

BIJLAGE. Multidimensioneel model van verstandelijke beperking volgens het AAIDD-model¹

In 2010 publiceerde de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) de elfde editie van het handboek 'Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports'. Deze uitgave bouwt verder op de versies van de handboeken uit 1992 en 2002. Wetenschappelijke inzichten over 'verstandelijke beperking' worden gecombineerd met praktische richtlijnen voor de diagnostiek en de planning van ondersteuning in individuele situaties.

In het handboek worden twee benaderingen van het concept verstandelijke beperking gecombineerd². Enerzijds is er de definitie van verstandelijke beperking met criteria om de diagnose te stellen. Anderzijds stellen ze een multidimensioneel kader voor om verstandelijke beperking te begrijpen. Het is dit kader dat we in deze bijlage verder uitwerken. Voor definitie en diagnostische criteria van verstandelijke beperking verwijzen we naar het theoretisch deel van dit protocol³. Voor de plaats van deze kaders in het traject van diagnostiek tot ondersteuning, verwijzen we naar de Bijlage Kwaliteit van leven bij personen met een verstandelijke beperking⁴.

Het multidimensioneel model van de AAIDD laat zien hoe het functioneren van mensen met een verstandelijke beperking kan worden begrepen vanuit de dynamische interacties tussen intellectuele mogelijkheden, adaptief gedrag, gezondheid, participatie, context en geïndividualiseerde ondersteuning (zie Figuur 1).

Behalve multidimensioneel is het AAIDD-model ook 'functioneel' omdat

- het functioneren van mensen in dagelijkse situaties centraal wordt gesteld en niet het defect, de aandoening of het intelligentietekort;

¹ Schalock, R.L. et al. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and system of supports* (11th ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Buntinx, W.H.E. (2003). Wat is een verstandelijke handicap? Definitie, assessment en ondersteuning volgens het AAMR-model. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 3, 161-177. Geraadpleegd op 10 januari 2018, van http://buntinx.org/yahoo_site_admin/assets/docs/Artikel_AAMR_model_2003_NTZ.286121137.pdf

Buntinx, W.H.E. (2002). De 'International Classification of Functioning Disability and Health' (ICF) en de nieuwe definitie van verstandelijke handicap van de American Association on Mental Retardation. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, R. Habekothé, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen & B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap (I.10.2.2: 1-26)*. Maarssen: Elsevier. Met dank aan Will Buntinx voor zijn suggesties bij een eerdere versie van deze tekst.

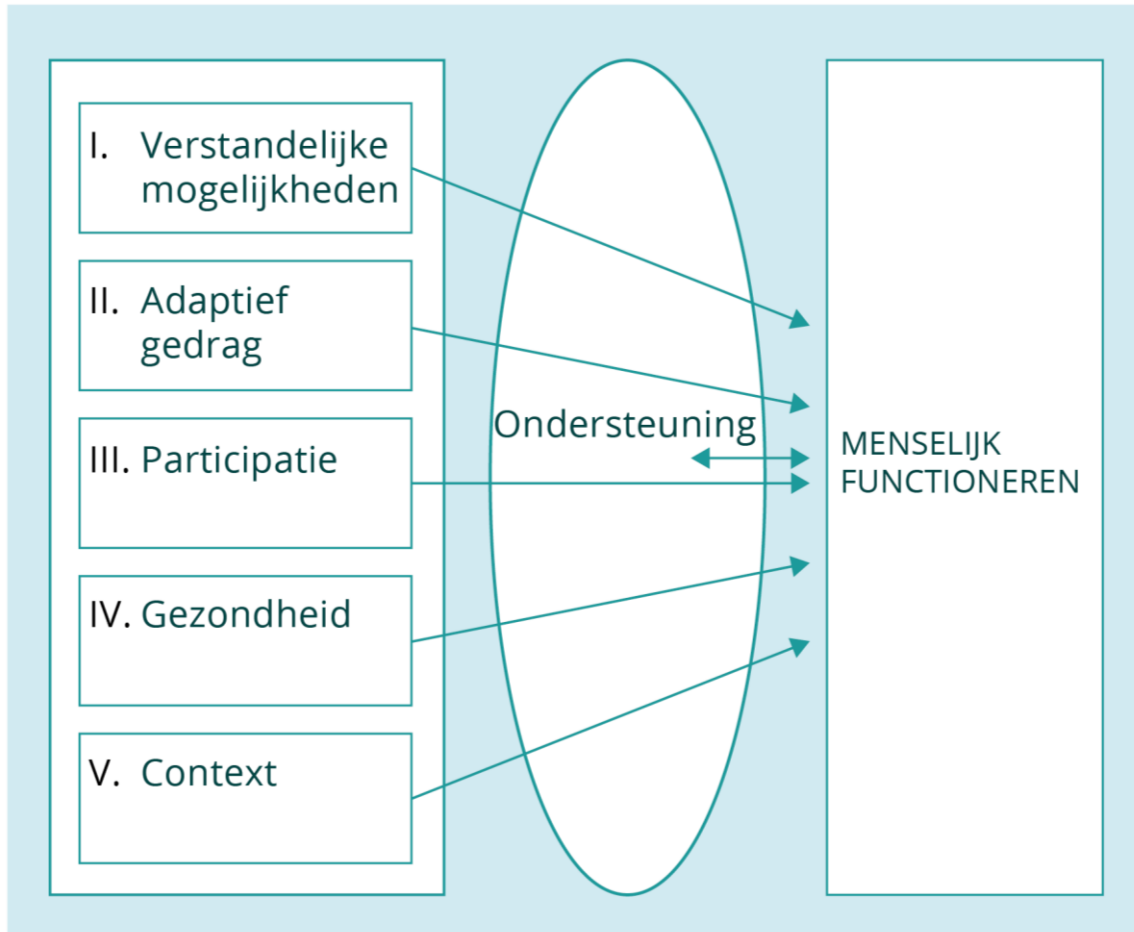
² Deze zijn vergelijkbaar met de keuze in de Prodia-protocollen voor het onderscheid tussen categoriale en dimensionele classificatie.

³ De omschrijving van verstandelijke beperking is terug te vinden in het Theoretisch deel bij 1.2 Definities en begrippen. De criteria worden uitgewerkt in 1.3.2 Categoriale classificatie.

⁴ Zie ook Buntinx, W.H.E. & Schalock, R.L. (2010). Models of disability, quality of life and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294.

- dit functioneren plaatsvindt binnen het spanningsveld tussen enerzijds competenties (intelligentie en vaardigheden) van de persoon en anderzijds verwachtingen en eisen van de omgeving;
- dit functioneren positief kan worden beïnvloed door ondersteuning.

Een verstandelijke beperking is dan ook functie van de aanwezige competenties, omgevingseisen én ondersteuning.



Figuur 1. Theoretisch model menselijk functioneren, AAIDD 2010⁵

Verstandelijke beperking is een koepelbegrip waarbinnen verschillende niveaus van functioneren mogelijk zijn. Het AAIDD-model biedt een referentiekader voor de verdere classificatie en het ontwerpen van ondersteuning. Voor elke dimensie van het model kan het functioneren van de persoon met een verstandelijke beperking worden ingeschat, evenals de nodige ondersteuning. Het is aan de diagnosticus om weloverwogen en doelgericht te kiezen welke parameters meest aangewezen zijn om te classificeren. De AAIDD benadrukt daarbij wel het belang van het inschatten van de ondersteuningsnaden of het patroon en de intensiteit van de nodige ondersteuning. Ondersteuning krijgt in het AAIDD-model zo'n centrale rol dat het ook wel het 'ondersteuningsmodel' van verstandelijke beperking wordt

⁵ Gebaseerd op Schalock, R.L. et al. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and system of supports* (11th ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities



Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

genoemd. Dit sluit aan bij het uitgangspunt van handelingsgerichte diagnostiek dat beeldvorming doelgericht dient te worden ingezet om ondersteuning te ontwerpen die bijdraagt tot het (verbeteren van het) functioneren van de persoon.

In het model dat in 2010 werd gepubliceerd heeft de AAIDD zich ingespannen om dit in overeenstemming te brengen met ICF⁶ en ze verenigbaar te maken in gebruik. Linken zijn vrij eenvoudig te leggen aangezien de modellen vergelijkbaar zijn in hun multidimensionele structuur en hun functionele insteek.

De verschillende dimensies uit het AAIDD-model zijn terug te vinden in de componenten van ICF. De eerste dimensie van de AAIDD is weliswaar verengd tot 'intellectuele functies'. Maar de overige domeinen uit de ICF-component 'functies en anatomische eigenschappen' kunnen gesitueerd worden in de AAIDD-dimensie lichamelijke en geestelijke gezondheid en etiologie. De dimensie 'adaptieve vaardigheden' in het AAIDD-model is verwant met de classificatie van activiteiten en participatie binnen ICF. Deze ICF-categorieën zijn ook relevant voor de AAIDD-dimensie 'participatie'. De uitwerking van 'externe factoren' binnen ICF kan een belangrijke aanvulling zijn op de dimensie 'context' waarvoor de AAIDD geen diagnostische richtlijnen voorziet.

Zowel het AAIDD-model als ICF handelen over het functioneren van de mens en de problemen die daarin kunnen optreden. Ze beschouwen het functioneren als een interactie tussen de persoon en zijn omgeving en delen een biopsychosociale visie. Beide modellen plaatsen zo het diagnostisch proces in een spanningsveld van competenties van de persoon en verwachtingen van de omgeving, waarbij de omgeving minder of meer ondersteunend kan zijn voor het functioneren.

Een belangrijk punt waarop ICF verschilt van het AAIDD-model, is dat ICF een algemeen model is voor menselijk functioneren, terwijl het AAIDD-model is toegespitst op het functioneren van mensen met een verstandelijke beperking. Een verstandelijke beperking moet worden beschouwd als een subklasse van het paraplubegrip 'disability' dat in de Nederlandse vertaling van de ICF wordt omschreven als 'functioneringsproblemen'.

Deze bijlage beperkt zich tot een beknopte toelichting van de verschillende dimensies in het AAIDD-model en mogelijke link met ICF. Voor uitgebreide toelichting verwijzen we naar de teksten waarop deze bijlage is gebaseerd (zie voetnoot bij de titel van de bijlage).

■ Dimensies

Het functioneren van mensen met een verstandelijke beperking kan worden begrepen vanuit de interactie van factoren in vijf dimensies van het menselijk functioneren, in combinatie met de ondersteuning die ze ontvangen. Het begrip 'interactie' houdt in dat deze dimensies niet

⁶ Zie [Algemeen Diagnostisch Protocol](#), Theoretisch deel: Internationale Classificatie van het Menselijk Functioneren of ICF-CY en [Bijlage 16, ICF-schema](#); [Browser – ICF-CY-nl.ca](#).

onafhankelijk van elkaar zijn. Beperkingen in de ene dimensie moeten altijd in samenhang met de andere dimensies worden gezien (Figuur 1). We bespreken hierna de vijf dimensies.

□ **Intellectuele mogelijkheden**

Deze dimensie verwijst naar de intellectuele mogelijkheden of de 'intelligentie' zoals die wordt gemeten met intelligentietests. Het AAIDD-handboek houdt vast aan het concept 'algemene intelligentie' of 'g'⁷. Dit omvat redeneren, plannen, problemen oplossen, abstract denken, begrijpen van complexe ideeën, snelheid van leren en leren van ervaringen. De AAIDD geeft aan dat deze omschrijving consistent is met de ICF-definitie van intellectuele functies als "algemene mentale functies nodig voor het begripsvermogen en om constructief de verschillende mentale functies inclusief alle cognitieve functies en hun ontwikkeling gedurende het leven te integreren"⁸.

De classificatie van deze dimensie zou een indeling gebaseerd op het bereik van IQ-scores kunnen inhouden. De AAIDD raadt aan om heel omzichtig om te springen met extreme IQ-scores (meer dan drie standaardafwijkingen van het gemiddelde) en met verwijzingen naar mentale leeftijden. Een IQ-bepaling is essentieel voor de diagnose⁹, maar er is weinig te winnen met een verdere classificatie van die IQ-score. Integendeel, het homogeen groeperen op basis van IQ-niveau kan bijvoorbeeld leiden tot het routinematig en onvoldoende geïndividualiseerd invullen van het curriculum of tot te lage / te hoge verwachtingen voor prestaties en capaciteiten.

□ **Adaptief gedrag**

Adaptief gedrag is een verzamelbegrip voor conceptuele, sociale en praktische vaardigheden die geleerd en uitgevoerd worden door mensen in hun dagelijks leven¹⁰. Voor de AAIDD is binnen het ICF-model de omschrijving van 'activiteiten' het nauwst verwant met de dimensie adaptief gedrag.

- Conceptuele vaardigheden: begrijpen en hanteren van taal, lezen en schrijven, begrip van geld en het kunnen overzien en plannen van dagelijkse activiteiten.
- Sociale vaardigheden: hanteren van interpersoonlijk contact, handelen vanuit verantwoordelijkheidsbesef, kunnen inschatten van en weerstand bieden aan negatieve beïnvloeding (lichtgelovigheid en beïnvloedbaarheid), zich houden aan geldende regels en wetten, en het vermijden om terecht te komen in een slachtofferrol.
- Praktische vaardigheden: activiteiten van het dagelijks leven (ADL) zoals eten, aankleden, hygiëne, zich verplaatsen; instrumentele activiteiten zoals maaltijdbereiding, huishoudelijke activiteiten, gebruik van telefoon, omgaan met

⁷ Zie 1.2 Definities en begrippen en Bijlage Het CHC-model.

⁸ <https://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-CY-nl.cla>, geraadpleegd op 10 januari 2018.

⁹ Zie Theoretisch deel, Classificatie, Categoriele classificatie, Intelligentiecriteria: Er is sprake van significante beperkingen in het intellectuele functioneren als het IQ_{CHC} twee of meer standaarddeviaties onder het gemiddelde prestatieniveau ligt van de algemene populatie waarvoor de test bestemd is.

¹⁰ Zie 5.1.2 Ontwikkeling adaptieve vaardigheden en Bijlage Faire diagnostiek van adaptief gedrag.



Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

geld, gebruikmaken van vervoer; vaardigheden met betrekking tot werk; vermijden of voorkomen van gevaarlijke situaties.

De beoordeling van iemands adaptief gedrag is gebaseerd op de typische uitvoering tijdens dagelijkse routines en in veranderende omstandigheden. Anders dan bij intelligentie-onderzoek gaat het niet om veronderstelde mogelijkheden of de best mogelijke uitvoering. De sterktes en beperkingen in adaptieve vaardigheden worden gedocumenteerd binnen omgevingen die typisch zijn voor iemands leeftijd en worden gelinkt aan zijn geïndividualiseerde ondersteuningsnoden.

Gezondheid

Voor de toelichting van gezondheid vertrekt de AAIDD van de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie uit 1948. “Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte”¹¹. Deze derde dimensie uit het model focust op gezondheid in een breed perspectief en omvat fysieke gezondheid, etiologie, geestelijke gezondheid en goede gezondheidsgewoontes. Gezondheidsproblemen zijn stoornissen, ziektes of letsels die kunnen worden geclassificeerd in classificatiesystemen zoals ICD¹² of DSM¹³. De ICF-component ‘functies en anatomische eigenschappen’ kan nuttig zijn om probleem- en ondersteuningsgebieden op vlak van gezondheid te identificeren of te classificeren¹⁴.

De lichamelijke en geestelijke gezondheid van een persoon met een verstandelijke beperking kan zijn functioneren op een of alle van de vier overige dimensies beïnvloeden, direct of indirect. Een persoon met een goede gezondheid kan beter leren, kan meer en gemakkelijker dagelijkse activiteiten aan en kan beter participeren in de samenleving dan iemand met gezondheidsproblemen. Aandoeningen zoals epilepsie of cerebrale parese kunnen het lichamenlijk functioneren van iemand in meer of mindere mate verstoren en zijn activiteiten en participatie inperken. Op een gelijkaardige manier kunnen sommige individuen problemen hebben op vlak van functies, activiteiten of participatie die te kaderen zijn binnen een psychische stoornis. De gezondheidstoestand hangt vaak nauw samen met de etiologie of oorzaak van de verstandelijke beperking. De lichamelijke gezondheid en ook het gebruik van medicijnen kan invloed hebben op het vaststellen van de intelligentie en adaptieve vaardigheden.

¹¹ World Health Organisation (2014). *Basic Documents* (48th Ed.). Genève: WHO Press. Geraadpleegd op 10 januari 2018, van <http://apps.who.int/gb/bd/>

¹² International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

¹³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

¹⁴ Functies zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme. Anatomische eigenschappen betreffen de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. <https://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-CY-nl.cla>



Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

Participatie

Mensen functioneren binnen verschillende settings. Dat zijn fysieke en sociale situaties waarin de persoon zich bevindt, al dan niet samen met anderen. In deze dimensie wordt gekeken naar de mate waarin de persoon participeert in voor zijn leeftijd en cultuur typische¹⁵ situaties en de mate van toegang tot publieke diensten. Participatie gaat over de uitvoering van activiteiten in het sociale leven en is gelinkt aan het functioneren van een individu in de maatschappij. Deze dimensie correspondeert voor de AAIDD met het domein 'participatie' in ICF.

Het niveau van de participatie, de sterktes en de beperkingen worden best weerspiegeld in directe observatie van (de graad van) betrokkenheid van iemand in elke van de volgende dagelijkse activiteiten:

- deelname aan activiteiten, evenementen en organisaties;
- interacties met vrienden, familie, leeftijdsgenoten en burens;
- sociale rollen met betrekking tot thuis, school, gemeenschap, werk, ontspanning en vrije tijd.

Mensen ontlenen aan het functioneren binnen een setting niet alleen een sociale positie maar ook mogelijkheden tot ontwikkeling en tot het krijgen van waardering. Wonen in een instelling of naar een speciale school gaan, leidt bijvoorbeeld tot andere verwachtingspatronen en een andere benadering door de samenleving. Het zorgt voor andere kansen tot groei en ontwikkeling dan wonen in de samenleving of naar een gewone school gaan. Dit geldt evenzo voor werk, ontspanning en andere situaties. Het hebben van écht werk in een bedrijf leidt bijvoorbeeld tot een andere sociale rol en tot een andere vorm van participatie aan de samenleving dan het bezoeken van een dagcentrum.

Context

Context verwijst naar de totale omgeving waarin mensen hun dagelijks leven leiden. De omgeving omvat globaal drie ecologische niveaus¹⁶ die onderling interageren (zie Figuur 2).

- De directe omgeving (microsysteem) waarin het individu zelf zich bevindt en rechtstreeks interacties heeft met anderen en met de fysieke omgeving. Dit zijn settings zoals het gezin, de woongroep, de klas, de werksituatie.
- De bredere omgeving (mesosysteem) waarin de settings uit de directe omgeving zijn ingebed en door worden beïnvloed. Het gaat bijvoorbeeld om de familie als geheel, de buurt, de school, organisaties die ondersteuning bieden, de inrichting van de lokale gemeenschap.

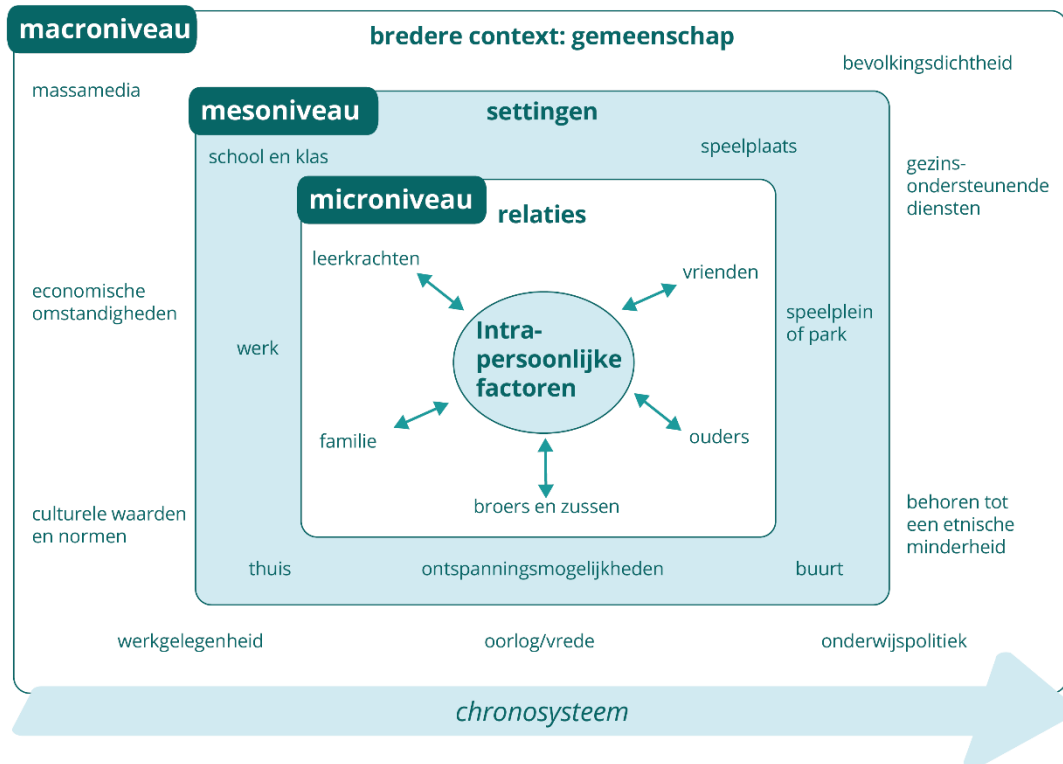
¹⁵ Dit zijn in geen geval devaluerende, stigmatiserende of gesegregerde situaties.

¹⁶ Deze niveaus worden gedefinieerd met verwijzing naar Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

- De overkoepelende patronen van de cultuur, de brede samenleving, het sociaal-politieke klimaat, de wetten en regels van het land (macrosysteem). Deze hebben een belangrijke invloed op de twee vorige ecologische niveaus.

De verschillende omgevingen zijn belangrijk voor mensen met een verstandelijke beperking omdat ze vaak bepalen wat de persoon doet, waar, wanneer en met wie. Een omgeving kan kansen bieden of kansen onthouden en beïnvloedt zo het functioneren en de ontwikkeling van de persoon. Deze omgevingsfactoren zijn nauw verwant met de externe factoren in ICF.



Figuur 2 Het ecologisch model van Bronfenbrenner¹⁷-

Naast de (externe) omgevingsfactoren omvat de context ook (interne) persoonlijke factoren. Persoonlijke factoren worden naar analogie met ICF omschreven als kenmerken van een persoon, zoals gender, ras, leeftijd, motivatie, levensstijl, gewoontes, opvoeding, copingstijlen, sociale achtergrond, onderwijsniveau, voorbije en huidige levensgebeurtenissen, karakter en individuele psychologische eigenschappen. Alle of enkele van deze kenmerken kunnen een rol spelen in de uiting van functioneringsproblemen.

¹⁷ Braet C. & Prins P.J.M., Ontwikkeling en psychopathologie (2008). In C. Braet, & P.J.M. Prins, *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (p. 3-64). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Voor de verschillende factoren is ook de tijdsdimensie¹⁸ van belang. Op microniveau gaat het bijvoorbeeld om begrip van iemands levensgeschiedenis maar ook van zijn dromen en doelen voor de toekomst en zijn leeftijdsontwikkeling. Voor dienstverlenende organisaties is het belangrijk om de dynamieken uit het verleden te begrijpen, evenals het huidige mesosysteem en de planningshorizon. Inzicht in de afgelopen, de huidige en de toekomstige visies en beleidslijnen rond dienstverlening helpt begrijpen welke krachten in de brede samenleving de ondersteuning voor mensen met verstandelijke beperking beïnvloeden.

Omgevingsfactoren interageren met persoonlijke factoren en hebben zo impact op het menselijk functioneren. Bijvoorbeeld, een positieve ingesteldheid bij de leerling en aangepaste hulpmiddelen op school bevorderen elkaar en dragen bij tot adaptief gedrag zoals het volhouden van een opleiding. Aan de andere kant hinderen ontoegankelijke gebouwen of negatieve attitudes het functioneren. Bij de evaluatie van dat functioneren moeten zowel de omgevingsfactoren als de persoonlijke factoren in kaart worden gebracht. Dit kan via observatie of interview. De beoordeling van sterktes en beperkingen in deze contextuele factoren vereist een focus op iemands onderwijs, wonen, werk, vrije tijd en ontspanning, veiligheid, materieel comfort, financiële zekerheid, burgerlijke activiteiten en spiritueel leven. De AAIDD voorziet niet in diagnostische richtlijnen voor de context. De ICF-categorieën van externe factoren kunnen een belangrijke aanvulling zijn om deze aspecten te classificeren. Zo zijn 'ondersteuning en relaties' en 'diensten, systemen en beleid' zeer relevante externe factoren voor het functioneren van mensen met een verstandelijke beperking.

■ Ondersteuning

Ondersteuning vormt een aparte en centrale component van het AAIDD-model van verstandelijke beperking (Figuur 1). Vanuit een sociaalecologische visie verschillen mensen met een verstandelijke beperking van de algemene bevolking door de aard en de omvang van de ondersteuning die ze nodig hebben om deel te nemen aan de samenleving.

Ondersteuning omvat hulpbronnen en strategieën bedoeld om de algemene ontwikkeling, gezondheid en functioneren van een persoon te bevorderen. Ondersteuningsnoden verwijzen naar het patroon en de intensiteit van ondersteuning die een persoon nodig heeft om te participeren aan de samenleving. Deze noden kunnen beschouwd worden als langdurig, eerder dan een uitgewerkte beschrijving van het soort specifieke ondersteuning op een bepaald moment.

In de eerste dimensie, intellectuele mogelijkheden, kan ondersteuning betekenen dat er een voldoende kansrijke omgeving is voor de ontwikkeling van die mogelijkheden. Voor de dimensie adaptief gedrag kan het bijvoorbeeld gaan over het aanleren van vaardigheden maar ook over technologische hulpmiddelen om dagelijkse activiteiten beter te laten verlopen. In de derde dimensie is ondersteuning gericht op het bevorderen

¹⁸ Door Bronfenbrenner benoemd als het chronosysteem.



Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

van de lichamelijke en geestelijke gezondheid. In de context slaat ondersteuning op de voorwaarden en strategieën binnen de verschillende systemen. Vertaald naar het microsysteem omvat ondersteuning bijvoorbeeld voldoende beschikbare en continue individuele ondersteuning. Wat dit voor de persoon zelf en zijn omgeving kan betekenen, hangt af van de condities in het mesosysteem, zoals de organisatie en het management van dienstverlenende organisaties, en van de macrocontext met het overheidsbeleid, de inrichting en financiering van zorg en de wetgeving.

Het concept 'ondersteuningsnoden' gaat ervan uit dat het menselijk functioneren beïnvloed wordt door de mate van overeenstemming tussen de individuele capaciteiten en de context waarin een individu verwacht wordt te functioneren. De focus komt te liggen op het verbeteren van de afstemming tussen de mogelijkheden van een persoon en de gedragseisen van zijn omgeving¹⁹.

Het patroon en de intensiteit van de nodige ondersteuning kan de basis vormen voor een verdere indeling van de groep van mensen met een verstandelijke beperking. Deze manier van classificeren kijkt verder dan IQ-cijfers en sluit aan bij de verschuiving naar een functionele definitie van verstandelijke beperking zoals in de inleiding van deze bijlage werd besproken.

Ondersteuning moet gepland en uitgevoerd worden vanuit de beoordeling van de individuele ondersteuningsnoden van iemand en bijvoorbeeld niet vanuit wat een organisatie aanbiedt. Daarbij is het belangrijk om zowel de persoonlijke prioriteiten als de domeinen met noden te analyseren en op elkaar af te stemmen. Wanneer er te weinig rekening wordt gehouden met persoonlijke voorkeuren, kan de verbetering in de persoonlijke uitkomsten verwaarloosbaar zijn. Omgekeerd is het niet wenselijk om enkel te focussen op iemands voorkeuren, zonder oog te hebben voor de kloof tussen zijn competenties en de omgevingseisen.

Om de individuele ondersteuningsnoden te kunnen in kaart brengen, ontwikkelde de AAIDD de Supports Intensity Scale (SIS) met een versie voor volwassenen en voor kinderen²⁰. Deze instrumenten bepalen de bijzondere²¹ ondersteuning die een persoon met een verstandelijke beperking nodig heeft om te participeren in activiteiten van het dagelijks leven. De focus ligt op het patroon en de intensiteit van ondersteuning die participatie mogelijk maken thuis en in de gemeenschap, samen met uitzonderlijke medische en gedragsmatige ondersteuningsnoden. Voor volwassenen kreeg de versie uit 2004 een Nederlandse vertaling met Nederlandse en Vlaamse normen²². Voor

¹⁹ Voor de bespreking van de verhouding adaptief gedrag en ondersteuningsnoden verwijzen we naar Buntinx, W. (2016). Adaptive behaviour and support needs. In A. Carr, Ch. Lineman, G. O'Reilly, P. Noonan Walsh, & J. McEnvoy (Eds.). *The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice* (pp. 107-135). London: Routledge.

²⁰ Zie <http://aaidd.org/sis>, geraadpleegd op 23 mei 2019.

²¹ Het gaat om de extra ondersteuning die een persoon nodig heeft, die leeftijdsgenoten niet nodig hebben.

²² Thompson, J. R., Bryant, B., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C., Rotholz, D. A., et al. (2004). *Supports Intensity Scale (SIS)*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. W.H.E. Buntinx (Nederlandse vertaling en bewerking) (2010). *Schaal Intensiteit van Ondersteuningbehoefte. Nederlandse versie SIS NL 1.2*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

kinderen blijft het voorlopig bij een Nederlandse veldtest-versie die onder de naam SIS-K voor onderzoek beschikbaar is²³.

In Vlaanderen is in het kader van het persoonsvolgend budget de SIS als schaal opgenomen in het Zorgzwaarte-instrument van het VAPH voor meerderjarigen (ZZI+18)²⁴. Voor mensen met een verstandelijke beperking gaat het om de volledige schaal, voor de andere doelgroepen om een verkorte versie. Bij de ontwikkeling van de ZZI voor minderjarigen wordt de SIS-K ook meegenomen.

De SIS is een voorbeeld van een gestandaardiseerde schaal om de individuele ondersteuningsnoden te meten. Maar ook directe observatie van de persoon in een variatie aan activiteiten of interviews met de persoon en zijn familie kunnen zinvol zijn om ondersteuningsnoden in kaart te brengen. Essentieel is om informatie te verzamelen over de bijzondere²⁵ ondersteuning die een persoon nodig heeft om succesvol te kunnen deelnemen aan een reeks activiteiten die voor hem belangrijk zijn. Dit doet denken aan de beoordeling van adaptief gedrag. Zowel de beoordeling van ondersteuningsnoden als van adaptief gedrag heeft te maken met de typische uitvoering van gedrag in dagelijkse situaties. Ze kunnen daarom verward worden. Waar schalen voor adaptief gedrag vaardigheden beoordelen die een persoon heeft geleerd (en dus een maat zijn voor de verwerving of uitvoering gelinkt met persoonlijke competenties), zijn schalen voor ondersteuningsnoden een maat voor de 'bijzondere' ondersteuning die iemand nodig heeft om te kunnen deelnemen aan activiteiten in het dagelijks leven. Dit zijn twee onderscheiden constructen. Zo kan iemand bijvoorbeeld wel beschikken over de vaardigheden om aan bepaalde activiteiten deel te nemen maar toch (veel) ondersteuning nodig hebben om daarin in de praktijk te slagen²⁶.

²³ http://www.buntinx.org/sis%C2%AE_-_supports_intensity_scale, geraadpleegd op 23 mei 2019.

²⁴ https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/test-voor-daisy-formaat/brochure_zzi_24_02_2017.pdf, geraadpleegd op 10 januari 2018.

²⁵ Dit in vergelijking met het typische functioneren van leeftijdgenoten zonder beperking.

²⁶ Voor de bespreking van de verhouding adaptief gedrag en ondersteuningsnoden verwijzen we naar Buntinx, W. (2016). Adaptive behaviour and support needs. In A. Carr, Ch. Lineman, G. O'Reilly, P. Noonan Walsh & J. McEnvoy (Eds.). *The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice* (pp. 107-135). London: Routledge.