Kwaliteitscentrum Diagnostiek

# Richtlijn Diagnostiek Verstandelijke Beperking

Kwaliteitscentrum
Diagnostiek

**Versie oktober 2026**
Deze richtlijn vormt een herwerking van het Classificerend Diagnostisch Protocol Verstandelijke Beperking (Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, versie 2021). Deze richtlijn wordt jaarlijks geactualiseerd. De geactualiseerde versie wordt telkens in het najaar gepubliceerd. Bijlage 1 biedt een overzicht van de belangrijkste aanpassingen ten opzichte van vorige versies. Indien nodig worden de richtlijnen frequenter herzien.

**Coördinerend directeur**
Kimberly Van Nieuwenhove

**Auteur**
Femke Cathelyn

**Experten**
Bea Maes, Evelien Vanhoomissen, Inge Carette, Mark Schittekatte, & Sarah Schaubroeck

Deze richtlijn kwam tot stand in samenwerking met bovengenoemde experten uit het hoger onderwijs, beleid (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) en de praktijk. Zij brachten hun expertise in tijdens verschillende overlegmomenten en schriftelijke feedbackrondes.

**Redactie**
Vicky Hennissen & Eefje Claerhout

**Vormgeving**
Eefje Claerhout

**Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek wordt gesubsidieerd door het Departement Zorg en het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming van de Vlaamse Overheid.**

**Referentie:** Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (2026). *Richtlijn Diagnostiek Autisme*. https://kcdvzw.be/publicaties.

© 2026 Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek
Kortrijksesteenweg 405 - 9000 Gent
Ondernemingsnummer: 0548.718.607
Ondernemingsrechtbank Gent - afdeling Gent
www.kcdvzw.be

Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

# Inhoudstafel


Voorwoord 7

Omkadering bij de richtlijn 8

Het diagnostisch proces 9

Zeven pijlers voor een kwaliteitsvol diagnostisch proces 10

Een classificerende diagnose verstandelijke beperking 12

Visies op verstandelijke beperking 14

Richtlijnen bij classificerende diagnostiek 16

Pijler kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken 18

Het onderzoeken van het intelligentiecriterium en het criterium adaptieve vaardigheden 18

Het onderzoeken van het ontwikkelingscriterium 28

Het bepalen van de ernstgradatie 29

Het rapporteren van bevindingen in verband met de criteria voor een diagnose verstandelijke beperking 30

Eerdere informatie en hertesting 33

Pijler interdisciplinaire samenwerking 34

De samenstelling van het diagnostisch team 34

De manier van samenwerken 36

Pijler idiografisch kader 38

Onderzoek naar verstandelijke beperking bij personen met een migratieachtergrond 39

Onderzoek naar verstandelijke beperking bij jonge kinderen 45

Pijler reflexiviteit 46

Reflexiviteit omtrent de vraag naar een diagnose verstandelijke beperking 46

Richtlijnen bij het breder diagnostisch proces 48
Pijler biopsychosociaal model 50
Differentiaaldiagnostiek en bijkomende diagnoses 51
Het in kaart brengen van andere belangrijke factoren 52
Pijler integratief beeld 54
Pijler participatie 55
Participatieve communicatie 55
Participatie bij het intake- en adviesgesprek 58
Instrumentarium 60
Richtlijnen bij het instrumentarium 62
Toelichtingen bij de verschillende onderdelen van het instrumentarium 62
Instrumenten die niet werden opgenomen in het instrumentarium 67
Digitale afnames en scoringsprogramma's 68
Instrumenten voor cognitieve vaardigheden 69
Instrumenten voor adaptieve vaardigheden 77
Bronnen bij het instrumentarium 80
Bijlage 1 - Actualisaties 84

# Voorwoord

Een kwaliteitsvol diagnostisch traject vormt de basis voor hoogwaardige hulpverlening op maat van de cliënt. Het **doel** van deze richtlijn is om hulp- en zorgverleners handvaten te bieden voor het traject bij personen met een (vermoeden van een) diagnose verstandelijke beperking.

De richtlijn bestaat uit **drie onderdelen**.

- In **Deel 1** van de richtlijn zoomen we in en beschrijven we richtlijnen bij het onderzoeken van een classificerende diagnose verstandelijke beperking.
- In **Deel 2** van de richtlijn zoomen we uit en beschrijven we richtlijnen bij het breder diagnostisch proces. De richtlijnen zijn gestructureerd aan de hand van de zeven kwaliteitspijlers van de Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek (AIRD).
- **Deel 3** van de richtlijn omvat het instrumentarium, een tool voor het selecteren van gestandaardiseerde instrumenten om het onderzoeken van een classificerende diagnose verstandelijke beperking te ondersteunen. Daarnaast kan het instrumentarium gebruikt worden om testresultaten te interpreteren in het licht van de sterktes en beperkingen van de gebruikte instrumenten.

De richtlijnen zijn bedoeld om **een zo kwaliteitsvol mogelijk** diagnostisch traject waar te maken. Het is mogelijk dat niet alle richtlijnen gevolgd kunnen worden, bijvoorbeeld door structurele beperkingen op organisatie- of op beleidsniveau. Toch willen we met deze richtlijn hulpverleners, organisaties en beleidsmakers inspireren om te streven naar een diagnostisch proces dat cliënten en hun context[1] zoveel mogelijk ten goede komt.

Voor we ingaan op de richtlijnen, geven we een korte **omkadering** en verduidelijken we enkele kernbegrippen. We gaan in op de drie fases van het diagnostisch proces, de zeven kwaliteitspijlers, de criteria voor een classificerende diagnose verstandelijke beperking en de verschillende visies op verstandelijke beperking.

1 Om de leesbaarheid te verhogen zullen we in het vervolg van de richtlijn de term 'cliëntsysteem' gebruiken wanneer we het hebben over de cliënt én hun context. Met context verwijzen we naar alle personen die een belangrijke rol spelen in het leven van de cliënt, en dus niet enkel naar het kerngezin.

# Omkadering bij de richtlijn

# Het diagnostisch proces

Diagnostiek is een proces waarbij **drie mogelijke fases** doorlopen worden en antwoorden worden geformuleerd op de vragen 'wat, waarom en hoe'.

De **hulpvraag** vormt de rode draad doorheen dit proces. Een hulpvraag kan zich beperken tot een wat-vraag (wat is er aan de hand?), waarbij enkel de beschrijvende fase wordt doorlopen. Een hulpvraag kan ook meer gelaagd zijn (waarom is dit aan de hand en wat kan er worden gedaan?). In dit geval zal het nodig zijn om ook de andere fases te doorlopen.

De hulpvraag zal dus bepalen wat het doel is van het diagnostisch proces, en daarmee ook welke fases van het proces zullen worden doorlopen.

Het diagnostisch proces is **dynamisch**. Dit betekent dat de hulpvraag, het beeld van de cliënt, de hypotheses en de geformuleerde adviezen steeds kunnen evolueren door nieuwe inzichten en veranderingen die optreden, zowel tijdens als na het diagnostisch proces.

### Beschrijven

Tijdens de **beschrijvende fase** wordt een zo volledig mogelijk beeld van de cliënt gevormd. Onder andere de ervaren klachten, positieve en contextfactoren worden in kaart gebracht (*wat-vraag*).

### Adviseren

Tijdens de **adviserende fase** wordt op basis van het beeld van het cliëntsysteem en de getoetste hypotheses bepaald op welke manier(en) de cliënt het best kan worden ondersteund (*hoe-vraag*).

### Verklaren

Tijdens de **verklarende fase** worden al deze factoren met elkaar in verband gebracht en hypotheses geformuleerd met betrekking tot het ontstaan en in stand houden van de ervaren klachten (*waarom-vraag*).

# Zeven pijlers voor een kwaliteitsvol diagnostisch proces

De AIRD beschrijft **zeven pijlers** om het diagnostisch traject op een kwaliteitsvolle manier te doorlopen. Deze pijlers zijn van belang tijdens alle fases van het diagnostisch proces.

**Biopsychosociale visie:** tijdens het diagnostisch proces verzamelt en integreert het diagnostisch team informatie over biologische, psychologische en sociale factoren en hun complexe interacties om het functioneren van de cliënt zo volledig mogelijk in kaart te brengen.

**Idiografisch karakter:** het diagnostisch proces richt zich op het begrijpen van unieke kenmerken van het cliëntsysteem. Het gaat om een unieke cliënt in een unieke context.

**Integratief beeld:** het doorlopen van een diagnostisch proces dient steeds aanleiding te geven tot het vormen van een overkoepelend, holistisch of volledig beeld van de cliënt. Binnen het integratief beeld krijgen alle verzamelde gegevens een plaats en worden ze in relatie tot elkaar gebracht.

**Participatie:** diagnostiek doe je samen met het cliëntsysteem. Het cliëntsysteem wordt maximaal betrokken en wordt beschouwd als medeonderzoeker.

**Kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken:** de informatieverzameling verloopt op een kwaliteitsvolle manier. Hierbij wordt ingezet op informatieverzameling vanuit verschillende én kwaliteitsvolle bronnen en methodes. Daarnaast dienen de instrumenten en methodieken op een doordachte manier gekozen, gescoord, geïnterpreteerd en gerapporteerd te worden.

**Reflexiviteit:** het diagnostisch proces vereist een zelfbewuste houding van het diagnostisch team. Reflexiviteit houdt onder meer in dat er actief wordt stilgestaan bij het eigen referentiekader en de manier waarop maatschappelijke denkkaders het denken en handelen kleuren.

**Interdisciplinaire samenwerking:** tijdens het diagnostisch proces werken verschillende disciplines samen om brede en uiteenlopende inzichten te verwerven en tot gedragen adviezen te komen.

Verder in deze richtlijn worden de zeven pijlers besproken in het licht van een diagnose verstandelijke beperking. Voor een bredere uiteenzetting van deze pijlers kan je de Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek raadplegen. De Richtlijn Casusformulering biedt een verdere concretisering van de zeven kwaliteitspijlers.

Reflexiviteit
Biopsychosociale visie
Participatie
Idiografisch karakter
Interdisciplinaire samenwerking
Kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken
Integratief beeld

# Een classificerende diagnose verstandelijke beperking

Een classificerende diagnose is een beschrijving van gedragskenmerken die vaak samen voorkomen. Deze kenmerken of criteria worden samengevat tot een bepaalde classificatie of categorie, zoals 'verstandelijke beperking'. We kunnen classificerende diagnostiek dus situeren binnen de **beschrijvende fase** van het diagnostisch proces.

Classificerende diagnoses en hun criteria worden beschreven in internationale publicaties, zoals de *International Classification of Diseases* (ICD)[2], de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) en de richtlijnen van de *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD).

In de DSM-5-TR[3] en de AAIDD (12de editie)[4] wordt verstandelijke beperking beschreven als volgt:

- DSM-5-TR: "*Een verstandelijke-ontwikkelingsstoornis (verstandelijke beperking) begint gedurende de ontwikkelingsperiode, met beperkingen in zowel het verstandelijk als het adaptieve functioneren, in de conceptuele, sociale en praktische domeinen.*"
- AAIDD (12de editie): "*Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door belangrijke beperkingen in zowel het verstandelijk functioneren als in adaptief gedrag. Deze beperkingen beginnen voor de leeftijd van 22 jaar.*"

Deze definities hebben **drie gemeenschappelijke criteria**: het intelligentiecriterium, het criterim adaptieve vaardigheden en het ontwikkelingscriterium (zie Tabel 1 voor een meer uitgebreide beschrijving van de criteria volgens deze handboeken).

2 World Health Organization. (2019-2021). *International Classification of Diseases (11th Edition).*
3 American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition, text revision, Nederlandse vertaling)*, p. 96. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787
4 American Association of Intellectual and Developmental Disabilities. (2021). *Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports (12th Edition, Nederlandse vertaling)*. Geraadpleegd via: https://www.aaidd.org/docs/default-source/default-document-library/aaidd_dutch-2021.pdf

Tabel 1. De criteria voor een classificerende diagnose verstandelijke beperking volgens de DSM-5-TR en AAIDD (12de editie)[5]

| | DSM-5-TR | AAIDD (12de editie) |
|---|---|---|
| INTELLIGENTIE | Deficiënties in de intellectuele functies, zoals redeneren, problemen oplossen, plannen, abstract denken, oordelen, schools leren en leren door ervaringen, hetgeen bevestigd moet worden door zowel een klinische beoordeling als een geïndividualiseerde, gestandaardiseerde intelligentietest. | Verstandelijk functioneren wordt ook wel intelligentie genoemd. Dit is een intellectuele capaciteit en omvat verschillende vaardigheden (bijvoorbeeld leren, redeneren, problemen oplossen, ...). Een manier om verstandelijk functioneren te meten is door een IQ-test (intelligentietest) te gebruiken. |
| ADAPTIEVE VAARDIGHEDEN | Deficiënties in het adaptieve functioneren die ertoe leiden dat de betrokkene niet kan voldoen aan de ontwikkelings- en sociaal-culturele standaarden van persoonlijke zelfstandigheid en sociale verantwoordelijkheid. Zonder blijvende ondersteuning beperken de deficiënties in het aanpassingsvermogen het functioneren in één of meer aspecten van het dagelijkse leven, waaronder communicatie, deelname aan het sociale leven, schools of beroepsmatig functioneren, en persoonlijke zelfstandigheid thuis of in de directe sociale omgeving. | Adaptief gedrag is een geheel aan vaardigheden die mensen in hun dagelijks leven leren uitvoeren.<br><br>**Conceptuele vaardigheden**: taal en geletterdheid, tijdsbesef, getalconcepten, en zelfsturing.<br><br>**Sociale vaardigheden**: interpersoonlijke vaardigheden, sociale verantwoordelijkheid, zelfrespect, goedgelovigheid, naïviteit (d.w.z. waakzaamheid), het oplossen van sociale problemen, en het vermogen om regels te volgen/wetten te gehoorzamen en te voorkomen dat je ergens het slachtoffer van wordt.<br><br>**Praktische vaardigheden**: activiteiten van het dagelijkse leven, werkgerelateerde vaardigheden, gezondheidszorg, reizen/transport, schema's/routines, veiligheid, gebruik van geld, gebruik van telefoon.<br><br>We gebruiken meestal gestandaardiseerde tests om deze vaardigheden te beoordelen en de benodigde ondersteuning vast te stellen. |
| ONTWIKKELING | De deficiënties in de verstandelijke functies en het aanpassingsvermogen beginnen gedurende de ontwikkelingsperiode. | De beperking wordt duidelijk tijdens de ontwikkelingsperiode, wat in veel landen betekent voor de leeftijd van 22 jaar. |

5 American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition, text revision, Nederlandse vertaling)*, p. 96-98. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787
American Association of Intellectual and Developmental Disabilities. (2021). *Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports (12th Edition, Nederlandse vertaling)*. Geraadpleegd via: https://www.aaidd.org/docs/default-source/default-document-library/aaidd_dutch-2021.pdf

# Visies op verstandelijke beperking

De criteria voor een classificerende diagnose verstandelijke beperking spitsen zich toe op een aantal heel specifieke persoonsfactoren. Bovendien is er enkel aandacht voor zogenoemde 'deficiënties' of 'beperkingen'. Binnen veel classificatiesystemen (zoals de DSM), wordt primair vanuit een medische bril naar de cliënt gekeken. Een **medische visie** impliceert dat er een onderliggende stoornis of ziekte aanwezig is, wat de indruk kan wekken dat er een eenduidige en blijvende oorzaak van de ervaren moeilijkheden is. In lijn met deze medische visie werden vroeger termen gehanteerd die doorheen de tijd een negatieve connotatie hebben gekregen, zoals 'zwakzinnigheid'.

Zowel de DSM als AAIDD benadrukken echter dat er bij het stellen van een diagnose verstandelijke beperking ook breder moet worden gekeken dan specifieke persoonsfactoren, en er rekening moet worden gehouden met de invloed van positieve en contextfactoren. Zo'n focus sluit aan bij een **sociaalecologische visie** op het menselijk functioneren, een visie die de laatste jaren steeds meer ingang vindt. Het functioneren van een persoon wordt dan beschouwd als het resultaat van de wisselwerking tussen de persoon en diens omgeving. Het voordeel van een sociaalecologische visie is dat de ervaren moeilijkheden geen statisch gegeven zijn en (deels) kunnen worden opgevangen door voldoende en aangepaste ondersteuning vanuit de omgeving.

Er is steeds meer aandacht voor een sociaalecologische visie op verstandelijke beperking als aanvulling of alternatief op het traditioneel medisch denken. Toch kan een classificerende diagnose verstandelijke beperking, binnen de contouren van onze huidige maatschappij, relevant en waardevol zijn. Een classificerende diagnose kan zorgen voor toegang tot hulp en ondersteuning, een gevoel van erkenning geven aan het cliëntsysteem, ervoor zorgen dat de omgeving meer rekening houdt met de behoeften van de persoon, enzovoort. Voor het stellen van een diagnose verstandelijke beperking blijft het in kaart brengen van de criteria zoals beschreven in de DSM of AAIDD noodzakelijk. Dit neemt echter niet weg dat er tijdens het diagnostisch proces op een **bredere manier naar de cliënt kan worden gekeken** en dat er op een **sensitieve manier kan worden gecommuniceerd**.

**Breed kijken**: classificerende diagnostiek vormt een (mogelijk) onderdeel van de beschrijvende fase van het diagnostisch proces. Er worden hierbij enkele specifieke persoonsfactoren in kaart gebracht. Tijdens de beschrijvende fase van het diagnostisch proces dient er ook breder te worden gekeken en moet het *volledig beeld* van de persoon in kaart worden gebracht. Bij een kwaliteitsvol diagnostisch proces is er niet enkel aandacht voor moeilijkheden of de criteria voor classificerende diagnoses, maar ook voor (onder andere) de context en positieve/sterke factoren. Afhankelijk van de aard van de hulpvraag kunnen ook de verklarende en adviserende fase van het diagnostisch proces worden doorlopen.

Vanuit het volledig, holistisch beeld van de cliënt worden dan verklaringen voor de ervaren moeilijkheden en adviezen op maat van het cliëntsysteem geformuleerd met aandacht voor veranderbare (context)factoren.

**Sensitief communiceren**: welke terminologie tijdens het diagnostisch proces wordt gehanteerd, zal afhangen van de context waarin over verstandelijke beperking wordt gecommuniceerd. Hoewel 'verstandelijke beperking' een minder negatieve connotatie heeft dan voorgaande termen (bv. 'zwakzinnigheid'), wordt er nog steeds van een 'beperking' gesproken en dient er dus voorzichtig te worden omgegaan met deze benaming.

- Bij communicatie naar **officiële instanties** waarbij moet worden aangetoond dat er sprake is van een classificerende diagnose is het aangewezen om de term 'verstandelijke beperking' te gebruiken.
- Bij communicatie met het **cliëntsysteem** is het aangewezen om zoveel mogelijk de bewoording van het cliëntsysteem te volgen. Het cliëntsysteem kan bijvoorbeeld een voorkeur hebben voor 'verstandelijke beperking', maar kan hier ook negatief tegenover staan (bv. omdat er taboe rond heerst). Daarnaast is het aanbevolen om bij communicatie met het cliëntsysteem voorzichtig om te gaan met het gebruik van termen zoals 'beperkingen', 'deficiënties', 'tekorten' en 'risicofactoren' (zie ook de richtlijnen in verband met de kwaliteitspijler participatie).

Classificerende diagnostiek vormt een (mogelijk) onderdeel van een breder diagnostisch proces. Een kwaliteitsvol diagnostisch proces gaat per definitie verder dan het stoornisgericht denken en sluit aan bij een sociaalecologische visie op het menselijk functioneren.

# Deel 1

## Richtlijnen bij classificerende diagnostiek

In het volgende onderdeel worden richtlijnen gegeven voor het onderzoeken en stellen van een **classificerende diagnose verstandelijke beperking**. Hierbij worden een aantal specifieke persoonsfactoren (namelijk de criteria voor een classificerende diagnose verstandelijke beperking) in kaart gebracht. Er wordt met andere woorden **ingezoomd** op een onderdeel van het diagnostisch proces, namelijk de beschrijvende fase.

In een tweede onderdeel wordt er **uitgezoomd** en gaan we in op het **bredere diagnostisch proces**. Hierbij worden richtlijnen omschreven voor de bredere beschrijvende fase waarbij het volledig beeld van de persoon wordt beschreven. Er is hierbij niet enkel aandacht voor de criteria van een classificerende diagnose verstandelijke beperking, maar ook voor andere ervaren moeilijkheden, contextfactoren, positieve factoren, biologische factoren, enzovoort. Daarnaast wordt in het tweede onderdeel van de richtlijn dieper ingegaan op de verklarende en adviserende fase.

Hoewel classificerende diagnostiek en het breder diagnostisch proces hier afzonderlijk van elkaar worden beschreven, zullen deze fases in de praktijk niet (noodzakelijk) lineair verlopen. **Het diagnostisch proces is immers een circulair en dynamisch gegeven**.

De richtlijnen zijn gestructureerd aan de hand van de **zeven kwaliteitspijlers** van de AIRD. De pijlers zijn van belang tijdens alle fases van het diagnostisch proces, maar worden om pragmatische redenen niet bij elke fase (even uitgebreid) besproken.

# Pijler kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken

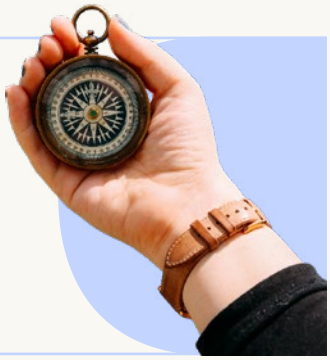
## Het onderzoeken van het intelligentiecriterium en het criterium adaptieve vaardigheden

### Gebruik gestandaardiseerde, kwaliteitsvolle instrumenten

Om het intelligentiecriterium en het criterium adaptieve vaardigheden op een **gestandaardiseerde en objectieve** manier in kaart te brengen, worden in de eerste plaats gestandaardiseerde instrumenten gebruikt. Hierbij wordt er gekozen voor instrumenten die een **zo volledig mogelijk beeld** van de criteria geven.

- Voor het in kaart brengen van adaptieve vaardigheden worden doorgaans (semi)gestructureerde interviews of vragenlijsten gebruikt.
- Voor het in kaart brengen van cognitieve vaardigheden worden doorgaans intelligentietesten gebruikt.
- Voor het criterium adaptieve vaardigheden wordt zo veel mogelijk gekozen voor een instrument (of meerdere instrumenten of schalen) dat tenminste de **conceptuele, sociale en praktische vaardigheden** in kaart brengt.
- Om het intelligentiecriterium in kaart te brengen wordt zo veel mogelijk gekozen voor een **algemene intelligentietest** (zie theoretisch kader).
- Daarnaast dient er zoveel mogelijk te worden gekozen voor **kwaliteitsvolle**, gestandaardiseerde instrumenten. De kwaliteit van een test is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument.

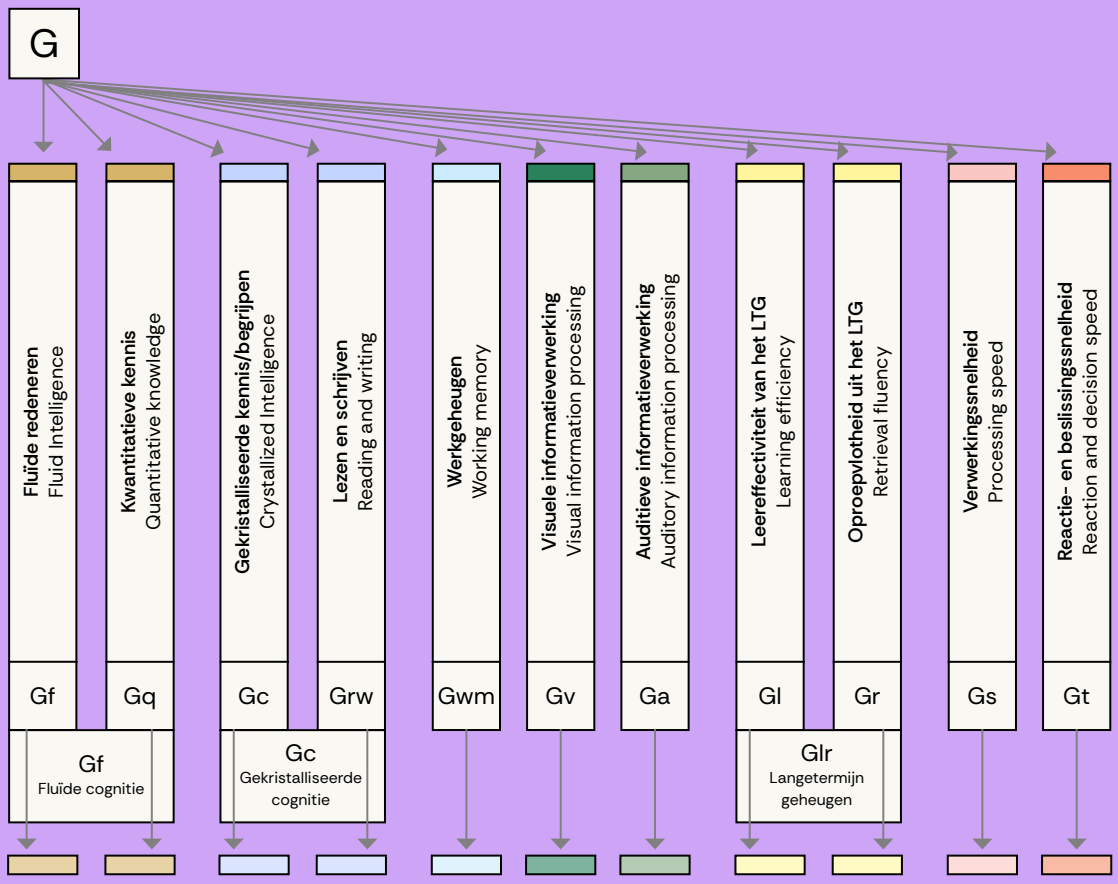
In Deel 3 van deze richtlijn, het instrumentarium, kan je een overzicht vinden van te gebruiken instrumenten en hun kwaliteitslabel. Er dient zoveel mogelijk te worden gekozen voor een instrument met een hoog kwaliteitslabel (label A+ of A). Ook deze instrumenten hebben echter beperkingen. Het is belangrijk om testscores te interpreteren in het licht van deze beperkingen.



THEORETISCH KADER

## Wat is een algemene intelligentietest?

Volgens het Cattell-Horn-Carroll-model (CHC-model), één van de meest wetenschappelijk onderbouwde modellen voor het meten van intelligentie, bestaan er drie hiërarchische niveaus van intelligentie. Op het hoogste niveau bevindt zich de algemene intelligentie, oftewel de G-factor (niveau III). De G-factor is op te splitsen in brede cognitieve vaardigheden, zoals fluïde redeneren en gekristalliseerde kennis (niveau II). Deze brede cognitieve vaardigheden zijn op hun beurt op te splitsen in verschillende nauwe cognitieve vaardigheden, zoals inductief redeneren en algemene kennis (niveau I). Met een algemene intelligentietest wordt een test bedoeld die volgens het CHC-model minstens vier brede cognitieve vaardigheden meet, waaronder vloeiende (en/of kwantitatieve) intelligentie en gekristalliseerde intelligentie.



Meer informatie over het CHC-model kan gevonden worden op het CHC-platform van Thomas More.

Meer informatie over algemene intelligentietesten kan gevonden worden in Deel 2 van deze richtlijn en de website van de BFP testcommissie.

## Interpreteer geen absolute scores, wel betrouwbaarheidsintervallen

Bij intelligentietesten en instrumenten voor adaptieve vaardigheden die genormeerd zijn voor de algemene populatie, spreekt men van 'deficiënties' in respectievelijk het intellectueel functioneren en de adaptieve vaardigheden als de score van de test **twee of meer standaarddeviaties onder het gemiddelde** ligt. Bij de meeste intelligentietesten is het gemiddelde 100 en de standaarddeviatie 15. De grenswaarde om te voldoen aan het intelligentiecriterium zou dan 70 of lager zijn. De scores van instrumenten kunnen echter niet op een dergelijke eenduidige manier worden geïnterpreteerd.

**Testscores vormen immers steeds een (punt)schatting en een momentopname**. Als je de test verschillende keren zou afnemen, dan zou de score telkens wat verschillen. Dit kan komen door toeval, meetfouten (ook bij testen van hoge kwaliteit) of externe factoren, zoals een slechte nachtrust, faalangst, lage motivatie en omgevingslawaai. Zelfs een klein verschil in scores kan in de praktijk heel belangrijk zijn. **De ene keer kan iemands IQ-score bijvoorbeeld net onder de grenswaarde van 70 liggen, en de andere keer net boven die grenswaarde**. De ene keer zou er dus voldaan zijn aan het intelligentiecriterium, de andere keer niet.

Om dit te vermijden is het belangrijk om geen interpretaties over de criteria te maken op basis van absolute testscores, en in de plaats daarvan **betrouwbaarheidsintervallen te rapporteren en te interpreteren**.

- Als de grenzen van het betrouwbaarheidsinterval onder de grenswaardes van de instrumenten voor intelligentie (doorgaans 70) en adaptieve vaardigheden liggen, geeft dit een *indicatie* dat er is voldaan aan de criteria, en dat er dus sprake *kan* zijn van een diagnose verstandelijke beperking.
- Als de grenzen van het betrouwbaarheidsinterval boven de grenswaardes van de instrumenten liggen, dan geeft dit een *indicatie* dat er niet is voldaan aan (één van) de criteria en dat er *waarschijnlijk* geen diagnose verstandelijke beperking kan worden gesteld.

## Wat is een Betrouwbaarheidsinterval?[6]

Het 95% betrouwbaarheidsinterval kan geïnterpreteerd worden als een soort '**foutenmarge**' rondom de testscore.

Er bestaan **verschillende formules** om een betrouwbaarheidsinterval te berekenen. De interpretatie van een betrouwbaarheidsinterval zal afhangen van de formule die wordt gebruikt. **Een van de mogelijke interpretaties is dat als we (in theorie) de test vele keren zouden herhalen, we verwachten dat 95% van de bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen de 'ware' score bevatten.** Voorafgaand aan de afname is er dan 95% kans dat het uiteindelijke 95% betrouwbaarheidsinterval de 'ware' score zal bevatten.

Hierbij is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat **zelfs betrouwbaarheidsintervallen geen zekerheid** over de resultaten kunnen bieden. Door de manier waarop betrouwbaarheidsintervallen worden geconstrueerd, kunnen ze een onderschatting van de meetonzekerheid geven, zeker bij bepaalde groepen (bv. cliënten met zeer weinig cognitieve mogelijkheden of cliënten met een migratieachtergrond).

Merk op dat in (uitzonderlijke) gevallen ook een 90% of 99% betrouwbaarheidsinterval kan worden berekend. Het 95% betrouwbaarheidsinterval wordt doorgaans wel het meest gebruikt.

6 De informatie in dit theoretisch kader werd gebaseerd op het volgende artikel: Lek, K., van de Schoot-Hubeek, W., Kroesbergen, E., & van de Schoot, R. (2017). Het betrouwbaarheidsinterval in intelligentietests: Hoe zat het ook alweer?. *De Psycholoog*, *1*(1), p. 10-24.

THEORETISCH KADER

## Werk met verschillende methodes en informanten om tot een betrouwbaar en gedegen klinisch oordeel te komen

**Het is niet altijd mogelijk of voor de hand liggend om op basis van (de betrouwbaarheidsintervallen van) testscores te bepalen of er voldaan is aan het intelligentiecriterium en het criterium adaptieve vaardigheden, en dus om te bepalen of er sprake is van een diagnose verstandelijke beperking**. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat:

- de betrouwbaarheidsintervallen een onderschatting van de meetonzekerheid geven (zie theoretisch kader);
- de betrouwbaarheidsintervallen de grenswaarde van (één van) de criteria bevat;
- er volgens het diagnostisch team redenen zijn om aan te nemen dat de testscore een over- of onderschatting van het functioneren weerspiegelt;
- er volgens de testscores voldaan is aan het intelligentiecriterium, maar niet aan het criterium adaptieve vaardigheden of andersom;
- er volgens de testscores voldaan is aan bepaalde, maar niet aan alle aspecten van het criterium adaptieve vaardigheden (bv. lage score voor conceptuele vaardigheden en hogere score voor praktische vaardigheden).

  → Merk op dat het voor het criterium adaptieve vaardigheden volstaat als (de grenzen van het betrouwbaarheidsinterval van) een deelscore onder de grenswaarde ligt. Grote verschillen tussen deelscores dienen uiteraard kritisch geïnterpreteerd te worden.

Bij het onderzoeken van een diagnose verstandelijke beperking is het daarom belangrijk om beslissingen niet enkel te baseren op (betrouwbaarheidsintervallen van) testscores. Om het **diagnostisch onderzoek en de conclusies daarvan stevig te onderbouwen** is het aangewezen om:

- **Verschillende methodes** in te zetten om het intelligentiecriterium en het criterium adaptieve vaardigheden in kaart te brengen. Naast gestandaardiseerde instrumenten dient gebruik te worden gemaakt van (a) **observaties** (bij voorkeur binnen verschillende contexten, zoals thuis, op school, op het werk), (b) **gesprekken** met het cliëntsysteem, en (c) **analyses** van bestaande verslagen en dossiergegevens.

  → Merk op dat ook bij deze methodes gebruik kan worden gemaakt van gestandaardiseerde instrumenten. Deze kunnen als leidraad worden gebruikt, waarbij niet (enkel) de testscores, maar (ook) de kwalitatieve informatie wordt meegenomen.

- **Verschillende informanten** te raadplegen. Niet enkel observaties van en gesprekken met de cliënt, maar ook gesprekken en observaties in interactie met ouders, familie, leerkrachten, collega's, of andere belangrijke personen in het leven van de cliënt, kunnen veel waardevolle informatie opleveren.

De informatie vanuit alle (kwantitatieve én kwalitatieve) bronnen over het intelligentiecriterium en het criterium adaptieve vaardigheden kan vervolgens worden samengenomen om beslissingen te nemen over het al dan niet stellen van een diagnose verstandelijke beperking. Het diagnostisch team (zie ook de richtlijnen in verband met interdisciplinaire samenwerking) komt op deze manier tot **een gedragen en onderbouwd klinisch oordeel.**[7]

Deze multimethodische benadering is van extra grote waarde wanneer er twijfels zijn over de aanwezigheid van de criteria op basis van testscores.

7 Zie volgende bronnen voor meer richtlijnen en handvaten in verband met het vormen van een klinisch oordeel: Schaubroeck, S. (2019). Klinisch oordeel: kritisch denken in de grijze zone. Caleidoscoop, 1, 10-19; Schalock, R.L. & Luckasson, R. (2014). *Clinical judgment (2nd Edition)*.

## Maak weloverwogen beslissingen wanneer het gebruik van kwaliteitsvolle gestandaardiseerde instrumenten niet voor de hand liggend is

**Het is niet altijd voor de hand liggend (of zelfs mogelijk) om kwaliteitsvolle gestandaardiseerde instrumenten af te nemen omdat de instrumenten niet op elke cliënt zijn afgestemd.** Denk hierbij aan cliënten met zeer beperkte cognitieve mogelijkheden, een migratieachtergrond, beperkte taalvaardigheden of Nederlandstalige kennis, of beperkte motorische vaardigheden.

In deze situaties is het belangrijk om een **weloverwogen keuze** te maken met betrekking tot instrumenten en methodieken. Hieronder komen **enkele opties** aan bod voor situaties waarin het afnemen van een kwaliteitsvolle gestandaardiseerde test niet voor de hand liggend (of mogelijk) is.

Het toekennen van een diagnose verstandelijke beperking is geen beslissing waar licht mag worden overgegaan. Daarom is het belangrijk om kritisch te zijn bij het overwegen van volgende opties en hier op een **integere manier** mee om te gaan. E**r kan alleen op deze opties worden overgegaan als:**

- er gegronde redenen zijn en duidelijke argumentatie wordt voorzien;
- de resultaten op een voorzichtige en kritische manier worden geïnterpreteerd in het licht van de gebruikte methode(s);
- de resultaten goed worden aangevuld met informatie van andere, kwalitatieve bronnen;
- de rapportage grondig en transparant gebeurt (zie ook richtlijnen in verband met rapportage).

Er kan worden gekozen voor **instrumenten die minder kwaliteitsvol** zijn, maar wel beter zijn afgestemd op de cliënt in kwestie (instrumenten met een label B of C, zie het instrumentarium). Merk op dat er voor het intelligentiecriterium in eerste instantie altijd dient te worden gekozen voor instrumenten die de algemene intelligentie in kaart brengen. Alleen als dit niet kan, kan een instrument worden gebruikt dat **specifieke cognitieve vaardigheden** in kaart brengt. Hierbij moet het team zich er goed bewust van zijn dat het intelligentiecriterium slechts deels in kaart wordt gebracht, en dienen interpretatie en rapportage hierop te worden afgestemd. In het instrumentarium wordt duidelijk aangegeven welke instrumenten algemene intelligentie in kaart brengen, en welke instrumenten enkel specifieke cognitieve vaardigheden in kaart brengen.

💡 *Bijvoorbeeld: het gebruik van de SON-R bij personen die de Nederlandse taal minder of niet machtig zijn.*

💡 *Bijvoorbeeld: het gebruik van de GTI voor het in kaart brengen van adaptieve vaardigheden bij cliënten met zéér beperkte cognitieve vaardigheden.*

Er kunnen **aanpassingen** worden gemaakt in de instructies, items of samenstelling van de test.

- In eerste instantie wordt hierbij bekeken of de testuitgevers **instructies in de handleiding** hebben opgenomen voor aanpassingen bij specifieke doelgroepen. Op deze manier is er nog een vorm van standaardisatie, maar ook in deze gevallen zal uiteraard voorzichtig moeten worden omgesprongen met de interpretaties van de scores en de vergelijkingen met normgroepen.
- In tweede instantie kan worden bekeken of er een **alternatieve scoring of index** werd voorzien door de testontwikkelaars.

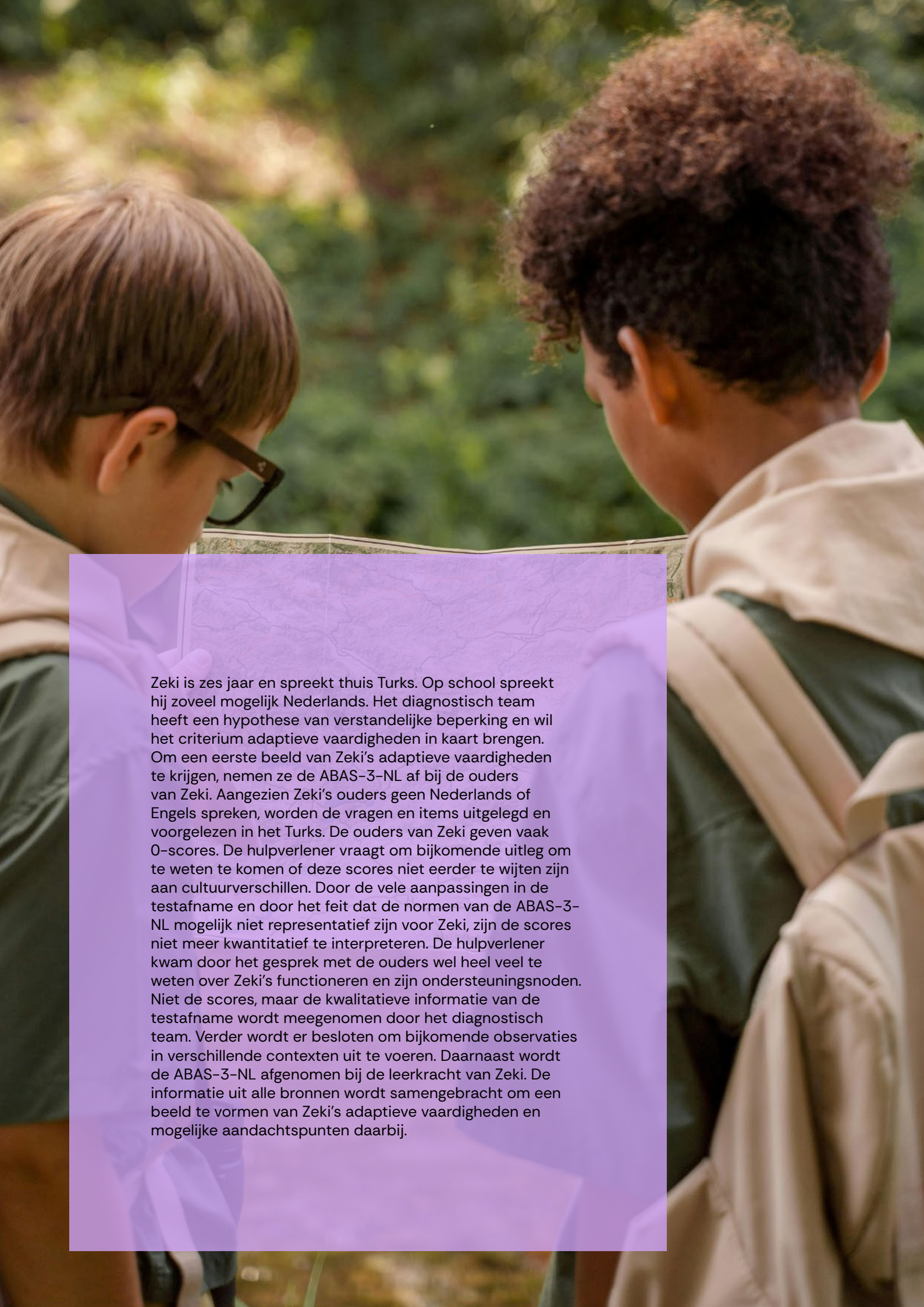
  💡 *Een voorbeeld hiervan is een index waarbij de impact van taal zoveel mogelijk wordt gereduceerd (NiTal-index). Maar ook dit soort indexen hebben beperkingen en kunnen nooit het totale IQ (zoals gemeten met een algemene, kwaliteitsvolle intelligentietest) vervangen.*

- Als geen van bovenstaande opties een mogelijkheid is, kunnen aanpassingen worden gemaakt **op basis van de behoeften van de cliënt**. Denk hierbij aan het geven van extra instructies, herhalen van instructies, vertalen van instructies, voorlezen van instructies, voorzien van extra oefenkansen en voorbeelditems, enzovoort. Belangrijk om op te merken is dat er in deze gevallen zal moeten worden ingeschat **in welke mate de resultaten nog op een kwantitatieve manier te interpreteren zijn**, gezien de afname niet op een gestandaardiseerde manier verliep. De kwalitatieve informatie van de testafname kan uiteraard nog worden meegenomen in het klinisch oordeel van het team, maar de testscore op zich zal minder of geen betekenis hebben. Het is dan ook belangrijk om transparant te rapporteren welke aanpassingen werden gemaakt.

Er kan worden gekozen om **een instrument te gebruiken dat voor een andere doelgroep of een ander doeleinde is bedoeld, maar wel waardevolle informatie kan opleveren over de cliënt in kwestie**. In deze gevallen kunnen de scores niet meer worden gebruikt om inschattingen te maken over de aanwezigheid van de criteria voor een diagnose verstandelijke beperking. De kwalitatieve gegevens van de testafnames kunnen wel waardevolle inzichten opleveren.

- *Bijvoorbeeld: het gebruik van de Bayley-III-NL adaptief gedragsschaal (dat voor jonge kinderen is bedoeld) bij oudere cliënten met zeer beperkte adaptieve mogelijkheden.*
- *Bijvoorbeeld: bij personen met zéér beperkte cognitieve mogelijkheden is het soms niet mogelijk om een intelligentietest af te nemen, maar moet men wel kunnen aantonen dat er voldaan is aan het intelligentiecriterium. Om dit te doen, kunnen observaties worden gemaakt van zeer basale cognitieve vaardigheden, (bv. de cliënt kan de aandacht niet langer dan een minuut vasthouden, de cliënt is niet in staat om enkelvoudige instructies op te volgen). De GTI is een instrument dat bedoeld is om adaptieve vaardigheden op een zeer basaal niveau in kaart te brengen, maar geeft ook indicaties van het cognitief functioneren. Een instrument zoals de GTI kan als leidraad worden gebruikt bij observaties van het basaal cognitief functioneren.*

In dit onderdeel gingen we vooral in op het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten bij diverse groepen. Verder in deze richtlijn worden handvaten en richtlijnen beschreven in verband met andere aspecten van het diagnostisch onderzoek bij diverse groepen.



Zeki is zes jaar en spreekt thuis Turks. Op school spreekt hij zoveel mogelijk Nederlands. Het diagnostisch team heeft een hypothese van verstandelijke beperking en wil het criterium adaptieve vaardigheden in kaart brengen. Om een eerste beeld van Zeki's adaptieve vaardigheden te krijgen, nemen ze de ABAS-3-NL af bij de ouders van Zeki. Aangezien Zeki's ouders geen Nederlands of Engels spreken, worden de vragen en items uitgelegd en voorgelezen in het Turks. De ouders van Zeki geven vaak 0-scores. De hulpverlener vraagt om bijkomende uitleg om te weten te komen of deze scores niet eerder te wijten zijn aan cultuurverschillen. Door de vele aanpassingen in de testafname en door het feit dat de normen van de ABAS-3-NL mogelijk niet representatief zijn voor Zeki, zijn de scores niet meer kwantitatief te interpreteren. De hulpverlener kwam door het gesprek met de ouders wel heel veel te weten over Zeki's functioneren en zijn ondersteuningsnoden. Niet de scores, maar de kwalitatieve informatie van de testafname wordt meegenomen door het diagnostisch team. Verder wordt er besloten om bijkomende observaties in verschillende contexten uit te voeren. Daarnaast wordt de ABAS-3-NL afgenomen bij de leerkracht van Zeki. De informatie uit alle bronnen wordt samengebracht om een beeld te vormen van Zeki's adaptieve vaardigheden en mogelijke aandachtspunten daarbij.

# Het onderzoeken van het ontwikkelingscriterium

Om een diagnose verstandelijke beperking te stellen, dienen moeilijkheden in het intellectueel en adaptief functioneren volgens de DSM en AAIDD duidelijk te worden **tijdens de ontwikkelingsperiode.** De meest recente versie van de AAIDD specifieert hierbij een leeftijdsgrens van 22 jaar.

Merk op dat dit niet betekent dat er sprake moet zijn van een **diagnose tijdens de ontwikkelingsperiode**. Voor volwassenen bij wie nog geen formele diagnose werd gesteld, kunnen verschillende bronnen geraadpleegd worden:

- verslagen van diagnostische centra, school of voorzieningen binnen de jeugdhulp;
- verslagen voor tegemoetkomingen (vb. aanvraag voor zorgtoeslag);
- gesprekken met de cliënt en diens context.

# Het bepalen van de ernstgradatie

De DSM en AAIDD omschrijven dat er een ernstgradatie bij een diagnose verstandelijke beperking bepaald kan worden om hulpverleners handvaten te geven om de **ondersteuningsnoden** in te schatten. Volgens de meest recente versies van deze publicaties dient dit te gebeuren op basis van **kwalitatieve beschrijvingen van de adaptieve vaardigheden**. In de DSM wordt een verdere opdeling gemaakt binnen de classificatie verstandelijke beperking en worden **vier ernstcategorieën** (licht, matig, ernstig, en zeer ernstig) beschreven aan de hand van de adaptieve vaardigheden.

Adaptieve vaardigheden vormen één onderdeel van het functioneren. Het is daarom niet wenselijk om de ondersteuningsnoden van het cliëntsysteem enkel in te schatten op basis van de adaptieve vaardigheden. Hoewel adaptieve vaardigheden belangrijke indicaties geven om de ondersteuningsnoden in te schatten, zullen deze **noden ook bepaald worden door allerlei andere factoren**. Denk hierbij aan andere ervaren moeilijkheden (bv. angst), contextfactoren (bv. beschikbaarheid van het netwerk), positieve factoren (bv. motivatie), en de interacties tussen al deze factoren. **Bij het bepalen van de ondersteuningsnoden dient bovendien altijd rekening te worden gehouden met de hulpvraag, de noden en wensen van het cliëntsysteem.** Om de ondersteuningsnoden in te schatten, dient er met andere woorden een breder diagnostisch proces te worden doorlopen, dat verder gaat dan enkel het in kaart brengen van adaptieve vaardigheden.

Om een classificerende diagnose verstandelijke beperking te stellen, is het niet nodig om een 'ernstcategorie voor de verstandelijke beperking' te bepalen. Als er toch een verdere opdeling binnen de classificerende categorie verstandelijke beperking wordt gemaakt, dan:

- dient het diagnostisch team hier **reflexief** mee om te gaan en zich af te vragen wat het doel is van deze verdere classificatie;
- dient het diagnostisch team dit te doen op basis van kwalitatieve beschrijvingen van adaptieve vaardigheden, en **niet op basis van scores op gestandaardiseerde instrumenten**. Hoewel de ernstcategorieën van verstandelijke beperking in vorige versies van de DSM werden bepaald op basis van bijvoorbeeld IQ-scores en/of scores op vragenlijsten voor adaptieve vaardigheden, wordt dit in recentere versies expliciet afgeraden, omdat:

  → de meeste intelligentietesten en instrumenten voor adaptieve vaardigheden een beperkt differentiatievermogen hebben in de lagere en hogere bereiken. Met andere woorden, de scores in de lagere en hogere bereiken zijn een stuk minder betrouwbaar en valide;

  → kwantitatieve scores geen handvaten bieden voor het bepalen van de mate van ondersteuning.

# Het rapporteren van bevindingen in verband met de criteria voor een diagnose verstandelijke beperking

De pijler 'kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken' gaat niet enkel over het gebruik van kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken. Ook een **goede verslaggeving is een essentieel instrument**. Het verslag is immers van groot belang voor zowel het diagnostisch team, externe organisaties als het cliëntsysteem.

Een goede vuistregel is dan ook om de bevindingen van het onderzoek naar een classificerende diagnose verstandelijke beperking steeds **zo transparant en volledig mogelijk** te rapporteren. De **minimale informatie** die in het verslag dient te worden opgenomen, wordt hiernaast beschreven.

Merk op dat hier vooral richtlijnen worden gegeven voor het rapporteren van de bevindingen in verband met de criteria voor een classificerende diagnose verstandelijke beperking. In het verslag moet uiteraard ook aandacht zijn voor bevindingen op basis van het breder diagnostisch proces en het holistisch, biopsychosociaal beeld van het cliëntsysteem dat daaruit voortvloeit (zie Deel 2 van de richtlijn).

- Geef aan op **welke datum** de verschillende onderdelen van het diagnostisch onderzoek plaatsvonden en **welke teamleden betrokken waren** bij de verschillende onderdelen. Hierbij kan informatie worden gegeven over de discipline en relevante (bij)scholing en ervaring van de betrokken teamleden (zie ook richtlijnen in verband met de samenstelling van het interdisciplinair team). Op die manier kunnen anderen een inschatting maken van de representativiteit en kwaliteit van het diagnostisch onderzoek.
- Geef aan **welke gestandaardiseerde instrumenten** en welke versies werden gebruikt om kwantitatieve informatie te verzamelen.
- Rapporteer de absolute scores altijd samen met hun **betrouwbaarheidsintervallen**.
- Rapporteer **kritische interpretaties** van de (betrouwbaarheidsintervallen rond de) testscores op basis van:

  → de beperkingen van het instrument (zie instrumentarium);

  → externe factoren die een invloed hadden tijdens de testafname;

  → de unieke cliënt waarbij de testen werden afgenomen;

  → alle beschikbare informatie uit verschillende bronnen.

- Beschrijf scores van gestandaardiseerde instrumenten op een **consistente manier**. Wanneer gestandaardiseerde instrumenten worden gebruikt, beschrijven professionals testscores vaak op verschillende manieren. Daarbij worden verschillende termen voor een zelfde numerieke score gebruikt, wat kan zorgen voor **miscommunicatie**.

  💡 *Bijvoorbeeld: een IQ-score van 80 die door de ene als 'laag' wordt omschreven en door de andere als 'benedengemiddeld'.*

Binnen de zorg- en hulpverlening is het echter cruciaal om testscores op een **uniforme en heldere manier** te rapporteren. Om hulp- en zorgverleners hierin te ondersteunen ontwikkelde het Vlaams Forum voor Diagnostiek beschrijvende labels die voor alle instrumenten waar een normaalverdeling op van toepassing is, gebruikt kunnen worden (zie Tabel 2). We raden ten sterkste aan om deze labels te gebruiken bij **verslaggeving en communicatie**. Door deze beschrijvingen te gebruiken, kan gestreefd worden naar meer uniformiteit binnen het diagnostisch veld.

Tabel 2. Beschrijvende labels bij normaalverdeling volgens het Vlaams Forum voor Diagnostiek

| | t-score | IQ/Indexscore | AU (Afgeleide uitslag) | z-score | Percentiel |
|---|---|---|---|---|---|
| Zeer hoge score | 70 - ... | 130 - ... | 16 - ... | 2.00 t.em. ... | ≥98 (98 - ...) |
| Hoge score | 64 – 69 | 120 – 129 | 14 – 15 | 1.33 t.e.m. 1.99 | <98 (91 – 97) |
| Hooggemiddelde score | 57 - 63 | 110 - 119 | 12 - 13 | 0.67 t.e.m. 1.32 | <91 (75 – 90) |
| Gemiddelde score | 44 - 56 | 90 - 109 | 8 - 11 | -0.67 t.e.m. 0.66 | <75 (25 – 74) |
| Laaggemiddelde score | 37 - 43 | 80 - 89 | 6 - 7 | -1.33 t.e.m. -0.68 | <25 (9 – 24) |
| Lage score | 30 - 36 | 70 - 79 | 4 - 5 | -2.00 t.e.m. -1.34 | <9 (3-8) |
| Zeer lage score | ... - 29 | ... - 69 | ... - 3 | ... t.e.m. -2.01 | <3 (... - 2) |
| M | 50 | 100 | 10 | 0 | |
| SD | 10 | 15 | 3 | 1 | |

Voor meer informatie kan je het volledige rapport van het Vlaams Forum voor Diagnostiek raadplegen.

- Indien **geen of minder kwaliteitsvolle instrumenten** werden gebruikt, rapporteer:

  → Waarom - De redenen en onderbouwde motivatie om geen of een minder kwaliteitsvol instrument te kiezen.

  → Hoe - Een gedetailleerde beschrijving van hoe het intelligentiecriterium en/of het criterium adaptieve vaardigheden wel in kaart werd(en) gebracht.

  → Wat – Wat er aan de hand van deze methodes wel en niet in kaart kon worden gebracht (bv. geen totale IQ-score) en wat de nadelen zijn van de gebruikte methodes.

- Geef aan **welke informanten** naast de cliënt werden bevraagd en/of onderzocht.
- Geef aan **welke methodes** (bv. observaties, gesprekken en analyses van eerdere verslagen en dossiers) werden ingezet om kwalitatieve informatie te verzamelen:

  → Geef aan hoe deze kwalitatieve informatie werd verzameld (bv. gestructureerd, semigestructureerd, ongestructureerd).

  → Rapporteer de kwalitatieve informatie zo volledig en gestructureerd mogelijk.

  → Maak een duidelijk onderscheid tussen wat objectief werd waargenomen en wat subjectief werd geïnterpreteerd door het diagnostisch team.

  💡 *Illustratie: Observatie vs. interpretatie*

  *Observatie: een kind kijkt sporadisch naar de leraar en vermijdt oogcontact*

  *Interpretatie: het kind vertoont weinig sociale responsiviteit*

  *De observatie is iets wat objectief wordt vastgesteld, terwijl de interpretatie van het gedrag subjectief, en dus mogelijk niet geheel correct is. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat het kind een slechte band heeft met de leerkracht, en dat het kind in andere situaties wel personen aankijkt. Daarom is het belangrijk om zowel de objectieve observatie als interpretatie te rapporteren en hier een duidelijk onderscheid in te maken.*

- Geef aan hoe alle informatie uit de kwalitatieve en kwantitatieve bronnen over zowel het intelligentiecriterium als het criterium adaptieve vaardigheden heeft geleid tot het **klinisch oordeel van het diagnostisch team**. Besteed extra aandacht aan deze sectie in het verslag bij inconsistenties tussen de verschillende informatiebronnen.

# Eerdere informatie en hertesting

Eerdere verslaggeving, dossiergegevens en testinformatie kunnen zeer **nuttige informatie** opleveren en de **belasting voor de cliënt en het team verlichten**. Hier dient echter **voorzichtig en kritisch** mee te worden omgegaan. Het diagnostisch team dient de relevantie en de kwaliteit van dit materiaal te beoordelen alvorens informatie wordt overgenomen.

In sommige gevallen kan **nieuw of bijkomend onderzoek aangewezen zijn**. Enkele **voorbeelden** van situaties:

💡 *De conclusies lijken niet meer actueel te zijn. Het vroegere functioneren van de cliënt lijkt niet meer overeen te komen met het huidige functioneren. De informatie uit eerder onderzoek kan uiteraard nog steeds interessant zijn (bv. voor het in kaart brengen van het ontwikkelingscriterium).*

💡 *De voorgaande conclusies stroken niet met de inschattingen van het huidige diagnostische team.*

💡 *De kwaliteit van het voorgaand onderzoek lijkt niet optimaal te zijn. De huidige richtlijn kan als leidraad dienen om de kwaliteit van voorgaand diagnostisch onderzoek te beoordelen.*

**Wanneer een test of een soortgelijke test** (zoals een oudere versie van de test) **recent werd afgenomen, kan het afgeraden zijn om de test op korte termijn opnieuw af te nemen.** Bij sommige testen kunnen immers leereffecten optreden waardoor de testuitslag niet meer betrouwbaar en valide zal zijn. Vooral bij **intelligentietesten** werd onderzoek gedaan naar leereffecten.[8]

- Bij voorkeur wordt minstens één jaar gewacht om eenzelfde test opnieuw te gebruiken. Het diagnostisch team kan echter van mening zijn dat de eerste testafname die door hun team werd uitgevoerd, beïnvloed werd door externe factoren, zoals vermoeidheid, motivatie of de impact van medische problemen. Het klinisch oordeel weegt door bij het besluit om eenzelfde test op korte termijn opnieuw af te nemen.

Eerdere verslaggeving en dossiers kunnen ervoor zorgen dat er op voorhand een bepaald beeld wordt gevormd over de cliënt, met een blijvende impact op het verdere verloop van het diagnostisch proces. Dit wordt ook wel '**bias**' genoemd.

💡 *Een tip om bias te verminderen, is om hypotheses die in het verleden werden geformuleerd door externe organisaties of partijen (bv. school) pas te raadplegen na het intakegesprek zodat er met een brede blik naar de cliënt kan worden gekeken.*

8 De richtlijnen die hier worden beschreven zijn gebaseerd op volgend artikel: Schittekatte, M. (2000). *Het hertesten van intelligentie bij kinderen: een literatuurstudie*. Geraadpleegd via https://modulas.sig-net.be/uploads/artikels_signaal/significant_hertesting_schittekatte_2000_nr0.pdf

# Pijler interdisciplinaire samenwerking

## De samenstelling van het diagnostisch team

Om te bepalen welke disciplines betrokken dienen te worden tijdens het onderzoek naar een diagnose verstandelijke beperking kan in eerste instantie de **wetgeving** worden geraadpleegd. Tot op heden is de wetgeving rond het onderzoeken en stellen van classificerende diagnoses heel summier, en wordt hier vooral op ingegaan in de Wet betreffende de Uitoefening van de Gezondheidsberoepen (WUG).[9]

De WUG beschrijft dat "*buiten de in artikel 3, § 1, bedoelde beoefenaars (i.e., artsen) alleen de houder van een erkenning uitgereikt door de minister bevoegd voor Volksgezondheid de klinische psychologie en klinische orthopedagogiek mag uitoefenen*". In de definities van klinische psychologie en klinische orthopedagogiek wordt diagnostiek expliciet opgenomen.

**Definitie klinische psychologie**

*"Het gebruikelijk verrichten van handelingen die tot doel hebben of worden voorgesteld tot doel te hebben, bij een mens en in een wetenschappelijk onderbouwd klinisch psychologisch referentiekader, de preventie,* ***het onderzoek, het opsporen of het stellen van een psychodiagnose*** *van echt dan wel ingebeeld psychisch of psychosomatisch lijden en die persoon te behandelen of te begeleiden."*

**Definitie klinische orthopedagogiek**

*"Het, in een wetenschappelijk referentiekader van de klinische orthopedagogiek, gebruikelijk verrichten van handelingen die de preventie,* ***het opsporen en het stellen van een pedagogische diagnostiek*** *met een bijzondere aandacht voor contextuele factoren en het opsporen van problemen in verband met de opvoeding, het gedrag, de ontwikkeling of het leren van personen tot doel hebben alsook de behandeling en begeleiding van die personen."*

De WUG heeft voornamelijk het doel om op te sommen onder welke voorwaarden iemand in België een gezondheidsberoep mag uitoefenen. **De WUG gaat echter niet in op andere belangrijke randvoorwaarden om de kwaliteit van het diagnostisch traject te waarborgen.**

9 Artikel 68 van de Wet betreffende de Uitoefening van de Gezondheidsberoepen. Geraadpleegd via: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015051006&table_name=wet#t

Gezien de complexiteit van het onderzoek naar een diagnose verstandelijke beperking kan deze diagnose **niet monodisciplinair** (i.e., door één iemand) worden gesteld. Er dient een team samengesteld te worden bestaande uit **verschillende disciplines met de juiste expertise en kennis** om de diagnose te onderzoeken. Bij *voorkeur* worden volgende disciplines betrokken:

- maatschappelijke discipline;
- medische discipline;
- paramedische discipline, (bv. logopedist, kinesitherapeut);
- pedagogische discipline (bv. bij kinderen en jongeren);
- psychologische discipline.

**Conform de WUG dient een arts, erkende klinisch psycholoog en/of erkende klinisch orthopedagoog steeds deel uit te maken van dit team.**

Onze *richtlijnen* hierbij zijn dat:

- deze personen niet enkel over het relevante diploma, maar ook over de juiste expertise beschikken (bv. door ervaring of bijscholing) om specifieke diagnoses bij specifieke cliënten te onderzoeken en te stellen (bv. het stellen van een diagnose verstandelijke beperking bij volwassenen);
- deze personen actief deelnemen aan het diagnostisch onderzoek zodat ze niet enkel besluiten nemen op basis van secundaire informatie (i.e., informatie vanuit andere disciplines).

**De samenstelling van het team zal steeds afhangen van de hulpvraag en het unieke cliëntsysteem.** Denk hierbij aan de leeftijd van de cliënt, de specifieke ervaren moeilijkheden en de geformuleerde hypotheses.

- Het is de verantwoordelijkheid van de arts, de erkende klinisch psycholoog en/of erkende klinisch orthopedagoog om erover te waken dat alle betrokken teamleden (inclusief zijzelf) beschikken over een relevant diploma en/of geschikte vaardigheden en expertise voor het uitvoeren van de taken waarvoor zij worden aangesteld.
- Hierbij is het aan te raden dat de teamleden zich op geregelde tijdstippen bijscholen over het (breder) diagnostisch proces, specifieke classificerende diagnoses, en specifieke doelgroepen.

# De manier van samenwerken

Er is niet alleen aandacht nodig voor de samenstelling van het team, maar ook voor de manier waarop er wordt samengewerkt.

- Werk samen op een **interdisciplinaire**[10] manier. Hiermee bedoelen we dat reflecties, bevindingen en interpretaties van individuele teamleden niet louter naast elkaar worden gelegd, maar worden besproken met elkaar tijdens **mondelinge overlegmomenten** om zo tot gedragen en geïnformeerde beslissingen te komen.
- Wees reflexief over de **teamdynamieken en de inhoud** van het overleg. Een teamoverleg is een sociaal gebeuren waarbij allerlei groepsdynamieken kunnen spelen. Er bestaan verschillende hulpmiddelen en technieken om hier mee om te gaan.

## Praktijktip - Reflexief omgaan met het proces en de inhoud van een teamoverleg

Om het cliëntenoverleg vlot te laten verlopen en iedereen aan het woord te laten, kan het overleg georganiseerd worden aan de hand van een vooropgestelde structuur of model. Voorbeelden hiervan zijn het OASE model, het Zes denkhoeden Model van Edward de Bono en het Fishbowl Model.

Betrek een 'critical friend' of externe persoon om nieuwe perspectieven binnen te brengen, kritische vragen te stellen en blinde vlekken bloot te leggen. Er zijn verschillende organisaties die dergelijke consultancydiensten aanbieden. Op de website van RADAR worden contactgegevens voor consultancy rond specifieke thema's, zoals verstandelijke beperking, opgelijst.

10 Merk op dat hiermee niet wordt verwezen naar de specifieke terminologie die in bepaalde contexten of opdrachten wordt gehanteerd. Hoewel erkende multidisciplinaire teams (MDT's) als 'multidisciplinair' worden aangeduid, sluit dit niet uit dat zij in de praktijk op een interdisciplinaire manier kunnen samenwerken.

# Pijler idiografisch kader

## Kruispuntdenken

Doorheen het diagnostisch traject is het van belang om aandachtig te zijn voor diversiteit en in te zetten op inclusie. Een manier om hierbij stil te staan is het principe van **kruispuntdenken**. Kruispuntdenken houdt in dat elke cliënt zich op een kruispunt van diverse identiteiten bevindt. Denk hierbij aan leeftijd, gender(identiteit), etniciteit, seksuele oriëntatie, familiesamenstelling, cultuur, huidskleur, levensbeschouwing, sociaaleconomische status, enzovoort.

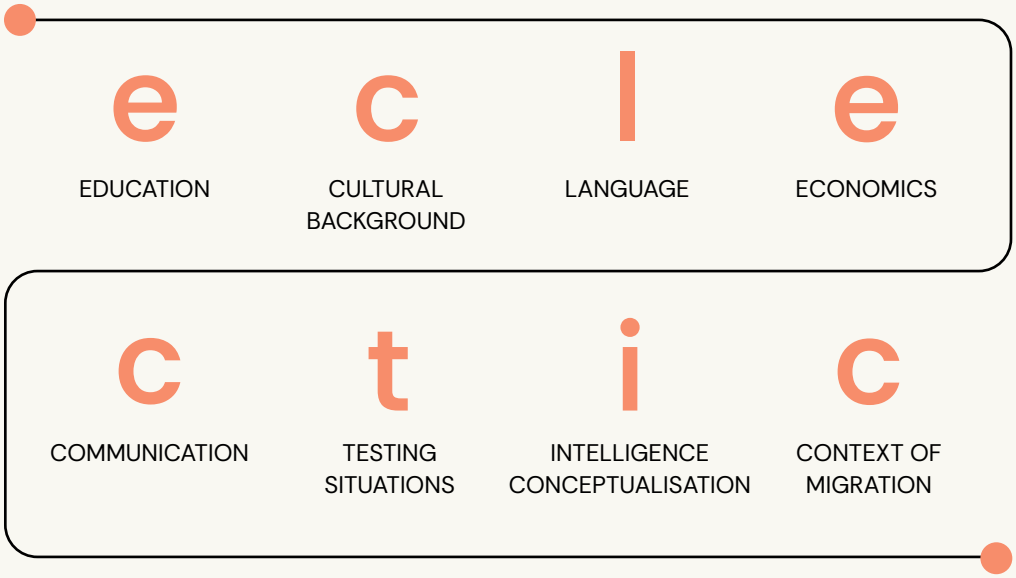
Deze verschillende identiteiten zijn **gelijktijdig werkzaam én beïnvloeden elkaar continu**. Bovendien kunnen deze identiteiten ook een belangrijk onderdeel zijn van hoe een persoon zichzelf ziet. Vaak wordt de identiteit van personen gereduceerd tot één enkele identiteit, vooral wanneer het gaat om een deelidentiteit die anders is dan die van de meerderheidsgroep (bv. etniciteit). Als hulpverlener is het belangrijk om te begrijpen welke deelidentiteiten voor de cliënt het meest belangrijk zijn en deze niet vanuit het eigen perspectief te rangschikken. Deze manier van handelen en denken helpt om **dominante ideeën, normen en ons eigen referentiekader kritisch te evalueren**.

In wat volgt worden richtlijnen omschreven voor deelidentiteiten waarbij het diagnostisch onderzoek naar een diagnose verstandelijke beperking een grotere uitdaging kan vormen. Om pragmatische redenen bespreken we de richtlijnen per deelidentiteit of groep. De bovenvermelde principes van het kruispuntdenken dienen hierbij steeds in het achterhoofd te worden gehouden.

# Onderzoek naar verstandelijke beperking bij personen met een migratieachtergrond

Alvorens het onderzoek naar een diagnose verstandelijke beperking wordt opgestart, is het belangrijk om na te gaan **op welke manier de migratieachtergrond**[11] **van het cliëntsysteem een invloed kan hebben op het diagnostisch onderzoek**. Op die manier kunnen **geïnformeerde beslissingen** worden genomen over het verdere verloop van het diagnostisch traject. Hierbij kan worden vertrokken vanuit het **ECLECTIC** raamwerk.[12] Dit raamwerk brengt verschillende componenten in kaart die een belangrijke invloed kunnen hebben op het onderzoek naar een diagnose verstandelijke beperking.

- De meeste van deze componenten zijn belangrijk om in kaart te brengen bij alle cliënten, ongeacht hun achtergrond.
- Een onderzoek naar deze componenten zal ook belangrijke informatie opleveren voor het bredere diagnostisch proces (waarbij verder wordt gekeken dan de aan- of afwezigheid van de criteria voor een classificerende diagnose verstandelijke beperking).
- Een manier om (een deel van) deze componenten in kaart te brengen is het gebruik van culturele interviews, zoals het Cultural Formulation Interview.
- De mate waarin elk van deze componenten in kaart worden gebracht, zal steeds afhangen van het unieke cliëntsysteem. Bij iemand die bijvoorbeeld zelf migreerde, zal het onderzoek naar bepaalde componenten belangrijker zijn dan bij iemand waarvan de grootouders migreerden.




11 Hiermee bedoelen we zowel personen die zelf migreerden als personen die niet zelf migreerden maar waarvan de ouders of grootouders migreerden.
12 Zie Fujii, D. E. (2018). Developing a cultural context for conducting a neuropsychological evaluation with a culturally diverse client: The ECLECTIC framework. *The Clinical Neuropsychologist, 32*(8), 1356-1392.

e

## EDUCATION

Door de **opleidingsachtergrond (Education)** te onderzoeken kan worden ingeschat of onvoldoende toegang tot onderwijs of lage onderwijskwaliteit een invloed had op de ontwikkeling van de cliënt. Er kan bijvoorbeeld ingeschat worden of de moeilijkheden in het functioneren eerder te wijten zijn aan contextfactoren die nu niet meer aanwezig zijn, waardoor het functioneren nog kan evolueren.

c

## CULTURAL BACKGROUND

Als er niemand in het diagnostisch team kennis heeft over de **culturele achtergrond (Cultural background)** van het cliëntsysteem, is het belangrijk om deze kennis op te doen. Kennis hierover helpt hulpverleners om handelingsverlegenheid te overkomen. Bij het opdoen van kennis over cultuur is het belangrijk om de principes van het kruispuntdenken in het achterhoofd te houden en niet te 'overculturaliseren' of alles te verklaren vanuit de migratieachtergrond van het cliëntsysteem.

Naast kennis over de culturele achtergrond wordt ook de mate van **acculturatie** onderzocht. Dit is de dynamiek tussen het behoud van de cultuur waarin men is opgegroeid en de aanpassing aan een andere cultuur (vaak die van het land waarnaar werd gemigreerd). Deze informatie is bijvoorbeeld belangrijk om te bepalen in welke mate de testscores van een gestandaardiseerde test kunnen worden vergeleken met Vlaamse normgroepen.

l

## LANGUAGE

Er wordt nagegaan welke **talen (Language)** en op welk niveau het cliëntsysteem deze talen spreekt om te bepalen in welke taal het diagnostisch onderzoek het best zou worden uitgevoerd en welke ondersteuning hierbij nodig is (bv. tolk, intercultureel bemiddelaar).

c

## COMMUNICATION

Verschillende aspecten van de **communicatiestijl (Communication)** worden nagegaan. In sommige culturen is het bijvoorbeeld niet gebruikelijk om openlijk over ervaren moeilijkheden te spreken, wat een onderschatting zou kunnen opleveren van deze moeilijkheden. Daarnaast is het ook belangrijk om na te gaan op welke manier er kan worden gecommuniceerd over een (eventuele) diagnose verstandelijke beperking. In sommige culturen heerst er bijvoorbeeld taboe rond dergelijke diagnoses en termen.

e

## ECONOMICS

De **sociaaleconomische achtergrond (Economics)** wordt bevraagd. Hierbij wordt ingegaan op zaken zoals werk, thuissituatie, inkomen, huisvesting, woonbuurt, enzovoort. Dit kan bijvoorbeeld waardevolle informatie opleveren over de (cognitieve) stimulatie die cliënten krijgen in hun dagelijkse leven.

t

## TESTING SITUATIONS

Er wordt nagegaan in welke mate het cliëntsysteem gekend is met **testsituaties (Testing situations)**. Bij testdiagnostiek kan men bijvoorbeeld ongemotiveerd zijn (en dus minder goed presteren) als er niet voldoende uitleg werd gegeven over het doel en het nut van de testen. Daarnaast dient te worden nagegaan hoe comfortabel men zich voelt bij de verschillende onderdelen van het diagnostisch traject. In sommige culturen is het bijvoorbeeld ongebruikelijk om alleen te zijn met iemand van het andere geslacht. Geef dus voldoende gedetailleerde uitleg over het verloop van het diagnostisch traject en stem af met het cliëntsysteem wat hierin de noden en wensen zijn.

i

## INTELLIGENCE CONCEPTUALISATION

Volgens het raamwerk is het ook belangrijk om de **intelligentie conceptualisatie (Intelligence conceptualisation)** te bevragen. Het intelligentieconstruct wordt in verschillende landen immers op verschillende manieren ingevuld. Vanuit een westerse benadering wordt intelligentie bijvoorbeeld geassocieerd met snelheid, terwijl er in andere landen soms een grotere focus ligt op nauwkeurigheid. Veel intelligentietesten werden ontwikkeld vanuit een Westerse kijk op het intelligentieconstruct met een focus op aangeleerde vaardigheden die volgens westerse normen belangrijk zijn.

Niet alleen het intelligentieconstruct, maar ook het **concept van adaptieve vaardigheden** is sterk cultureel bepaald. Wat op een bepaald moment in de ontwikkeling van een kind of jongere al dan niet adaptief is, wordt mee bepaald door de verwachtingen en normen die gelden in de socio-culturele omgeving waarin iemand opgroeit. Indien geen rekening wordt gehouden met de invulling van intelligentie en adaptieve vaardigheden vanuit iemands migratieachtergrond, loopt men het risico dat gestandaardiseerde instrumenten eerder de mate van acculturatie meten in plaats van het intellectueel en adaptief functioneren.

c

## CONTEXT OF MIGRATION

Tot slot dient de **context van migratie (Context of migration)** in kaart te worden gebracht. Hierbij wordt bekeken om welke redenen en op welke manier de migratie is verlopen. De context van migratie kan een belangrijke invloed hebben op het diagnostisch onderzoek. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat er recente traumatische ervaringen gekoppeld zijn aan het migratietraject, waardoor er mogelijk kan worden besloten dat een uitgebreid diagnostisch onderzoek geen prioriteit is en dat een onderzoek in de huidige omstandigheden een vertekend beeld zou opleveren van de cliënt.

Door de componenten van het ECLECTIC-raamwerk in kaart te brengen, kunnen geïnformeerde beslissingen worden genomen over het diagnostisch traject bij een vermoeden van verstandelijke beperking. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen is het te allen tijde aangeraden om:

- verschillende methodes (bv. gestandaardiseerde instrumenten, observaties en gesprekken) te gebruiken en verschillende informanten (bv. ouders, familie, leerkrachten, collega's) te raadplegen;
- doordachte keuzes te maken over het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten. Er zal bijvoorbeeld steeds moeten worden afgewogen in welke mate testscores kwantitatief kunnen worden geïnterpreteerd en in welke mate kwalitatieve informatie uit testafnames wordt meegenomen.

Bij de pijler kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken worden verdere richtlijnen gegeven over testdiagnostiek bij personen met een migratieachtergrond.

## Praktijktip - Ondersteuning bij diagnostisch onderzoek bij personen met een migratieachtergrond

Er zijn verschillende organisaties die zich inzetten voor het ondersteunen van hulpverleners bij het werken met cliënten met een migratieachtergrond. Deze organisaties bieden diverse ondersteuningsvormen aan zoals casusbespreking, een helpdesk, intervisies, een open opleidingsaanbod, enzovoort:

- De Ondersteuningsteams (DOT) vzw
- Open Netwerk vzw
- Solentra

Voor een bredere uiteenzetting over diagnostiek bij personen met een migratieachtergrond verwijzen we naar de Toetsstenen Faire Diagnostiek en de Richtlijnen bij diverssensitieve diagnostiek van CuSeHa.

# Onderzoek naar verstandelijke beperking bij jonge kinderen

Het onderzoeken van een diagnose verstandelijke beperking is **minder aangewezen bij kinderen jonger dan vijf jaar**. Om een classificerende diagnose van verstandelijke beperking te kunnen stellen, dienen de criteria zoals beschreven in de DSM of AAIDD op een betrouwbare manier in kaart te worden gebracht. Dit is vaak niet mogelijk bij jonge kinderen, bijvoorbeeld omdat de resultaten van gestandaardiseerde testen niet stabiel zijn op die leeftijd of omdat er meer beïnvloedende factoren zijn tijdens de testafname (bv. motivatie en aandacht).

- Er kan nagegaan worden of er voldaan wordt aan de criteria voor de DSM-classificatie '**globale ontwikkelingsachterstand**'. Dit is een diagnose die gesteld kan worden bij kinderen die jonger zijn dan vijf jaar en de verwachte ontwikkelingsmijlpalen niet halen.

Voor het onderzoeken van een diagnose globale ontwikkelingsachterstand, verwijzen we naar het Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking van Prodia.

- Er kan (ook) gekozen worden om het diagnostisch traject (in eerste instantie) verder te zetten **zonder een classificerende diagnose te stellen** en op een meer beschrijvende manier tewerk te gaan. Gestandaardiseerde instrumenten die ontwikkeld werden voor jonge kinderen, zoals de Bayley-III-NL (zie het instrumentarium), kunnen worden gebruikt om het diagnostisch onderzoek te ondersteunen.
- Het kan (ook) wenselijk zijn om te spreken van een **uitgestelde diagnose** waarbij de ontwikkeling van het kind verder wordt opgevolgd en er op een latere leeftijd wordt onderzocht of er voldaan is aan de criteria van een diagnose verstandelijke beperking.

De keuzes over het diagnostisch traject bij jonge kinderen zullen steeds afhangen van de **unieke situatie en de hulpvraag van het cliëntsysteem**. Het is te allen tijden aangewezen om:

- de ontwikkeling bij jonge kinderen **goed op te volgen** en te handelen in functie van het evoluerend beeld en de noden van het cliëntsysteem;
- het functioneren breed te bekijken en ook **alternatieve hypotheses** (bv. medische) te onderzoeken (zie Deel 2 van de richtlijn).

# Pijler reflexiviteit

## Reflexiviteit omtrent de vraag naar een diagnose verstandelijke beperking

Het is mogelijk dat de vraag naar een diagnose verstandelijke beperking naar voren wordt geschoven door aanmelder(s) nog voor dat het diagnostisch proces is opgestart.

- Er dient goed afgetoetst te worden of de vraag van het cliëntsysteem komt of er eerder op **wordt aangestuurd vanuit externe instanties** (bv. school). Als externe instanties hierop aansturen, dient te worden nagegaan of deze vraag in lijn ligt met de noden, behoeften en verwachtingen van het cliëntsysteem.
- Er dient **transparant** te worden gecommuniceerd over wat een onderzoek naar een classificerende diagnose inhoudt. Een classificerende diagnose kan bijvoorbeeld duidelijkheid scheppen en een gevoel van erkenning geven, maar leidt niet tot gestandaardiseerde interventies. Ga actief na of er (ook) een onderliggende vraag is naar persoonsgerichte adviezen en ondersteuning.
- Het cliëntsysteem dient goed geïnformeerd te worden over de mogelijke **voordelen** (bv. toegang tot bepaalde ondersteuning) en **nadelen** (bv. stigmatisering) van een classificerende diagnose.

Het is mogelijk dat er **onenigheid bestaat over de aanwezigheid of aard van de hulpvraag** tussen de cliënt en diens context (bv. ouders) of binnen de context (bv. tussen ouders). In deze gevallen dient bekeken te worden of en op welke manier het diagnostisch traject verdergezet kan worden in functie van de **rechten** van het cliëntsysteem. Neem deze informatie mee op in het deskundig advies en stem hierover af met het cliëntsysteem.

## Praktijktip - Onenigheid over de aanwezigheid of aard van de hulpvraag

Zoek informatie of raadpleeg deskundigen om te bepalen of en op welke manier het diagnostisch traject kan verder gezet worden. Enkele interessante bronnen:

- De website jeugdrecht voor praktijkwerkers
- De website rechtspositie van minderjarigen door Opgroeien
- De deontologische artikels van de psychologencommissie rond
  - → De begeleiding van minderjarigen
  - → Wilsbekwaamheid
  - → Ouderlijk gezag

# Deel 2

## Richtlijnen bij het breder diagnostisch proces

Bij het onderzoeken van een classificerende diagnose verstandelijke beperking worden een aantal specifieke criteria in kaart gebracht. Hierbij wordt ingezoomd op het cognitief en adaptief functioneren van de cliënt. Het onderzoeken van classificerende diagnoses situeert zich binnen de beschrijvende fase van het diagnostisch proces. Er wordt met andere woorden **ingezoomd op een onderdeel van een breder diagnostisch proces**.

Om een diagnostisch traject op een kwaliteitsvolle manier te doorlopen, dient tijdens de **beschrijvende fase** ook breder te worden gekeken dan de aan- of afwezigheid van de criteria voor een classificerende diagnose. Tijdens de beschrijvende fase wordt een volledig beeld van het cliëntsysteem geschetst. Hierbij wordt vertrokken vanuit een **biopsychosociaal model** met aandacht voor relevante biologische, psychologische en sociale factoren. Als de hulpvraag zich beperkt tot de wat-vraag (wat is er aan de hand?), kan het diagnostisch proces zich beperken tot deze brede beschrijvende fase.

Het is echter mogelijk (en vaak het geval) dat een hulpvraag meer gelaagd is. Naast de wat-vraag kan het cliëntsysteem ook een waarom-vraag hebben (waarom is dit aan de hand?). Tijdens de **verklarende fase** worden alle relevante biologische, psychologische en sociale factoren met elkaar in verband gebracht. Op basis van deze verbanden worden verklaringen voor de ervaren moeilijkheden geformuleerd. Er wordt met andere woorden een **integratief beeld** van het cliëntsysteem gevormd. Daarnaast kan het cliëntsysteem (ook) een hoe-vraag hebben (hoe kunnen mijn context en ik omgaan met deze ervaren moeilijkheden?). Op basis van de bevindingen uit de beschrijvende en verklarende fase worden er tijdens de **adviserende fase** adviezen geformuleerd waarmee het cliëntsysteem aan de slag kan gaan.

In dit tweede onderdeel worden richtlijnen geformuleerd om de (bredere) beschrijvende, verklarende en adviserende fase van het diagnostisch traject op een kwaliteitsvolle manier te doorlopen. Deze richtlijnen worden gestructureerd aan de hand van de **pijlers 'biopsychosociaal model'** en '**integratief beeld**'. Tot slot wordt dieper ingegaan op de **pijler 'participatie'**. Participatie vormt de basis voor een effectief en duurzaam samenwerkingsverband met het cliëntsysteem.

- De drie diagnostische fases worden afzonderlijk beschreven binnen deze richtlijn. In de praktijk zullen deze fases niet (noodzakelijk) lineair verlopen. Het diagnostisch proces is immers **een circulair en dynamisch** gegeven. De hulpvraag, het integratief beeld en de adviezen kunnen steeds evolueren op basis van nieuwe inzichten en veranderingen die optreden zowel tijdens als na het diagnostisch proces.
- Hoewel er in dit onderdeel wordt uitgezoomd, zijn de richtlijnen in dit tweede onderdeel vooral gericht op diagnostische trajecten waarbij er een vermoeden is van een diagnose verstandelijke beperking.

# Pijler biopsychosociaal model

Tijdens de beschrijvende fase wordt een volledig beeld van het cliëntsysteem geschetst. Hierbij wordt vertrokken vanuit een **biopsychosociale visie** met aandacht voor relevante biologische, psychologische en sociale factoren.

💡 *Er zijn verschillende modellen en toepassingen die gebruikt kunnen worden om een biopsychosociaal, holistisch kader in de praktijk te concretiseren. De meest gebruikte modellen zijn het ICF-model van de WHO en het multidimensioneel kader van de AAIDD.*

Tijdens de bredere beschrijvende fase kan worden nagegaan of er sprake is van andere of **bijkomende classificerende en/of medische diagnoses of problemen**. Daarnaast dienen ook **andere belangrijke factoren** in kaart te worden gebracht die niet noodzakelijk leiden tot classificerende of medische diagnoses maar wel nodig zijn om een volledig, holistisch beeld van de cliënt te verkrijgen.

# Differentiaaldiagnostiek en bijkomende diagnoses

Tijdens de beschrijvende fase van het diagnostisch proces is het belangrijk om te bepalen of **een andere diagnose dan verstandelijke beperking** meer aangewezen is (differentiaaldiagnostiek) en/of onderzoek naar **bijkomende diagnoses** nodig is. Hierbij gaat het om zowel classificerende diagnoses, zoals beschreven in de DSM en ICD, als medische diagnoses of problemen.

Het is belangrijk om reflexief om te gaan met het onderzoeken van alternatieve en bijkomende diagnoses. Het diagnostisch team dient zich af te vragen wat de meerwaarde is van het onderzoeken van dergelijke hypotheses.

💡 *Is het bij dit unieke cliëntsysteem en vanuit hun hulpvraag aangewezen om te onderzoeken of er ook wordt voldaan aan de criteria voor een diagnose autisme? Wat is de meerwaarde van een bijkomende classificatie voor dit cliëntsysteem?*

Wanneer er hypotheses met betrekking tot medische en/of andere classificerende diagnoses zijn, is het belangrijk dat bij verder onderzoek hulpverleners worden betrokken met de geschikte expertise en ervaring (zie ook richtlijnen in verband met de pijler interdisciplinair samenwerken).

De volgende medische problemen of diagnoses kunnen (ook) worden overwogen wanneer er een hypothese van verstandelijke beperking is:

- neurocognitieve stoornissen, zoals alzheimer en NAH;
- somatische aandoeningen, zoals cerebrale parese en epilepsie;
- genetische syndromen;
- motorische stoornissen.

De volgende classificerende diagnoses kunnen (ook) worden overwogen wanneer er een hypothese van verstandelijke beperking is:

- autismespectrumstoornis;
- ADHD;
- depressieve en bipolaire stemmingsstoornissen;
- angststoornissen.

Merk op dat dit **geen limitatieve lijsten** zijn en dat er uiteraard ook aan andere (bijkomende) diagnoses kan worden gedacht wanneer er een hypothese van een diagnose verstandelijke beperking is.

# Het in kaart brengen van andere belangrijke factoren

Naast het onderzoeken van medische of classificerende diagnoses, dient er tijdens de beschrijvende fase ook breder te worden gekeken naar het functioneren van de cliënt. Bij medische of classificerende diagnoses worden immers een aantal heel specifieke criteria in kaart gebracht en wordt er weinig of geen rekening gehouden met **andere belangrijke factoren die een invloed hebben op het functioneren van de cliënt**. Denk hierbij aan andere bijkomende moeilijkheden, doelen, sterktes, de hulpverleningsgeschiedenis, persoonlijke betekenisverlening, de ontwikkelingsgeschiedenis, de huidige leefomstandigheden, belangrijke gebeurtenissen, het relationeel functioneren, genderidentiteit, normen en waarden, enzovoort.

Er dient hierbij **bijzondere aandacht te zijn voor positieve of sterke factoren** van het unieke cliëntsysteem. Door het in kaart brengen van deze factoren kan er tijdens de adviserende fase worden ingezet op positieve en sterke eigenschappen om met de ervaren moeilijkheden om te gaan. Door niet enkel te focussen op wat moeilijk loopt, maar ook expliciet aandacht te hebben voor de positieve factoren tijdens het diagnostisch proces, kan het cliëntsysteem bovendien een sterker gevoel van eigenwaarde, motivatie en (zelf)vertrouwen ervaren.

7b
6a+

# Pijler integratief beeld

Tijdens de verklarende fase worden alle relevante factoren uit de beschrijvende fase samengevoegd en in relatie tot elkaar gebracht om zo te komen tot een **integratief beeld van de cliënt**. Deze factoren worden niet als individuele, opzichzelfstaande factoren beschouwd, maar als onderling verbonden elementen die een samenhangend beeld vormen van de cliënt. Door de samenhang en interactie tussen verschillende factoren te analyseren, ontstaat er een beter begrip van het functioneren. Tijdens de adviserende fase worden op basis van dit integratief beeld adviezen op maat geformuleerd om het cliëntsysteem te ondersteunen.

## Een kwaliteitsvol integratief beeld

- **Focust op verklaring bovenop beschrijving**. Naast hypotheses over wat er aan de hand is, dienen ook verklarende hypotheses geformuleerd te worden om in de volgende fase richting te kunnen geven aan adviezen en ondersteuningsmogelijkheden. Hierbij dient voldoende gefocust te worden op veranderbare factoren, patronen en dynamieken.
- **Is gebaseerd op een brede kennis- en theoretische basis.** Hierbij zijn de invalshoeken vanuit verschillende disciplines van belang. Elke hulpverlener, elk team en elke organisatie handelt vanuit een bepaald theoretisch model om het functioneren van een persoon te begrijpen. Hierbij is het belangrijk om zich goed bewust te zijn van het eigen kader en reflexief na te denken over de mogelijke impact daarvan op het diagnostisch proces.
- **Richt zich op de unieke cliënt.** Er zijn moeilijkheden die veelvoorkomend zijn en dus bij een bepaalde classificerende diagnose kunnen passen, maar er dient bij elke unieke cliënt te worden nagegaan hoe die moeilijkheden tot uiting komen, veroorzaakt worden en in stand worden gehouden. Daarnaast dient ook te worden bekeken welke eigen oplossingen het cliëntsysteem reeds uitprobeerde en welke bestaande oplossingen, sterktes en mogelijkheden in de toekomst kunnen worden aangewend om met de ervaren moeilijkheden om te gaan.
- **Sluit aan bij de belevingswereld en het perspectief van de cliënt.** Door de verklaringen (of 'ziektetheorie') van het cliëntsysteem mee te nemen in het integratief beeld, kunnen belangrijke inzichten verworven worden en kan er een grotere gedragenheid zijn van latere aanbevelingen.

# Pijler participatie

## Participatieve communicatie

Het diagnostisch proces is een **co-constructief proces**. Het actief betrekken van het cliëntsysteem en hen als volwaardig lid van het diagnostisch team beschouwen, verhoogt het wederzijds vertrouwen en leidt tot een beter afgestemde en gedragen aanpak. Hulpverleners worden vaak in een 'hogere' positie geplaatst door het cliëntsysteem. Het is belangrijk om aandachtig te zijn voor deze verhoudingen en hier op een doordachte manier mee om te gaan. Zowel bij schriftelijke als mondelinge communicatie kan worden gelet op **enkele basisprincipes** om participatie te bevorderen.

### Zorg voor communicatie met iedereen

Participatie kan een **uitdaging** zijn bij cliënten of cliëntsystemen met minder cognitieve en/of verbale mogelijkheden. Maar ook bij deze cliënten of systemen is het van groot belang om zoveel mogelijk in te zetten op een co-constructief proces en hen zo veel mogelijk mee te laten spreken, denken en beslissen. Om dit te doen moet er soms op alternatieve, bijvoorbeeld non-verbale, manieren aan de slag worden gegaan. Denk hierbij aan communicatie via tekenen, spel of pictogrammen.

### Praktijktip - Waneer participatie een uitdaging is

Er bestaan verschillende gespreksmethodieken, tools en consultancyinitiatieven om werk te maken van participatie.

- Zuidwester ontwikkelde een toolbox met allerlei gesprekstechnieken om participatie bij personen met een beperking te bevorderen.
- De participatiecoaches van de netwerken Geestelijke Gezondheid voor kinderen en jongeren helpen je verder op weg bij vragen over specifieke casussen.
- Op de website van het reacch-project biedt men een mediatheek aan met allerlei tools om jonge kinderen en andere minder mondige doelgroepen te betrekken.

## Zorg voor transparante communicatie

Het diagnostisch team dient doorheen het traject zo **transparant mogelijk** te zijn en goed te kaderen waar het cliëntsysteem zich aan kan verwachten, dit zowel op **inhoudelijk** (bv. verloop van een diagnostisch traject) als **pragmatisch** vlak (bv. duur en kostprijs van het onderzoek). Deze richtlijn lijkt vanzelfsprekend, maar in de praktijk blijkt dat cliëntsystemen vaak te weinig geïnformeerd worden. Hierdoor kan men het gevoel krijgen dat de regie over het traject uit handen wordt genomen. Dit is zeker het geval bij minder mondige doelgroepen, kinderen en jongeren, en bij gedwongen situaties.

Een tip hierbij is om samen met de cliënt en het systeem de antwoorden op onderstaande vragen helder te krijgen.

- Waarom ben je hier?
- Wat kom je hier doen?
- Waar werken we samen naartoe?

## Zorg voor duidelijke communicatie

**Stem je taalgebruik af op de cliënt en het systeem**. Vermijd vakjargon of zorg ervoor dat vakjargon duidelijk wordt uitgelegd. Dit kan door voorbeelden te geven die relevant zijn voor het cliëntsysteem.

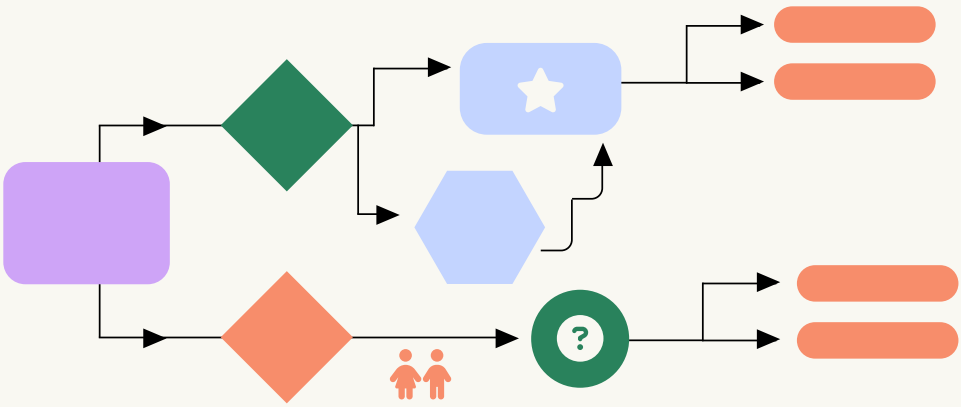
💡 *Wanneer er scores op bepaalde (sub)testen worden meegedeeld, kunnen concrete gedragsobservaties illustreren wat die scores precies willen zeggen.*

Zorg dat **verslagen** zijn a**fgestemd op het cliëntsysteem**. Enkele **tips** om deze richtlijn in de praktijk om te zetten.

💡 *Een vereenvoudigde versie van het verslag kan gemaakt worden door visualisatietechnieken te gebruiken (zie 'Figuur 1' ter illustratie). Als hiervoor wordt gekozen, dient het cliëntsysteem ervan op de hoogte te worden gebracht dat het om een vereenvoudigde versie van het verslag gaat. De cliënt heeft immers het recht om het volledige dossier in te kijken.*

💡 *Er kan een algemene standaardsectie toegevoegd worden aan elk verslag voor het cliëntsysteem waarin een aantal algemene zaken worden gekaderd (bv. een score op een test is slechts een momentopname) en bepaalde moeilijke termen worden verduidelijkt (bv. normen).*

*Figuur 1. Illustratie van visualisatietechniek voor eenvoudige verslaggeving*



## Zorg voor sensitieve communicatie

Terwijl hulpverleners een diagnostisch traject benaderen vanuit hun professionele achtergrond, is het diagnostisch traject voor het cliëntsysteem net een heel persoonlijk gegeven. Het diagnostisch traject kan dan ook zeer emotioneel zijn voor het cliëntsysteem. Het is belangrijk om dit als hulpverlener niet uit het oog te verliezen en **emoties een plaats** te geven.

💡 *Het kan helpend zijn om het cliëntsysteem niet meteen te overladen met vragen en een onderscheid te maken tussen 'need to know' en 'nice to know': welke informatie is er in het begin van het traject nodig om te kunnen starten, en welke informatie kan later doorheen het traject bevraagd worden?*

Daarnaast gebruiken we als professionals vaak termen die in het dagelijkse, niet-professionele leven een heel **beladen betekenis** kunnen hebben, zoals de term 'handicap' of 'beperking'. Of een term al of niet beladen is, zal ook afhangen van het cliëntsysteem. Zo is het in sommige culturen nefast om het woord 'handicap' te gebruiken omdat dit geassocieerd wordt met ziek zijn en daar taboe rond heerst. Het is belangrijk om hier als hulpverlener aandachtig voor te zijn.

💡 *Een manier om hier mee om te gaan is om zoveel mogelijk het taalgebruik van het cliëntsysteem te volgen en actief af te toetsen welke woorden het cliëntsysteem verkiest.*

## Wees voorzichtig bij communicatie met externen en betrek het cliëntsysteem

Er dient **expliciete toestemming** te zijn van de cliënt, de ouders, voogden of de vertrouwenspersoon van de cliënt om voorgaande documentatie en verslagen in te kijken, maar ook om nieuwe verslagen te delen met andere professionals.

Daarnaast dient ook voorzichtig te worden omgesprongen met het **betrekken van externe zorgverleners of andere actoren** (bv. leerkrachten betrekken tijdens een cliëntoverleg). Ga steeds na of het cliëntsysteem akkoord is om bepaalde personen te betrekken.

### Praktijktip - Gegevensdeling

Meer informatie nodig of een specifieke vraag? Onderstaande bronnen kunnen je verder op weg helpen:

- vijf wegwijzers rond beroepsgeheim;
- frequently asked quesions en brochures rond het beroepsgeheim;
- het artikel 'Toegang tot het dossier in de jeugdhulp'.

# Participatie bij het intake- en adviesgesprek

**Zowel de eerste als laatste gesprekken met het cliëntsysteem zijn van groot belang.** De eerste gesprekken bepalen de toon van het verdere diagnostisch traject en vormen de basis voor de vertrouwensband. Tijdens de laatste gesprekken komt alles waaraan het team en het cliëntsysteem hebben gewerkt samen en worden adviezen geformuleerd die door iedereen worden gedragen. Tijdens deze gesprekken is het dus van extra groot belang om in te zetten op participatie en na te gaan wat de wensen van het cliëntsysteem hierin zijn.

- *Het kan wenselijk zijn om **afzonderlijke gesprekken** te organiseren, bijvoorbeeld een gesprek op maat van de cliënt en een gesprek op maat van de ouders.*
- *Het kan ook nuttig zijn om **meerdere begin- of eindgesprekken** te voorzien en niet meteen over te gaan tot het stellen van vragen of het geven van informatie.*
- *Denk samen met het cliëntsysteem na over wie betrokken wordt bij de eerste (intake) gesprekken en laatste (advies)gesprekken. Probeer hierbij een **veilige situatie** te creëren. Dit kan door:*

  → het aantal aanwezige personen te beperken;

  → een vertrouwenspersoon of steunfiguur te betrekken;

  → ervoor te zorgen dat het cliëntsysteem een vaste contactpersoon heeft binnen het diagnostisch team waar men op kan terugvallen en waarmee men een vertrouwensband kan opbouwen. Deze hulpverlener wordt zoveel mogelijk betrokken bij de verschillende gesprekken doorheen het diagnostisch proces.

  Indien bepaalde betrokkenen niet aanwezig (kunnen) zijn, denk dan na over hoe zij zullen worden meegenomen in het traject en hoe deze betrokkenen verder op de hoogte zullen worden gebracht.

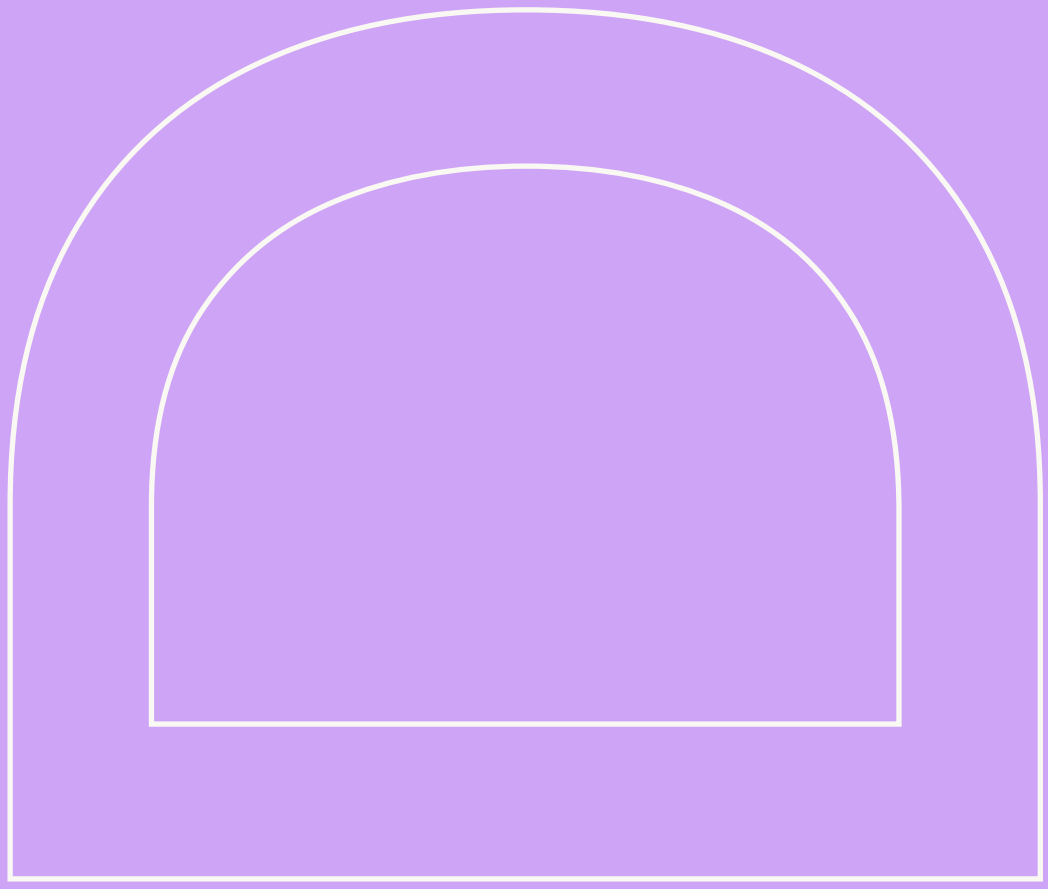
Tijdens de adviesgesprekken is het belangrijk om tot adviezen te komen die worden gedragen door het cliëntsysteem. Afstemmen met het cliëntsysteem over de inhoud en prioriteit van de adviezen draagt ertoe bij dat er daadwerkelijk aan de slag wordt gegaan met de adviezen.

- *Enkele **richtvragen** die gesteld kunnen worden voor en tijdens de adviesgesprekken.*

  → Welke aanpak spreekt jullie het meest aan?

  → Waar willen jullie prioriteit aan geven?

  → Wat is wel en niet haalbaar voor jullie op dit moment?



# Deel 3

## Instrumentarium

Het instrumentarium is een **hulpmiddel voor het selecteren** van gestandaardiseerde instrumenten om het onderzoek naar een classificerende diagnose verstandelijke beperking te ondersteunen. Met andere woorden, instrumenten die het intelligentiecriterium en het criterium adaptieve vaardigheden in kaart brengen. Daarnaast kan het instrumentarium gebruikt worden om de **testresultaten te interpreteren in het licht van de sterktes en beperkingen van het instrument**.

Het is belangrijk om kritisch en voorzichtig om te gaan met het gebruik van deze instrumenten. In Deel 1 worden richtlijnen beschreven voor het selecteren van onderzoeksmethodes, het interpreteren van testresultaten en het rapporteren van de bevindingen. **Het is ten sterkste aanbevolen om de richtlijnen in Deel 1 en Deel 2 door te nemen voor je het instrumentarium gebruikt.**

# Richtlijnen bij het instrumentarium

## Toelichtingen bij de verschillende onderdelen van het instrumentarium

In het instrumentarium is informatie opgenomen over wat het instrument meet (de meetpretentie), de doelgroep en de sterktes en beperkingen van het instrument. Daarnaast is ook aan ieder instrument een kwaliteitslabel toegekend.

### Meetpretentie

#### Instrumenten voor cognitieve vaardigheden

Bij de meetpretentie van de instrumenten voor cognitieve vaardigheden wordt telkens aangegeven of het instrument **algemene intelligentie** of **specifieke cognitieve vaardigheden** meet.

Met een **algemene intelligentietest** wordt een test bedoeld die volgens het CHC-model minstens vier brede cognitieve vaardigheden meet, waaronder vloeiende (en/of kwantitatieve) intelligentie en gekristalliseerde intelligentie. Enkel dit soort testen kan een valide en betrouwbare inschatting geven van algemene intelligentie en dus een totale IQ-score opleveren.

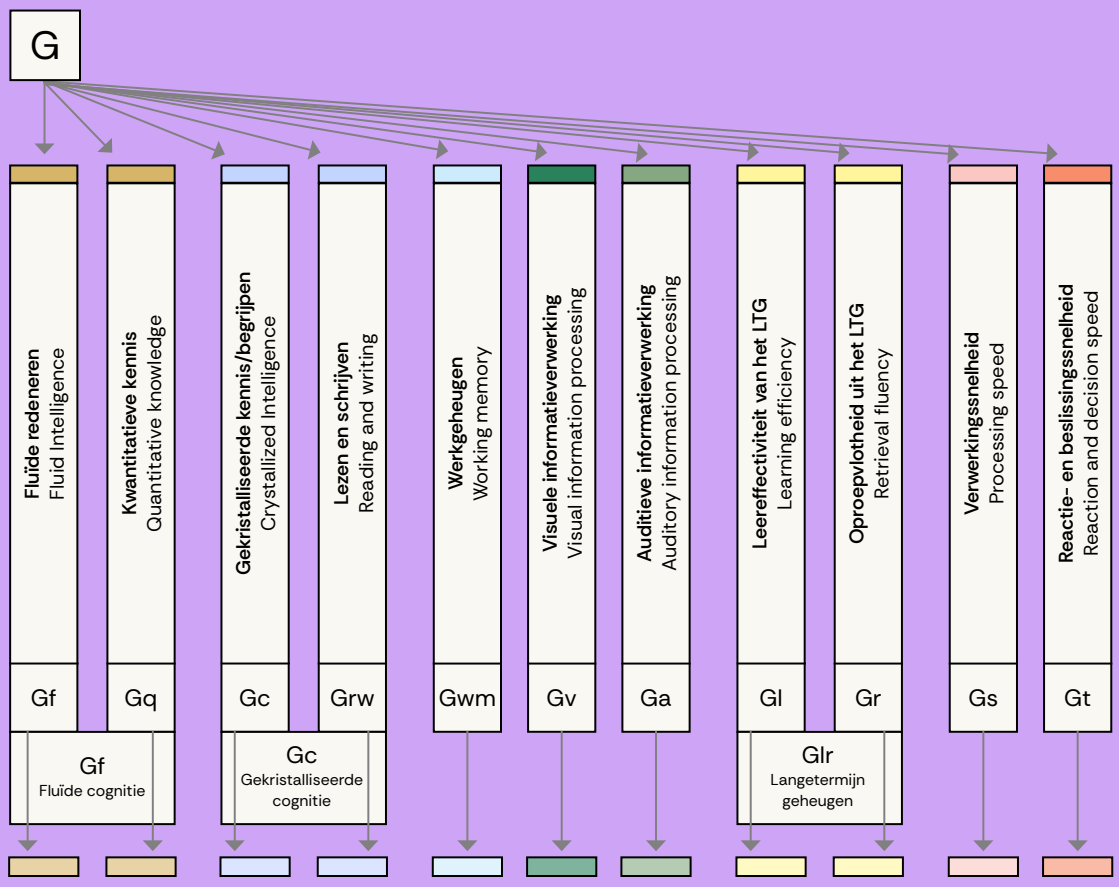
Instrumenten voor **specifieke cognitieve vaardigheden** brengen één of meerdere brede cognitieve vaardigheden in kaart, maar meten niet de nodige en/of voldoende brede cognitieve vaardigheden om aan IQ-bepaling te doen. Wanneer voor dit soort instrumenten wordt gekozen, moet er dus uiterst voorzichtig worden omgegaan met de interpretatie en rapportering van de resultaten.

Daarnaast zijn er ook **cognitieve ontwikkelingsschalen**.
Dit zijn schalen die de vroegkinderlijke cognitieve ontwikkeling in kaart brengen. Deze kunnen overwogen worden wanneer het afnemen van andere instrumenten voor cognitieve vaardigheden bijvoorbeeld nog niet mogelijk is.

## THEORETISCH KADER

Het CHC-model is één van de meest wetenschappelijk onderbouwde modellen voor het meten van intelligentie. Volgens dit model bestaan er drie hiërarchische niveaus van intelligentie. Op niveau III bevindt zich de algemene intelligentie, oftewel de G-factor. De G-factor is op te splitsen in brede cognitieve vaardigheden, zoals fluïde redeneren en gekristalliseerde kennis (niveau II). Deze brede cognitieve vaardigheden zijn op hun beurt op te splitsen in verschillende nauwe cognitieve vaardigheden, zoals inductief redeneren en algemene kennis (niveau I).

Volgens de BFP testcommissie toetst een algemene intelligentietest *"de brede cognitieve vaardigheid (BCV) van Gf (en/of Gq), Gc én nog minstens twee andere BCV (d.w.z. minstens vier BCV waaronder Gf/Gq en Gc, en waarbij beide een gewicht hebben dat gelijk is aan of groter is dan de overige BCV)."*



### Instrumenten voor adaptieve vaardigheden

Volgens de DSM en AAIDD bestaan adaptieve vaardigheden uit **drie domeinen**:

- conceptuele vaardigheden
- sociale vaardigheden
- praktische vaardigheden

Bij elk instrument wordt aangegeven welke van deze drie vaardigheidsdomeinen in kaart worden gebracht. Als alle drie de domeinen gemeten worden, dan heeft het instrument een brede meetpretentie. Sommige instrumenten meten naast deze drie domeinen ook nog andere soorten vaardigheden (bv. motorische). Deze worden niet benoemd in het instrumentarium.

## Doel/normgroep

Bij de doel/normgroep wordt aangegeven voor **welke groep het instrument ontwikkeld/genormeerd** werd.

## Sterktes en beperkingen

De sterktes en beperkingen van elk instrument werden bepaald op basis van instrumentenevaluaties en testfiches van:

- BFP testcommissie (Test Quality Scan)
- Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (EFPA review model)[13]
- Prodia
- Thomas More
- COTAN

De sterktes en beperkingen hebben betrekking op de aanwezigheid van (Vlaamse) normen, de leeftijd van de normen, de representativiteit van de normen voor verschillende doelgroepen, de betrouwbaarheid, de validiteit, de bruikbaarheid van het instrument bij diverse doelgroepen en de meetpretentie.

13 Evers, A., Hagemeister, C., Høstmælingen, A., Lindley, P., Muñiz, J., & Sjöberg, A. (2013). *EFPA review model for the description and evaluation of psychological and educational tests. Test review form and notes for reviewers.* Version 4.2.6. European Federation of Psychologists' Associations.

## Normen

**Normen** zijn statistische standaarden gebaseerd op scores van een representatieve steekproef. Ze dienen als referentiepunten om individuele testresultaten te interpreteren. Deze normen helpen bepalen hoe een individu presteert ten opzichte van een relevante populatie.

- Normen zijn gevoelig aan maatschappelijke veranderingen en kunnen dus verouderen. In lijn met internationale Europese standaarden worden de volgende tijdsrestricties voor normen gehanteerd.

  → Ouder dan 15 jaar: normen zijn verouderd, resultaten dienen in het licht hiervan geïnterpreteerd te worden.

  → Ouder dan 20 jaar: normen zijn niet meer bruikbaar.

- De normgroep van een instrument is niet altijd representatief voor elk individu (bv. personen met een migratieachtergrond). Als hier informatie over bekend is, dan wordt dit vermeld bij de beperkingen van het instrument.

## Betrouwbaarheid

De **betrouwbaarheid** van een instrument verwijst naar de consistentie en stabiliteit van de testresultaten. Er zijn verschillende vormen van betrouwbaarheid.

- **Interne consistentie** heeft betrekking op de mate van samenhang tussen verschillende items, vragen of onderdelen van een instrument.
- De **interbeoordelaarsbetrouwbaarheid** heeft betrekking op de mate van overeenkomst tussen verschillende beoordelaars bij het invullen van het instrument.
- **Test-hertestbetrouwbaarheid** heeft betrekking op de mate van consistentie in testresultaten wanneer dezelfde test verschillende keren wordt afgenomen.

## Validiteit

De **validiteit** van een instrument verwijst naar de mate waarin de test meet wat die beoogt te meten. Er zijn verschillende vormen van validiteit.

- **Begripsvaliditeit** verwijst naar de mate waarin een test daadwerkelijk het theoretische construct meet dat het beoogt te meten.
- **Convergente validiteit** verwijst naar de mate waarin de resultaten van een test samenhangen met resultaten van andere instrumenten die hetzelfde construct beogen te meten.
- **Discriminerende validiteit** verwijst naar de mate waarin de resultaten van een test niet samenhangen met andere constructen die theoretisch niet verwant zijn.
- **Criteriumvaliditeit** geeft aan hoe goed de test voorspellingen kan doen of samenhangt met uitkomsten die relevant zijn voor het construct.

## Diversiteitssensitviteit

Bij sommige instrumenten werd onderzoek gedaan naar de **diversiteitssensitiviteit** van het instrument. Er werd dan bijvoorbeeld onderzocht in welke mate het instrument bruikbaar is bij personen die de Nederlandse taal minder of niet machtig zijn, personen met beperkte verbale vaardigheden, personen met zeer beperkte cognitieve vaardigheden of personen met meervoudige beperkingen (bv. visueel en motorisch).

Indien hier onderzoek naar werd gedaan, worden de resultaten van het onderzoek vermeld bij de sterktes of beperkingen van het instrument. Indien er geen onderzoek werd gedaan naar de bruikbaarheid van het instrument bij deze groepen, wordt dit vermeld bij de beperkingen van het instrument.

## Kwaliteitslabels

De kwaliteitslabels werden toegekend op basis van een consensusoordeel tussen de experten die meewerkten aan deze richtlijn. De labels werden toegekend op basis van een afweging van de sterktes en beperkingen van elk instrument en op basis van kwaliteitslabels die andere instanties (BFP testcommissie, Prodia en COTAN) aan het instrument toewijzen.

Richtlijnen bij het selecteren van de instrumenten volgens hun kwaliteitslabel worden beschreven in Deel 1 van de richtlijn.

- Er dient zo veel mogelijk te worden gekozen voor een instrument met een hoog kwaliteitslabel (label A+ of A).
- Er dient zo veel mogelijk te worden gekozen voor instrumenten die de algemene intelligentie in kaart brengen.
- Alleen onder bepaalde voorwaarden kan gekozen worden voor instrumenten met een minder hoog kwaliteitslabel en/of instrumenten die specifieke cognitieve vaardigheden meten.

A+

UITSTEKEND

Er zijn haast geen beperkingen

A

GOED

Er zijn enkele beperkingen

B

VOLDOENDE

Er zijn enkele duidelijke beperkingen

C

ONVOLDOENDE

Er zijn veel duidelijke beperkingen, maar het instrument kan nuttig zijn in uitzonderlijke gevallen

# Instrumenten die niet werden opgenomen in het instrumentarium

**We raden af om instrumenten te gebruiken die als doel hebben om (aspecten van) intelligentie of adaptieve vaardigheden te meten, maar niet zijn opgenomen in het instrumentarium.** Deze instrumenten krijgen automatisch een negatieve beoordeling. Ze werden niet opgenomen om één of meer van de onderstaande redenen.

- Er werd geen (Vlaams) normeringsonderzoek uitgevoerd.
- Er is geen officiële, gevalideerde Nederlandse of Vlaamse versie beschikbaar.
- Het instrument is te oud; er is al meer dan 20 jaar geen (Vlaamse) hernormering gebeurd.
- Er bestaat een nieuwe, betere versie van het instrument.
- Er zijn te weinig aanwijzingen voor goede betrouwbaarheid en/of validiteit.
- Er zijn geen externe beoordelingen (van bijvoorbeeld de BFP testcommissie, het KCD, Prodia of Thomas More) van het instrument beschikbaar.

Het is ook mogelijk dat een instrument (nog) niet werd opgenomen omdat het recent werd uitgebracht (of herwerkt) en (de nieuwe versie van) het instrument **nog niet werd beoordeeld**. We streven ernaar om het instrumentarium op regelmatige basis te herzien en relevante instrumenten zo snel mogelijk op te nemen.

Naast instrumenten voor het meten van intelligentie en adaptieve vaardigheden zijn er ook andere instrumenten die afgenomen kunnen worden tijdens het diagnostisch proces bij personen met een vermoeden van verstandelijke beperking. Hierbij gaat het om **instrumenten die niet als doel hebben om (aspecten van) adaptieve of cognitieve vaardigheden in kaart te brengen**. Denk hierbij aan instrumenten voor het nagaan van de emotionele ontwikkeling, de taal- en/of communicatievaardigheden, het zelfconcept en ouderlijk opvoedingsgedrag. Voor een overzicht van deze instrumenten kan onder andere de materialenbank van Prodia worden geraadpleegd.

Bij **vragen** over een specifiek instrument dat niet werd opgenomen in het instrumentarium, kan contact opgenomen worden met het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (communicatie@kcdvzw.be).

# Digitale afnames en scoringsprogramma's

Voor verschillende instrumenten uit het instrumentarium bieden testuitgevers de mogelijkheid aan om deze **digitaal af te nemen**.

- Een digitale afname kan veel voordelen hebben (bv. minder tijdsintensief). Er is echter nog weinig onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van digitale testafnames.
- Voor het merendeel van de instrumenten werden de normen gebaseerd op pen-en-papier afnames, waardoor scores van een digitale afname niet vergeleken kunnen worden met deze normen. We raden dan ook af om een instrument af te nemen op een andere wijze dan hoe de normen ontwikkeld werden. Er zijn weinig instrumenten waarvoor 'digitale' normen werden ontwikkeld of equivalentieonderzoek werd uitgevoerd.
- Merk op dat de kwaliteitslabels in het instrumentarium betrekking hebben op de pen-en-papier versies van de instrumenten.

Voor veel instrumenten bestaan **digitale scoringsprogramma's.** Deze programma's kunnen leiden tot minder fouten en meer tijdswinst, maar in de testhandleidingen staat soms weinig informatie over hoe scores en betrouwbaarheidsintervallen worden berekend. Het is dus belangrijk om hier kritisch mee om te gaan.

# Instrumenten voor cognitieve vaardigheden

## Versie Januari 2025

## WISC-V-NL

A+

### Meetpretentie

Algemene intelligentie

### Doel/normgroep

Kinderen en jongeren van 6 tot 16 jaar.

### Sterktes

+ Brede meetpretentie
+ Vlaams-Nederlandse normen (2016-2017)
+ De interne consistentie en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn voldoende tot goed.
+ De begripsvaliditeit is voldoende.
+ Er is een non-verbale index beschikbaar voor personen met minder verbale mogelijkheden en personen die de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig zijn.

### Beperkingen

- Er is (meer) onderzoek nodig naar de criteriumvaliditeit.
- Verder onderzoek naar de test-hertestbetrouwbaarheid is nodig.
- Geen onderzoek naar gebruik bij andere diverse groepen (bv. beperkte motorische mogelijkheden).

## COVaT-CHC basisversie

**Merk op dat deze beoordeling niet gaat over de COVAT 9 1/2 -20**

A+

### Meetpretentie

Algemene intelligentie

### Doel/normgroep

- Kinderen en jongeren van 9 jaar en 6 maanden tot 13 jaar en 11 maanden
- Leerlingen uit zowel het regulier als buitengewoon onderwijs worden gerepresenteerd in de normen.

### Sterktes

+ Brede meetpretentie o.b.v. CHC-model
+ Vlaamse normen (2013-2014)
+ Naast leeftijdsnormen zijn er ook klasnormen.
+ Er is een niet-talige index beschikbaar voor personen met minder verbale mogelijkheden en personen die de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig zijn.
+ De betrouwbaarheid en validiteit zijn voldoende tot goed.

### Beperkingen

- Leeftijdsbereik is beperkt.
- Er is (meer) onderzoek naar bepaalde aspecten van validiteit nodig.
- Geen onderzoek naar gebruik bij andere diverse groepen (bv. beperkte motorische mogelijkheden)

# WPPSI-IV-NL (+4j)

A

### Meetpretentie

Algemene intelligentie

### Doel/normgroep

Kinderen van 4 jaar tot 6 jaar en 11 maanden

### Sterktes

+ Brede meetpretentie
+ Vlaams-Nederlandse normen (2018-2019)
+ De betrouwbaarheid is voldoende tot uitstekend.
+ De begripsvaliditeit is voldoende.

### Beperkingen

- Er is (meer) onderzoek nodig naar de criteriumvaliditeit.
- Op niveau van de indexscores zijn er geen afzonderlijke Vlaamse normen.
- Geen onderzoek naar gebruik bij diverse groepen (bv. personen die Nederlands minder machtig zijn, personen met beperkte motorische mogelijkheden).

# WPPSI-IV-NL (-4j)

A

### Meetpretentie

Specifieke cognitieve vaardigheden

### Doel/normgroep

Kinderen van 2 jaar en 6 maanden tot 3 jaar en 11 maanden

### Sterktes

+ Vlaams-Nederlandse normen (2018 tot 2019)
+ De betrouwbaarheid is voldoende tot uitstekend.
+ De begripsvaliditeit is voldoende.

### Beperkingen

- Geen brede meetpretentie: er worden niet voldoende brede cognitieve vaardigheden gemeten om aan IQ-bepaling te doen.
- Er is (meer) onderzoek nodig naar de criteriumvaliditeit.
- Op niveau van de indexscores zijn er geen afzonderlijke Vlaamse normen.
- Geen onderzoek naar gebruik bij diverse groepen (bv. personen die Nederlands minder machtig zijn, personen met beperkte motorische mogelijkheden).

## WAIS-IV-NL

A

### Meetpretentie

Algemene intelligentie

### Doel/normgroep

Jongeren en volwassenen van 16 jaar tot 84 jaar en 11 maanden

### Sterktes

+ Brede meetpretentie
+ Vlaamse normen (2010-2011)
+ De betrouwbaarheid is goed.
+ De begripsvaliditeit is voldoende.
+ Er werden aanpassingen gemaakt voor personen met beperkte motorische, auditieve en visuele mogelijkheden.

### Beperkingen

- De normen zijn bijna verouderd.
- Er is (meer) onderzoek nodig naar de criteriumvaliditeit.
- Geen onderzoek naar gebruik bij andere diverse groepen (bv. personen die de Nederlandse taal minder machtig zijn).

## RAKIT-2

C

### Meetpretentie

Algemene intelligentie

### Doel/normgroep

- Kinderen van 4 jaar tot 12 jaar en 6 maanden
- Personen met een migratieachtergrond worden gerepresenteerd in de normen.
- Leerlingen uit zowel het regulier als buitengewoon onderwijs worden gerepresenteerd in de normen.

### Sterktes

+ Brede meetpretentie
+ Vlaamse normen (2009-2011)
+ De test is bruikbaar bij personen met zeer beperkte cognitieve mogelijkheden.
+ De betrouwbaarheid is voldoende tot uitstekend.
+ De validiteit is voldoende tot goed.

### Beperkingen

- De normen zijn bijna verouderd.
- Voor de afzonderlijke Vlaamse normen waren de steekproeven te klein.
- Geen onderzoek naar gebruik bij andere diverse groepen (bv. beperkte motorische mogelijkheden).

# Bayley-III-NL

C

**Merk op dat deze beoordeling niet gaat over de Bayley-4-NL.**

## Meetpretentie

Cognitief ontwikkelingsniveau

## Doel/normgroep

Kinderen vanaf 16 dagen tot 42 maanden en 15 dagen

## Sterktes

+ Vlaamse normen (2015)
+ De betrouwbaarheid is voldoende.
+ De constructvaliditeit, convergente en discriminerende validiteit zijn voldoende (op basis van een Nederlandse steekproef).
+ Er is een Special Needs Addition om het ontwikkelingsverloop van jonge kinderen met beperkte communicatieve, fijn motorische of visuele mogelijkheden in kaart te brengen (maar deze werd in Vlaanderen niet beoordeeld).

## Beperkingen

- De validiteit werd enkel onderzocht in een Nederlandse steekproef.
- Er is (meer) onderzoek nodig naar verschillende vormen van betrouwbaarheid in een Vlaamse steekproef.
- Er is (meer) onderzoek nodig naar de criteriumvaliditeit.
- De betrouwbaarheid van de subtests Taalbegrip, Taalproductie en Fijne motoriek bij kinderen van 2 weken tot 6 maanden is onvoldoende.
- De normgegevens van de oudste leeftijdsgroep dienen met de nodige voorzichtigheid te worden gehanteerd.
- Personen met een migratieachtergrond en laagopgeleide moeders zijn ondervertegenwoordigd in de normgroep.
- Het instrument is niet geschikt voor personen die de Nederlandse taal minder of niet machtig zijn.

# RAVEN'S-2

C

### Meetpretentie

Een specifieke cognitieve vaardigheid

### Doel/normgroep

Kinderen en volwassenen van 4 jaar tot 69 jaar en 11 maanden

### Sterktes

+ Europese Normen (2018-2019)
+ De test is bruikbaar bij personen met minder verbale mogelijkheden en personen die de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig zijn.
+ De betrouwbaarheid is voldoende tot goed, maar werd vaak berekend op kleine steekproeven.

### Beperkingen

- Geen brede meetpretentie: er worden niet voldoende brede cognitieve vaardigheden gemeten om aan IQ-bepaling te doen.
- Voor de afzonderlijke Vlaams-Nederlandse normen waren de steekproeven aan de kleine kant en de Europese normen kunnen niet zomaar gebruikt worden bij de interpretatie van scores van Vlaamse personen.
- Onderzoek naar de validiteit is vrij beperkt.
- Geen onderzoek naar gebruik bij andere diverse groepen (bv. beperkte motorische mogelijkheden).

# IDS-2 (NiTal)

C

**Merk op dat deze beoordeling enkel gaat over de intelligentieschaal van dit instrument en niet over de IDS-2 TAL/TOT**

### Meetpretentie

Specifieke cognitieve vaardigheden

### Doel/normgroep

Kinderen en jongeren van 5 tot 20 jaar

### Sterktes

+ Nederlandse normen (2015-20217)
+ De betrouwbaarheid is voldoende (op basis van een Nederlandse steekproef)
+ De begripsvaliditeit is voldoende (op basis van een Nederlandse steekproef)
+ De test is bruikbaar bij personen met minder verbale mogelijkheden en personen die de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig zijn.

### Beperkingen

- Geen brede meetpretentie: er worden niet voldoende brede cognitieve vaardigheden gemeten om aan IQ-bepaling te doen.
- Geen Vlaamse normen of equivalentieonderzoek
- Er is (meer) onderzoek nodig naar de criteriumvaliditeit.
- Geen onderzoek naar gebruik bij andere diverse groepen (bv. beperkte motorische mogelijkheden)

# SON-R 2-8

C

## Meetpretentie

Specifieke cognitieve vaardigheden

## Doel/normgroep

- Kinderen van 2 jaar tot 8 jaar
- Referentieleeftijden laten toe de test ook toe te passen bij oudere kinderen met beperkte intellectuele mogelijkheden.

## Sterktes

+ Nederlandse normen (2015-2016)
+ De begripsvaliditeit is goed (op basis van een Nederlandse steekproef).
+ De test is bruikbaar bij personen met minder verbale mogelijkheden en personen die de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig zij.n

## Beperkingen

- Geen brede meetpretentie: er worden niet voldoende brede cognitieve vaardigheden gemeten om aan IQ-bepaling te doen.
- Geen Vlaamse normen of equivalentieonderzoek
- Onvoldoende test-hertestbetrouwbaarheid bij jonge kinderen
- Er is (meer) onderzoek nodig naar de criteriumvaliditeit.
- De test is minder bruikbaar bij kinderen met visuele en/of motorische beperkingen.

# SON-R 6-40

C

## Meetpretentie

Specifieke cognitieve vaardigheden

## Doel/normgroep

Kinderen, jongeren en volwassenen van 6 jaar tot 40 jaar

## Sterktes

+ Nederlandse-Duitse normen (2009-2011)
+ De begrips- en criteriumvaliditeit zijn voldoende tot goed (op basis van een Nederlandse steekproef).
+ De betrouwbaarheid is goed (op basis van een Nederlandse steekproef).
+ De test is bruikbaar bij personen met minder verbale mogelijkheden en personen die de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig zijn.

## Beperkingen

- Geen brede meetpretentie: er worden niet voldoende brede cognitieve vaardigheden gemeten om aan IQ-bepaling te doen.
- Geen Vlaamse normen of equivalentieonderzoek
- De Nederlandse-Duitse normen zijn (bijna) verouderd.
- Geen onderzoek naar gebruik bij andere diverse groepen (bv. beperkte motorische mogelijkheden).

# WNV-NL

C

## Meetpretentie

Specifieke cognitieve vaardigheden

## Doel/normgroep

- Kinderen van 4 jaar tot 7 jaar
- Kinderen en jongeren van 8 jaar tot 21 jaar

→ Merk op dat het hierbij gaat om twee afzonderlijke subtesten.

## Sterktes

+ Vlaams-Nederlandse normen (2007-2008)
+ De test is bruikbaar bij personen met minder verbale mogelijkheden en personen die de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig zijn.
+ De betrouwbaarheid en validiteit zijn voldoende tot goed.

## Beperkingen

- Geen brede meetpretentie: er worden niet voldoende brede cognitieve vaardigheden gemeten om aan IQ-bepaling te doen.
- De normen zijn verouderd.
- De (Vlaamse) normen zijn niet representatief voor personen met een migratieachtergrond; ook de representativiteit voor verschillende opleidingsniveaus is bedenkelijk.
- Geen onderzoek naar gebruik bij andere diverse groepen (bv. beperkte motorische mogelijkheden).

# Instrumenten voor adaptieve vaardigheden

Versie Januari 2025

## ABAS-3-NL

A

### Meetpretentie

Conceptuele, sociale en praktische vaardigheden

### Doel/normgroep

Kinderen, jongeren en volwassenen vanaf 3 maanden tot 80 jaar

### Sterktes

+ Brede meetpretentie
+ Vlaamse normen (2016-2019)
+ De betrouwbaarheid is voldoende tot uitstekend.
+ De inhouds- en begripsvaliditeit is voldoende.
+ De handleiding bevat richtlijnen voor faire diagnostiek bij specifieke doelgroepen.

### Beperkingen

- Normen zijn niet representatief voor personen met een migratieachtergrond, lage SES en bij informanten die de Nederlandse taal minder machtig zijn.
- Minder bruikbaar voor personen en informanten die het Nederlands minder of niet machtig zijn.
- Er is (meer) onderzoek nodig naar andere types validiteit.

## GTI

C

### Meetpretentie

Conceptuele, sociale en praktische vaardigheden op een zeer basaal niveau

### Doel/normgroep

Kinderen, jongeren en volwassenen met ernstige meervoudige beperkingen

### Sterktes

+ Brede meetpretentie
+ De test is bruikbaar bij kinderen en volwassenen met (zeer) beperkte cognitieve, verbale, visuele en motorische mogelijkheden.

### Beperkingen

- De steekproef voor psychometrisch onderzoek was klein waardoor er weinig zekerheid is over de betrouwbaarheid en validiteit.
- Er zijn geen normscores.
- De kwartielscores zijn niet meer bruikbaar (2002).

# Bayley-III-NL adaptief gedragschaal

C

**Merk op dat deze beoordeling niet gaat over de Bayley-4-NL.**

## Meetpretentie

Conceptuele, sociale en praktische vaardigheden

## Sterktes

+ Brede meetpretentie
+ Vlaamse normen (2011 tot 2014)
+ De betrouwbaarheid is aanvaardbaar tot goed.

## Doel/normgroep

Kinderen van 16 dagen tot 42 maanden en 15 dagen

## Beperkingen

- Er is (meer) onderzoek nodig naar de validiteit (in Vlaamse steekproeven).
- Er is (meer) onderzoek nodig naar verschillende vormen van betrouwbaarheid binnen een Vlaamse steekproef.
- De normgegevens van de oudste leeftijdsgroep dienen met de nodige voorzichtigheid te worden gehanteerd.
- De normen zijn enkel gebaseerd op moeders als informant, terwijl vaders op meerdere domeinen gemiddeld lagere scores geven.
- Personen met een migratieachtergrond en laagopgeleide moeders zijn ondervertegenwoordigd in de normgroep.
- Minder bruikbaar voor personen en informanten die het Nederlands minder of niet machtig zijn.

# Bronnen bij het instrumentarium

Hendriks, M.P.H., Ruiter, S., Schittekatte, M., & Bos, A. (2018). *Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth edition – Nederlandstalige bewerking*. Technische handleiding. Pearson Benelux B.V.

Hurks, P., & Hendriksen, J. (2020). WPPSI-IV-NL. *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Fourth Edition. Nederlandstalige bewerking. Technische handleiding*. Pearson.

Kooij A.P., & Dek J.E. (2012). *WAIS-IV-NL Technisch Rapport*. Pearson

Kreemers, B., Maljaars, J., Briers, V., Bulteel, S., Storms, G., Maes, B., & Noens, I. (2020). *ABAS-3 Schaal voor adaptief gedrag. Nederlandstalige bewerking*. Hogrefe Uitgevers BV.

Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (2017). *Bayley-III-NL: aandachtspunten voor een verantwoord gebruik in Vlaanderen*. https://kcdvzw.be/sites/default/files/2024-12/Bayleyaandachtspunten_KwaliteitscentrumvoorDiagnostiek_januari2017.pdf

Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (2019). *Evaluatie van de Vlaamse normering van de WISC-V-NL*. https://kcdvzw.be/sites/default/files/2024-12/WISC-V-NL-adviesrapportKwaliteitscentrumDiagnostiek-2.pdf

Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (2023). *Evaluatie van de ABAS-3 met focus op Vlaamse normering*. https://kcdvzw.be/sites/default/files/2024-12/Adviesrapport-ABAS-3_Finale-versie-met-aanpassingen.pdf

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.

Raven, J.C. & Raven, J. (2020). *Raven's 2 Progressive Matrices – Diagnostische versie*. Pearson.

Resing, W.C.M., Bleichrodt, N., Drenth, P.J.D.D., & Zaal, J.N. (2012). R*evisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test-2 (RAKIT-2). Gebruikershandleiding*. Pearson.

Ruiter, S., Timmerman, M., & Visser, L. (2018). IDS-2. *Intelligentie- en ontwikkelingsschalen voor kinderen en jongeren. Nederlandse bewerking*. Hogrefe uitgevers.

Tellegen, P.J. & Laros, J.A. (2017). S*ON-R 2-8. SnijderOomen Niet- verbale intelligentietest. I. Verantwoording*. Hogrefe uitgevers.

Tellegen, P.J., & Laros, J.A. (2011). *Snijder-Oomen Nietverbale intelligentietest SON-R 6-40. I. Verantwoording*. Hogrefe uitgevers.

Van Baar, A.L., Steenis, L.J.P., Verhoeven, M., Hessen, D.J. (2014). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development (derde editie) Nederlandse versie (Bayley-III-NL)*. Pearson.

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

Vlaskamp, C., van der Meulen, B.F., & Zijlstra, H.P. (2002). De instrumentele realisering van het GedragsTaxatie Instrument. Normen, validiteit en betrouwbaarheid. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, *41*, 22-31.

Vlaskamp, C., van der Meulen, B.F., & Zijlstra, H.P. (2002). De instrumentele realisering van het Gedrags Taxatie Instrument. Normen, validiteit en betrouwbaarheid. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, *41*, 22-31.

Wechsler, D., & Naglieri, J.A. (2008a). *Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WVN-NL). Nederlandstalige bewerking. Afname- en scoringshandleiding (Nederlandse bewerking van Pearson Assessment and Information)*. Pearson.

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

Wessels, M. D., Paap, M. C., & Van der Putten, A. A. (2020). Validity of an instrument that assesses functional abilities in people with profound intellectual and multiple disabilities: Look what I can do! *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 1-11.

# Bronnen bij de afbeeldingen

Booth, C. (2020). *Two Women Sitting on a Couch Chatting* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 1/08/2024, van https://www.pexels.com/photo/two-women-sitting-on-a-couch-chatting-4057864/.

Cottonbro studio (2020). *Kind in Witte Top Met Lange Mouwen En Tuinbroek Die Met Legoblokken Speelt* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 14/11/2024, van https://www.pexels.com/nl-nl/foto/kind-in-witte-top-met-lange-mouwen-en-tuinbroek-die-met-legoblokken-speelt-3661353/.

Cottonbro studio (2020). *Woman in Black Shirt Sitting on Chair* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 10/1082024, van https://www.pexels.com/photo/woman-in-black-shirt-sitting-on-chair-4098374/.

Cottonbro studio (2020). *Persoon In Zwart Shirt Met Lange Mouwen Met Boek* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 30/07/2024, van https://www.pexels.com/nl-nl/foto/persoon-in-zwart-shirt-met-lange-mouwen-met-boek-4855351/.

Cottonbro studio (2020). *Boys looking at a map* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 14/11/2024, van https://www.pexels.com/@cottonbro/.

Cottonbro studio (2020). *Photo of Couple Talking While Holding Laptop and Ipad* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 1/08/2024 van https://www.pexels.com/photo/photo-of-couple-talking-while-holding-laptop-and-ipad-4065158/.

Cottonbro studio (2020). *Man in Black Suit Jacket Using Smartphone* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 10/10/2024, van https://www.pexels.com/photo/man-in-black-suit-jacket-using-smartphone-4098228/.

Cruzat, M. (2018). *Man Standing Inside Library While Reading Book* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 21/08/2024, van https://www.pexels.com/photo/man-standing-inside-library-while-reading-book-3494806/.

Danilyuk, P. (2021). *Laptop* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 20/01/2025, van https://www.pexels.com/@pavel-danilyuk/collections/.

Danilyuk, P. (2021). *A Woman Sitting on the Floor* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 11/02/2025, van https://www.pexels.com/photo/a-woman-sitting-on-the-floor-8422177/.

Filkins A. (2020). *Stylish little cute Asian cheerful boy in trendy casual outfit* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 11/10/2024, van https://www.pexels.com/photo/stylish-little-cute-asian-cheerful-boy-in-trendy-casual-outfit-5560037/.

Fischer, M. (2020) *Two Girls Using Laptop with Classmates* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 12/02/2025, van https://www.pexels.com/photo/a-two-girls-using-laptop-with-classmates-5212697/.

Fin, H. (2017). *Person holding compass* (foto). Unsplash. Geraadpleegd op 12/02/2025, van https://unsplash.com/photos/person-holding-compass-mHC0qJ7l-ls.

Gabby, K. (2020). *Girl holding magnifying glass* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 29/07/2024, van https://www.pexels.com/.

Miroshnichenko, T. (2020). *2 Women in White Tank Top Holding White Plastic Bottle* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 12/02/2025, van https://www.pexels.com/photo/2-women-in-white-tank-top-holding-white-plastic-bottle-5916340/.

Nilov, M. (2021). *A Man in White Polo Shirt Sitting on a Chair while Using a Laptop* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 16/09/2024, van https://www.pexels.com/photo/a-man-in-white-polo-shirt-sitting-on-a-chair-while-using-a-laptop-8653734/.

Nilov, M. (2021). *A Man Teaching a Child* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 16/09/2024, van https://www.pexels.com/photo/a-man-teaching-a-child-8653735/.

Pap, T. (2020). *Person holding white printer paper* (foto). Unsplash. Geraadpleegd op 30/01/2025, van https://unsplash.com/photos/person-holding-white-printer-paper-9PWTATmFNEU.

Shkraba, A. (2020). *A Young Girl Playing a Wooden Elephant* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 31/07/2024, van https://www.pexels.com/photo/a-young-girl-playing-a-wooden-elephant-6288097/.

Shkraba, A. (2019). *Foto Van Vrouw Schrijven Op Wit Papier* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 12/02/2025, van https://www.pexels.com/nl-nl/foto/foto-van-vrouw-schrijven-op-wit-papier-4348080/.

Shkraba, A. (2020). *A Female Professor Teaching Her Students* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 11/02/2025, van https://www.pexels.com/photo/a-female-professor-teaching-her-students-5306446/.

Vaitkevich, N. (2021). *Globe on White Surface* (foto). Pexels. Geraadpleegd op 26/08/2024, van https://www.pexels.com/photo/globe-on-white-surface-7235799/.

# Bijlage 1 - Actualisaties

In deze bijlage worden inhoudelijke aanpassingen ten opzichte van voorgaande versies van de Richtlijn Diagnostiek Verstandelijke Beperking (oorspronkelijke versie: januari 2025) weergegeven. Kleine aanpassingen (bv. correctie van typfouten) worden hier niet vermeld.

In de instrumentenfiches over de Bayley-III-NL werden verwijzingen naar de instrumentenbeoordelingen van de Bayley-III-NL en de Bayley-4-NL toegevoegd.

KCD