-V zal bestaan uit 14 subtests, waarvan 8 subtests ook al voorkwamen in de WISC-III-NL. Dit zijn de subtests Symbool Substitutie Coderen (Substitutie genoemd in de WISC-III-NL), Overeenkomsten, Rekenen, Blokpatronen, Woordenschat (Woordkennis genoemd in de WISC-III-NL), Begrijpen, Symbool Zoeken (Symbolen Vergelijken genoemd in de WISC-III-NL) en Cijferreeksen. Er zijn 6 nieuwe subtests geconstrueerd, waarvan een aantal al in de WAIS-IV-NL opgenomen zijn, namelijk: Matrix Redeneren (zit ook in de WPPSI-III-NL), Gewichten, Figuur Samenstellen, Cijfers en Letters Nazeggen en Figuur Zoeken. Plaatjes Reeksen is een geheel nieuwe subtest: er wordt een rijtje plaatjes getoond en het kind moet deze in volgorde onthouden en aanwijzen uit een meerkeuzeopgave met meerdere plaatjes.

Op basis van 10 subtests kan het Totaal IQ berekend worden. Ook kunnen op basis van de 14 subtests 5 indexscores berekend worden. Deze zijn:

- Verbaal Begrip
- Visueel Ruimtelijk Inzicht
- Fluïde Redeneren
- Werkgeheugen
- Verwerkingssnelheid

De indexen uit de WISC-V-NL brengen de volgende 'Broad abilities' uit het CHC-model in kaart:

- Fluid Redeneren Index -> Gf: Fluid Reasoning
- Verbaal Begrip Index -> Gc: Crystallised knowledge
- Visueel Ruimtelijk Index -> Gv: Visual processing
- Werkgeheugen Index -> Gsm: Short-term memory
- Verwerkingssnelheid Index -> Gs: Processing speed
- Auditief Werkgeheugen Index -> Ga: Auditory processing

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
KAIT-NL
K-SNAP-NL
RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WISC-III-NL
WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
BSID-II-NL
GOS 2½-4½
MSEL
Raven SPM
SON-R 2½-7
SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- WISC-V-NL (in ontwikkeling)
- COVAAR-II

Afnameduur

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

Beoordeling

Er is nog geen beoordeling aangezien het instrument nog in ontwikkeling is.

Intelligentie

Kwaliteitslabel A - goed

CoVat-CHC Basisversie
KAIT-NL
K-SNAP-NL
RAKIT-2
WAIS-IV-NL
WISC-III-NL
WPPSI-III-NL

Kwaliteitslabel B - voldoende

SON-R 6-40
WNV-NL

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar in uitzonderlijke gevallen

Bayley-III-NL
BSID-II-NL
GOS 2½-4½
MSEL
Raven SPM
SON-R 2½-7
SON-R 5½-17

Kwaliteitslabel D - onvoldoende

Lijst onvoldoende instrumenten

Geen label

- WISC-V-NL (in ontwikkeling)
- COVAAR-II

COVAAR-II: Cognitieve vaardigheidstest voor anderstalige nieuwkomers, 2de edi- tie (Magez, 2007)

Hoewel de COVAAR-II niet kan worden beschouwd als een algemene intelligentietest willen we hem hier toch vermelden omdat het een goede test is die een specifieke plaats inneemt in het instrumentarium wegens zijn bruikbaarheid bij het testen van anderstaligen.

De COVAAR-II is een psychologische test naar COgnitieve VAARdigheden. Bij deze redeneer- en leerproef heeft kennis van het Nederlands minder belang zowel bij het oplossen van de vragen, als bij het instrueren van de proefpersoon.

De test werd ontwikkeld in opdracht van de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) door een team van schoolpsychologen van de KULeuven onder leiding van Walter Magez. De oorspronkelijke versie was bedoeld in het kader van het volwassenenonderwijs; in 2006-2007 kwam er een jongerenversie uit met aangepaste normering.

7.4.3 Adaptief gedrag

Inleiding

We gaan in deze paragraaf in op de instrumenten die beschikbaar en bruikbaar zijn om adaptief gedrag te evalueren bij kinderen, jongeren en volwassenen in de Vlaamse context. We baseerden ons voor het overzicht vooral op Maes, Noens, en Maljaars (2013), Kraijer en Plas (2006), Mariën, Onghena, en Maes (2006), Resing, Evers, Koomen, en Bleichrodt (2007), Resing, Evers, Koomen, Pameijer, en Bleichrodt (2008) en de COTAN-beoordelingen.

Instrumentarium & kwalificatie

Floyd et al. (2015) en Tassé et al. (2012) maakten een review van de instrumenten voor adaptief gedrag die internationaal beschikbaar zijn. Een kwaliteitsvol instrument moet:

- een brede evaluatie mogelijk maken van conceptuele, sociale en praktische adaptieve vaardigheden;
- 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;
- automatische correcties hebben op fouten bij verwerking.

Op dit ogenblik is er in Vlaanderen helaas geen enkel instrument voor het evalueren van adaptief gedrag dat beantwoordt aan deze criteria. Er is geen enkel instrument dat het adaptief gedrag breed in kaart brengt en waarbij normgegevens voor een algemene populatie ter beschikking zijn. De beschikbaarheid van een dergelijk genormeerd instrument is nochtans van cruciaal belang voor een goede diagnosestelling.

We beperken ons daarom tot de labels:

- Voorlopig aanvaardbaar: deze instrumenten kunnen voorlopig gebruikt worden om adaptief gedrag te evalueren, zolang er geen betere alternatieven beschikbaar zijn.
- Onvoldoende: instrumenten werden als onvoldoende geclassificeerd op basis van één of meer van de volgende criteria:
 - te oud (geen aangepaste versie meer na 1995);
 - geen officiële Nederlandse versie;
 - te eng (slechts één subdomein van adaptief gedrag wordt gemeten);
 - te weinig aanwijzingen voor betrouwbaarheid en validiteit;
 - geen normeringsonderzoek.

Synthese van de kwalificatie voor de instrumenten adaptief gedrag in Vlaanderen

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

- **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**
- **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: (in ontwikkeling): Adaptive Behavior Assessment System**

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

- 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 (in ontwikkeling)

GTI: Gedragstaxatie-instrument (Vlaskamp, van der Meulen, & Smrkovsky, 1999; Vlaskamp, van der Meulen, & Zijlstra, 2002)

Inhoud

Beschrijving van 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

Doelgroep

Kinderen en volwassenen met ernstig-diep verstandelijke beperking.

Afname en scoring

De items worden deels beoordeeld op basis van directe gedragsobservatie van het kind, aangevuld met informatie door ouders en/of verzorgers van het kind. Per subschaal kan op basis van de totale itemscore een kwartielscore bepaald worden.

Beoordeling (Kraijer & Plas, 2006)

- betrouwbaarheid goed, met uitzondering van factor emotionele communicatie die slechts 3 items omvat;
- validiteit voldoende;
- normen per kwartiel, maar kleine normgroep.

Beoordeling

Geen COTAN-beoordeling

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

- 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 (in ontwikkeling)

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 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): Verzorgings-assistentieschaal en aanpassingsschaal.

Doelgroep

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 à 60 minuten. Er bestaat ook een online versie.

Er worden standaardscores berekend per schaal (M = 50, SD = 10).

Er zijn algemene populatienormen voor kinderen van 6 maanden tot 7:6 jaar.

COTAN-beoordeling 2006

criterium	score
Uitgangspunten bij testconstructie	Voldoende
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Voldoende, maar geen Vlaamse normen
Betrouwbaarheid	Onvoldoende
Begripsvaliditeit	Onvoldoende
Criteriumvaliditeit	Onvoldoende

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

- 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 (in ontwikkeling)

SRZ: Sociale Redzaamheidsschaal-Z (Kraijer, Kema, & De Bildt, 2004a)

Inhoud

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

- Zelfredzaamheid
- Taalgebruik
- Taakgerichtheid
- Sociale gerichtheid

Doelgroep

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 ($M = 6.33$, $SD = 1.33$, $range = 3 - 9$).

De normgroepen zijn:

- POP-EM: personen met verstandelijke beperking van alle niveaus, van 4 jaar en ouder.
- INR: bewoners van residentiële settings, tussen 7 - 40 jaar.
- DVO: volwassen deelnemers van dagcentra, 17 jaar en ouder.

COTAN-beoordeling 2004

Criterium	Score
Uitgangspunten bij testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Voldoende*, maar geen Vlaamse normen en geen algemene populatienormen
Betrouwbaarheid	Goed
Begripsvaliditeit	Goed
Criteriumvaliditeit	Goed

* Wegens veroudering zijn de normen niet meer bruikbaar.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

- 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 (in ontwikkeling)

SRZ-i: Sociale Redzaamheids-schaal-Z-interviewversie (Kraijer, Kema, & De Bildt, 2004b)

Inhoud

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

- Zelfredzaamheid
- Taalgebruik
- Taakgerichtheid
- Sociale gerichtheid

Doelgroep

4- tot 18-jarigen van alle niveaus van verstandelijke beperking. Er zijn vier normgroepen, namelijk licht, matig, ernstig/diep verstandelijke beperking en gehele populatie verstandelijke beperking.

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.

De normgroepen zijn:

- POP-VB: personen met verstandelijke beperking van alle niveaus, tussen 4 en 18 jaar.
- Aparte normen voor personen met licht, matig en ernstig/diep verstandelijke beperkingen.

COTAN-beoordeling 2004

criterium	Score
Uitgangspunten bij testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Voldoende*, maar geen Vlaamse normen en geen algemene populatienormen
Betrouwbaarheid	Goed
Begripsvaliditeit	Goed
Criteriumvaliditeit	Goed

* De normen zijn verouderd.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

- 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 (in ontwikkeling)

SRZ-Plus: Sociale Redzaamheids-schaal-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

Doelgroep

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).

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.

COTAN-beoordeling 1995

Criterium	Score
Uitgangspunten bij testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Voldoende*, maar geen Vlaamse normen en geen algemene populatienormen
Betrouwbaarheid	Goed
Begripsvaliditeit	Goed
Criteriumvaliditeit	Goed

* Wegens veroudering zijn de normen niet meer bruikbaar.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

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 (in ontwikkeling)

Vineland Adaptive Behavior Scales - Classroom version (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984, Nederlandse vertaling door Mariën, Onghena, & Maes, 2008)

Inhoud

In dit onderzoek werd de Classroom-versie vertaald, een vragenlijst die bestaat uit 244 items. Voor de vertaling werd gebruik gemaakt van een back-translation procedure en werd ook een vergelijking gemaakt met de Nederlandse vertaling van de Researchgroep Ernstige Ontwikkelingsstoornissen van de Vakgroep Orthopedagogiek van de Rijksuniversiteit Leiden. Er werden een aantal items aangepast om tegemoet te komen aan de eigenheid van de Vlaamse cultuur. 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.

Doelgroep

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

De groepen die in het onderzoek 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

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.

Beoordeling

Geen COTAN-beoordeling

Het onderzoek van Mariën, Onghena, en Maes (2008) wees op het belang van een goede interne consistentie voor de totaalscore en de domeinscores. Daarnaast werden significante halfjaarlijkse leeftijdsverschillen gevonden. Ook scoorden kleuters uit het gewoon onderwijs statistisch significant hoger dan kleuters uit het buitengewoon type 2-onderwijs. Bovendien bevestigde factoranalyse evenwel niet de oorspronkelijke basissstructuur voor de groep van kleuters. Het onderzoek vond eerder evidentie voor een driefactorenstructuur (namelijk, communicatie, praktische vaardigheden en socialisatie). De behaalde score kan vergeleken worden met het gemiddelde van de leeftijdgenoten in het gewoon onderwijs. Tevens kan worden nagegaan of ze in meer of mindere mate afwijkt van het gemiddelde van de leeftijdgenoten in het buitengewoon type 2-onderwijs.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

- 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 (in ontwikkeling)

Vineland-Z (De Bildt & Kraijer, 2005)

Inhoud

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

- Communicatie
- Dagelijkse vaardigheden
- Socialisatie

Doelgroep

5- tot 18 - jarigen met een verstandelijke beperking, met alle niveaus van verstandelijke beperking.

Afname en scoring

De schaal wordt afgenomen in een semi-gestructureerd 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.

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.

COTAN-beoordeling 2004

Criterium	Score
Uitgangspunten bij testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Goed
Normen	Goed*, maar geen Vlaamse normen en geen algemene populatienormen
Betrouwbaarheid	Goed
Begripsvaliditeit	Goed
Criteriumvaliditeit	Goed

* De normen zijn verouderd.

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

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 (in ontwikkeling)

Lijst onvoldoende instrumenten

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

- te oud (geen aangepaste versie meer na 1990);
- geen officiële Nederlandstalige versie;
- te eng (bijvoorbeeld één subdomein van adaptief gedrag wordt gemeten);
- te weinig aanwijzingen voor betrouwbaarheid en validiteit;
- geen normeringsonderzoek.

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)

- te oud
- 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)

- geen officiële Nederlandstalige versie

Barthel-index (1993)

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

CABS: Children's Adaptive Behavior Scale (1980)

- te oud
- 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)

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

KID-N: Kent Infant Development Scale (1990)

- 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

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

- geen officiële Nederlandstalige versie

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

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

SRK: Sociale Redzaamheidsschaal voor Kinderdagverblijfbezoekers (1976)

- verouderde normering

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

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 (in ontwikkeling)

SSSQ: Street Survival Skills Questionnaire (1993)

- geen officiële Nederlandstalige versie

VSMS: Vineland Social Maturity Scale (1953)

- verouderd

Vineland Adaptive Behaviour Scales - Expanded version (1984)

- verouderd

Vineland Adaptive Behaviour Scales - Classroom version (1984)

- verouderd

Vineland Adaptive Behavior Scales-II (2005)

- voorlopig geen Nederlandstalige versie

Vineland screener 0-6 (2008)

- screeningsinstrument, niet bedoeld voor diagnose

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

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 (in ontwikkeling)

ABAS-3-NL: Adaptive Behavior Assessment System, 3de editie - Nederlands-talige bewerking

Momenteel loopt aan de KU Leuven en het Psychodiagnostisch Centrum van Thomas More het normeringsonderzoek van de Nederlandstalige ABAS-3 voor kinderen tussen 0 en 18 jaar. In dit onderzoek wordt het adaptief gedrag van ongeveer 2300 Vlaamse kinderen en jongeren, zowel met als zonder een verstandelijke beperking, in kaart gebracht met behulp van deze vertaalde vragenlijst. Tijdens het normeringsonderzoek kunnen enkel de deelnemende diensten gebruik maken van de onderzoeksversie van de vragenlijst. We verwachten de definitieve vragenlijst tegen eind 2018. Ze zal uitgegeven worden door Hogrefe.

Inhoud

Het instrument beoogt het adaptief gedrag van kinderen, jongeren en volwassenen tussen 0 en 89 jaar in kaart te brengen.

Er zijn 5 versies beschikbaar naargelang de kalenderleeftijd en de informant:

- Ouder/verzorger 0-5 jaar (241 items)
- Ouder/verzorger 5-21 jaar (232 items)
- Leerkracht/begeleider 2-5 jaar (216 items)
- Leerkracht/begeleider 5-21 jaar (193 items)
- Volwassenen 16-89 jaar (239 items)

De structuur van het instrument bestaat uit:

- Domeinen: Conceptueel, Sociaal en Praktisch
- Vaardigheidsgebieden: communicatie, functionele (voor)schoolse vaardigheden, zelfsturing, spel en vrije tijd, sociale vaardigheden, maatschappelijke

vaardigheden, gezondheid en veiligheid, huishoudelijke/schoolse activiteiten, zelfverzorging, motoriek/werk

De ABAS-3 voorziet eveneens een interventieplanner (nog te vertalen) die specifieke interventies aanbiedt op itemniveau.

Afname en scoring

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

Afnameduur: ± 35 minuten.

Scoring: een beoordeling van de frequentie van adaptief gedrag 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.

Er kunnen 1 totaalscore, 3 domeinscores en 10 scores voor de vaardigheidsgebieden berekend worden.

Beoordeling

Er is geen COTAN-beoordeling aangezien het instrument nog in ontwikkeling is.

De resultaten van het afgeronde pilootonderzoek bij 222 kinderen tussen 0 en 18 jaar (met en zonder een beperking) waren veelbelovend en gaven een eerste indicatie van:

- Goede tot zeer goede interne consistentiegegevens voor de vaardigheidsgebieden, domeinscores en totaalscore van de ouderversies en de versie Leerkracht 5-21 jaar.
- Sterke tot uitstekende overeenkomsten tussen beide beoordelaars (meestal 2 ouders, of een

Adaptief gedrag

Kwaliteitslabel C - voorlopig aanvaardbaar

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 (in ontwikkeling)

ouder en een begeleider) voor kinderen met een verstandelijke beperking, en dit zowel voor de vaardigheidsgebieden, domeinscores als de totaalscore.

- De scores voor kinderen met een verstandelijke beperking waren significant lager dan de scores voor kinderen uit de algemene steekproef, en dit zowel wat betreft de scores van de vaardigheidsgebieden, de domeinscores als de totaalscore. De steekproefgrootte was te klein om het verband tussen adaptief gedrag en het niveau van de verstandelijke beperking na te gaan.
- Binnen de algemene steekproef was er een significant verband tussen adaptief gedrag en de kalenderleeftijd van de kinderen. Dit verband was weinig tot niet significant voor de groep kinderen met een verstandelijke beperking.

Omwille van de beperkte steekproefgrootte in de pilootstudie dienen deze resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

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 afgetoetst. 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 Verslaggeving

Nadat het multidisciplinair team tot een conclusie komt, is het aangewezen om hier ook verslag van te maken. Idealiter wordt dit verslag ook bezorgd aan de betrokkene of zijn wettelijke vertegenwoordiger(s). 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 storende 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 (zeker bij jonge kinderen) er 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. Literatuuroverzicht

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- 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*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bleichrodt, N., & van de Vijver, F., (2001). *Diagnostiek bij allochtonen. Mogelijkheden en beperkingen van psychologische tests*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Braet, C. (2015). Meer protocollair werken, ook in de diagnostiek? *Psychopraktijk, 7*(5), 32-36.
- Braet, C., & Bögels, S. (2014). *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 1*. Amsterdam: Boom.
- 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, MA: 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: Cambridge University Press.
- 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*. Schaarbeek: 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*. Leiden: 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 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. Brussel: Kenniscentrum WVG.
- De Smet, S. (2009b). Kennisdeling en protocollering in de welzijns- en gezondheidssectoren. *POW Alert, 35*, 42-49.
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R.R., & Sijtsma, K. (2009). *COTAN Beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests*. Amsterdam: Nederlands Instituut van Psychologen/ Commissie Testaangelegenheden Nederland.
- Evers, A., Muniz, J., Bartram, D., Boben, D., Egeland, J., Fernandez-Hermida, ... Urbánek, T. (2012). Testing practices in the 21st century: Developments and European psychologists' opinions. *European Psychologist, 17*(4), 300-319.
- Federatie OOC (2013). Protocol Handelingsgerichte Diagnostiek in de Onthaal-, Oriëntatie en Observatiecentra.
- Floyd, R.G., Shands, E.I., Alfonso, V.C., Phillips, J.F., Autry, ... 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.
- Goswami, U. (2002). *Blackwell handbook of childhood cognitive development*. Malden MA: Blackwell.
- Hangauer, J., Worcester, J., & Armstrong, K.H. (2013). Models and methods of assessing adaptive behaviour. In D.H. Saklofske, C.R. Reynolds, & V. Schwab (Eds.), *Oxford handbook of child and adolescent assessment* (pp.651-667). New York: Oxford University Press.
- 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). Bethesda, Maryland: National Association of School Psychologists.
- Hendriksen, J., & Hurks, P. (2009). *WPPSI-III-NL. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Third Edition. Nederlandstalige bewerking. Afname- en scoringshandleiding*. Amsterdam: Pearson.
- Hunt, E. (2011). *Human Intelligence*. New York: Cambridge University Press.
- Kaufman, A.S., & Kaufman, N.L. (1983). *Kaufman Assessment Battery for Children. Administration and*

- scoring manual. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- 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.
- Kooij A.P., & Dek J.E. (2012). *WAIS-IV-NL Technisch Rapport*. Amsterdam: Pearson.
- Kort, W., Schittekatte, M., Dekker, P.H., Verhaeghe, P., Compaan, E.L., Bosmans, M., & Vermeir, G. (2005). *WISC-III-NL, Wechsler Intelligence Scale for Children. Derde editie NL. Handleiding en verantwoording*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Kraijer, D.W., & Kema, G.N. (2004). *Sociale Redzaamheidsschaal-Z voor hoger niveau, SRZ-Plus. Vierde, herziene en uitgebreide handleiding*. Amsterdam: 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*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Kraijer, D.W., Kema, G.N., & de Bildt, A.A. (2004b). *Sociale Redzaamheidsschaal-Z-interviewversie. Handleiding*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Kraijer, D.W., & Plas, J.J., (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Kraijer, D.W., & Plas, J.J., (2014). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Pearson.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H., Coulter, D.L., Craig, E.M.P., Reeve, A., ... & Tasse, M.J. (2002). *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Maes, B. (2014). Kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking. In H. Grietens, J. Vanderfaellie, & B. Maes (Red.), *Handboek jeugdhulpverlening. Deel 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen* (pp. 83-114). Leuven: Acco.
- Maes, B., Hombroux, M., Janssens, K., Lambert, R., & Wouters, M. (2005). *Leidraad voor taxatie van ontwikkelingsproblemen bij kleuters*. Schaarbeek: VCLB-service.
- Maes, B., Noens, I., & Maljaars, J. (2013). *Overzicht instrumenten adaptief gedrag*. Leuven: Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek.
- Maes, B., Smeets, S., & Schittekatte, M. (2015). De diagnostiek van Intelligentie. In G. Bosmans, P. Bijttebier, I. Noens, & L. Claes (Red.), *Diagnostiek bij kinderen, jongeren en gezinnen. Deel III: Ontwikkelingsdomeinen in het vizier* (p. 13-32). Leuven/Voorburg: Acco.
- Magez, W. (2007). *COVAAR, Cognitieve vaardigheidstest voor anderstalige nieuwkomers*. Schaarbeek: VCLB-service.
- Magez, W. (2009). De I van IQ. IQ voor slimmies. *Caleidoscoop*, 21(1), 20-24.
- Magez, W., Bos, A., De Cleen, W., Rauws, G., & Geerinck, K. (2012). *CAP-basisvademecum van tests en andere diagnostische instrumenten en -methoden in het schoolpsychologisch en daarbij aansluitend werkveld*. Brasschaat: CAP vzw/Psychodiagnostisch Centrum (PDC) Thomas More.
- Magez, W., & De Cleen, W. (2007). *Intelligentiemeting in nieuwe banen: de integratie van het CHC-model in de psychodiagnostische praktijk*. Brasschaat: CAP vzw/Psychodiagnostisch Centrum (PdC) Departement Psychologie, Lessius Hogeschool.
- Magez, 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*. Brasschaat: CAP vzw/Psychodiagnostisch Centrum (PDC) Thomas More.
- Magez, M., & De Jonghe, E. (2015). *Het zeer lage IQ. Een schoolpsychologische benadering in de psychodiagnostische praktijk*. Schaarbeek: VCLB-Service.
- Magez, W., & Stinissen, H. (2001). *Kwaliteitsvolle diagnostiek in het CLB*. Schaarbeek: VCLB Service.
- Magez, 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: Antwerpen.
- Mariën, K., Onghena, P., & Maes, B. (2006). *Aanpassing van de Vineland Adaptive Behavior Scales voor Vlaamse kleuters*. Leuven: Centrum voor Methodologie van het Pedagogisch Onderzoek en Centrum voor Orthopedagogiek (niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling).
- Mariën, K., Onghena, P., & Maes, B. (2008). Aanpassing van de Vineland Adaptive Behavior Scales voor Vlaamse kleuters. *Signaal*, 63, 28-44.
- Mulder, J.L., Dekker, R., & Dekker, P.H. (2004). *Kaufman-Intelligentietest voor Adolescenten en Volwassenen, KAIT. Handleiding*. Leiden: PITS.
- Mulder, J.L., Dekker, R., & Dekker P.H. (2005). *K-SNAP: Kaufman Neuropsychologische Screening, NL bewerking*. Leiden: PITS.
- Mullen, E.M. (1995). *Mullen Scales of Early Learning*. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Neutel, R.J., van der Meulen, B.F., & Lutje Spelberg, H.C. (1996). *GOS 21/241/2. Groningse Ontwikkelingsschalen. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Pameijer, N., & Draaisma, N. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg. Een kader voor besluitvorming*. Leuven: Acco.
- Pameijer, N., & van Beukering, T. (2015). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Raven, J.C. (1938). *Progressive Matrices*. London: H. K. Lewis & Co., Ltd.
- Resing, W.C.M., Bleichrodt, N., Drenth, P.J.D.D., & Zaal, J.N. (2012). *Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test-2 (RAKIT-2). Gebruikershandleiding*. Amsterdam: Pearson.
- Resing, W.M.C., Evers, A.V.M., Koomen, H.M.Y., & Bleichrodt, N. (2007). *Indicatiestelling leerlinggebonden financiering MBO: Instrumentarium*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Resing, W.C.M., Evers, A.V.A.M., Koomen, H.M.Y., Pameijer, N.K., & Bleichrodt, N. (2008). *Indicatiestelling speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering: Conditie en Instrumentarium (derde herziene druk)*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Sattler, J.M., & Hoge, R.D. (2006). *Assessment of children: Behavioral, social, and clinical foundations (5th ed.)*. San Diego, CA: 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). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Schalock, R.L., Borthwick-Duffy S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., ... Yeager, M.H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (Eleventh edition)*. Washington, D.C.: 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*, zie http://www.sig-net.be/uploads/artikels_signaal/significant_hertestingschittekatte_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*. Amsterdam: Pearson.
- 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: New York.
- Snijders, J.Th., Tellegen, P.J., & Laros, J.A. (1988). *Snijders-Oomen niet-verbale intelligentietest SON-R 5½-17. Verantwoording en handleiding*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Sparrow, S.S., Balla, D., & Cicchetti, D.V. (1984). *Vineland Adaptive Behaviour Scales: Survey edition*. Circle Pines, Minnesota : American Guidance Service.
- Spearman, C.E. (1923). *The nature of "intelligence" and the principles of cognition*. London: Macmillan.
- Spearman (1927). *The abilities of man*. New York: Macmillan.
- Sternberg, R.J. (1988). *The triarchic mind: A new theory of human intelligence*. New York: Viking.
- Sternberg, R.J. (1997). *Thinking styles*. New York: Cambridge University Press.
- Tassé, M.J., Schaock, R.L., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S.A., Spreat, S., ... 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*. Amsterdam: Hogrefe uitgevers.
- Tellegen, P.J., Winkel, M., Wijnberg-Williams, B.J., & Laros, J.A. (1998). *Snijders-Oomen Niet-verbale Intelligentietest-revisie, SON-R 21/2-7. Handleiding en verantwoording*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- 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). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- United Nations (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York: United Nations (www.un.org/disabilities/convention/conventionfull).
- 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). Amsterdam: Pearson.

VandenBos, G.R. (2006). *APA dictionary of psychology*. New York: American Psychological Association.

Van der Meulen, B.F., Ruiter, S.A.J., Lutje Spelberg, H.C., & Smrkovsky, M. (2004). *Bayley Scales of Infant Development-II-Nederlandse versie. Handleiding*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.

Van de Vijver, F., Fontaine J., & Schittekatte M., (2007). Allochtone leerlingen. In K. Verschuere & H.M.Y. Koomen (Red.), *Handboek Diagnostiek in de Leerlingenbegeleiding* (pp. 251-264). Leuven: Garant.

Van de Vijver, F., Schittekatte M., & Fontaine J. (2016). Allochtone leerlingen. In K. Verschuere & H.M.Y. Koomen (Red.), *Handboek Diagnostiek in de Leerlingenbegeleiding*. Leuven: Garant.

Verschuere 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). Amsterdam: 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). Utrecht: Lemma.

Vlaskamp, C., van der Meulen, B.F., & Smrkovsky, M. (1999). *Gedrag Taxatie Instrument. GTI*. Groningen: Stichting Kinderstudies.

Vlaskamp, C., van der Meulen, B.F., & Zijlstra, H.P. (2002). De instrumentele realisering van het Gedrag 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)*. Amsterdam: Pearson.

Wechsler, D. (1939). *Wechsler-Bellevue Intelligence Scale, Form I*. New York: 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)*. Amsterdam: Pearson.

Wechsler, D., & Naglieri, J.A. (2008b). *Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WVN-NL). Nederlandstalige bewerking. Technische handleiding (Nederlandse bewerking van P.H. Dekker)*. Amsterdam: Pearson.

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). Washington, DC.: American Psychological Association.

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

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

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:

- 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.
- Gsm = short-term memory: het kunnen vasthouden van informatie en het gebruik ervan op korte termijn.
- 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 = long-term storage and retrieval: de vaardigheid

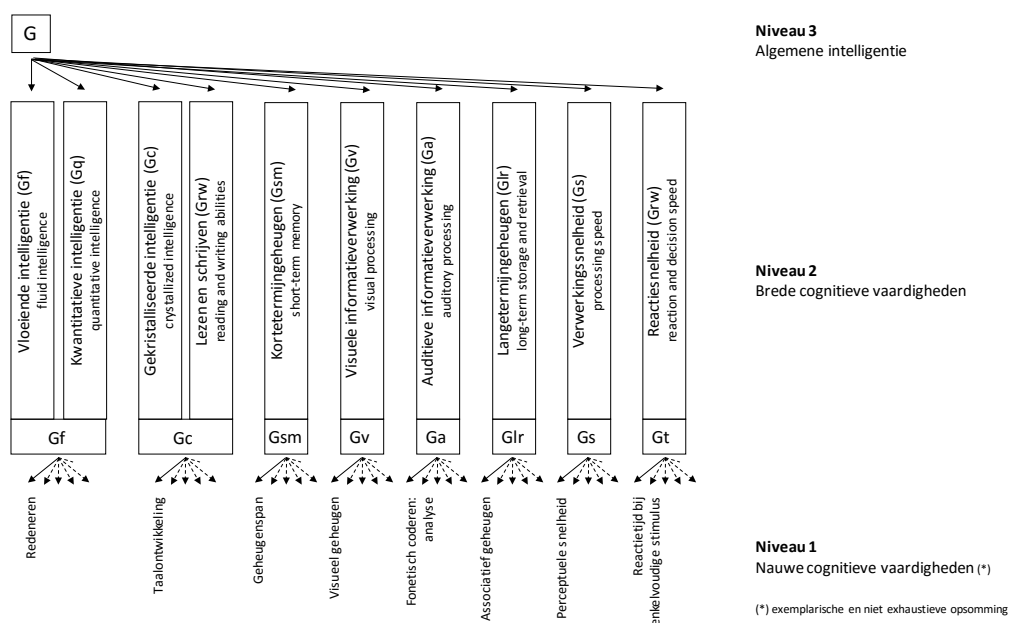
om informatie op langere termijn efficiënt op te slaan en snel te kunnen oproepen.

- 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, zie ook <http://www.thomasmore.be/psychodiagnostisch-centrum/chc-platform-0>).

Binnen het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) werden recentelijk, na uitvoerig overleg met de Commissie Psychodiagnostiek van de Belgische federatie voor Psychologen, volgende richtlijnen i.v.m. IQ tests en CHC meegegeven (zie ook <https://www.bfp-fbp.be/psychodiagnostiek-0>):

“Er is een aanvaarding van het CHC-model als waardevolle bijkomende informatie in dossiers



Figuur 2. Het CHC-model

waar intellectuele en cognitieve capaciteiten de belangrijkste factoren van de beslissing zijn. De huidige werkwijze binnen het VAPH voor het nagaan van IQ-scores baseert zich op de kwaliteitsindicatie die door de Commissie Psychodiagnostiek wordt opgemaakt. Enkel de IQ-testen die het label A+, A, B en in uitzonderlijke gevallen C hebben, mogen gebruikt worden als valabele informatie in een dossier. Recente ontwikkelingen binnen het domein van intelligentie brengen in de praktijk echter ook de introductie van een theoretisch model naar voor: het CHC model. Dit model is een cognitief vaardigheidsprofiel en houdt in dat intelligentie meer is dan een IQ-score alleen. Verschillende cognitieve vaardigheden worden bekeken om een indicatie te kunnen geven van de aanwezige intelligentiestructuur. Het CHC-model is een hiërarchisch geordend model dat zich voorstelt op verschillende niveaus of strata. Het algemene IQ of de algemene factor (G) is het eerste niveau, en wordt berekend uit de brede cognitieve vaardigheden (BCV) op het volgende niveau. Op hun beurt wordt elke BCV op het derde niveau bekeken door verschillende nauwe cognitieve vaardigheden (NCV) te bekijken. Het zijn deze nauwe cognitieve vaardigheden die gemeten worden met intelligentie (sub)testen en die vervolgens toegang geven tot het inschatten van BCV's en de G-factor.

Voor een algemeen IQ weer te geven volgens de CHC-benadering, is het verplicht om minimaal vier brede cognitieve vaardigheden (BCV's) weer te geven waaronder zeker Gf/Gq en Gc. Hoe meer brede cognitieve vaardigheden in kaart gebracht worden, hoe betrouwbaarder de algemene G-factor (= IQ) getoetst wordt.

Men vertrekt steeds van een goedgekeurde IQ-test, die naar believen van de psychodiagnosticus kan aangevuld worden met verscheidene BCV's. Resultaten van de afzonderlijke BCV's kunnen meer uitleg verschaffen rond bepaalde probleemgebieden die eruit springen bij personen: bv. auditieve verwerkingsnelheid nagaan in het kader van leerstoornissen. Door de berekening van de BCV's kan eventueel bijkomend een geoptimaliseerd IQ worden weergegeven, dat naast het totaal IQ van de IQ-test kan worden gelegd.

Het CHC-model introduceert en impliceert een nieuwe manier om intelligentie en cognitieve vaardigheden te bekijken, waarin de huidige goedgekeurde 'volledige' IQ-tests, zoals die nu toegepast worden binnen de huidige VAPH-criteria hun plaats hebben."

Ten slotte nog een toelichting over het standpunt van de Commissie Psychodiagnostiek over het hanteren van de CHC-crossbatterij benadering:

"Binnen het CHC-gedachtegoed is een centrale gedachte één of meerdere BCV's in beeld te brengen. De psychodiagnosticus beslist op grond van de probleemanalyse welke BCV's hij/zij wenst te onderzoeken. Betreft het een IQ-bepaling (G) dan

worden er dus minstens vier BCV's onderzocht met verplicht Gf/Gq én Gc.

De diagnosticus kan echter ook andere uitgangspunten nemen. Hij/zij kan, aanvullend, bij een (vermoeden) van een leerstoornis zich bijvoorbeeld eventueel speciaal richten op de brede cognitieve vaardigheid 'Auditieve informatieverwerking' (Ga).

Momenteel is er in Vlaanderen geen enkele test die alle CHC-BCV's omvat. De WISC-III bijvoorbeeld heeft geen typische Gf-subtest (genre Matrix Redeneren e.a.). In de WPPSI-III ontbreekt de toetsing van het Korte Termijn Geheugen (Gsm), enz. De diagnosticus kan in sommige gevallen beslissen één of meer subtests te 'ontlenen' aan een andere test en die subtest(s) 'in te schuiven' in het cognitief profiel. De beslissing kan bijvoorbeeld genomen worden om 'Matrix redeneren' uit de Wechsler Non-Verbal (WNV) in te schuiven in de WISC-III. Deze procedure wordt de 'CHC-crossbatterij' aanpak genoemd. Het CHC-model biedt in deze procedure een referentiekader. De bijkomende (sub)testen worden ingeschoven op hun plaats in het CHC-model. In het CLB zijn procedures ontwikkeld voor deze crossbatterij benadering, die een statistisch verantwoorde meetverwerking van deze aanpak toelaten.

Basisvoorwaarde is dat het steeds 'goede' (sub) tests voor Vlaanderen betreft. De 'crossbatterij' benadering laat ook toe dieper in te gaan op één specifieke BCV en hierbij gebruik te maken van verschillende hierbij aansluitende nauwe cognitieve vaardigheden (NCV) -subtests die ontleend kunnen worden uit verschillende tests. Ten slotte, bij procedures voor hertesting kan de 'crossbatterij' aanpak een oplossing bieden voor het niet herhaaldelijk gebruik van één zelfde (sub)test (bv. in het artikel "Het hertesten van intelligentie bij kinderen: een literatuurstudie", zie http://www.sig-net.be/uploads/artikels_signaal/significant_hertesting_schittekatte_2000_nr0.pdf).

Voor het bepalen van een algemeen IQ (=G) vertrekt men van een 'volledige' kwaliteitsvolle intelligentietest, die men zo nodig, adequaat aanvult, via de 'crossbatterij procedure', met andere kwaliteitsvolle cognitieve (sub)-tests. In die zin zorgt een 'CHC-crossbatterij benadering' voor een meerwaarde, een waardevolle aanvulling, niet voor een 'nieuwe' aanpak voor het meten van cognitieve vaardigheden."



KWALITEITSCENTRUM
DIAGNOSTIEK^{VZW}



Vlaanderen
is zorgzaam samenleven