

DIAGNOSTISCH ONDERZOEK BIJ MENSEN MET EEN LVB HOE HAAL JE HET BESTE IN HEN NAAR BOVEN?

Jolanda Douma¹⁵
Xavier Moonen¹⁶
Linda Noordhof¹⁷
Albert Ponsioen¹⁸

Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben verhoudingsgewijs vaker emotionele problemen en gedragsproblemen dan jeugdigen zonder een LVB. Toch zijn er nog steeds niet veel diagnostische instrumenten en interventies voor hen ontwikkeld. In de praktijk worden daarom instrumenten en interventies ingezet die ontwikkeld en gevalideerd zijn voor mensen zonder een LVB. Om dan toch betrouwbare en bruikbare resultaten uit het diagnostisch onderzoek te krijgen en om een interventie zo effectief mogelijk te laten zijn, is het belangrijk dat er aangesloten wordt op de kenmerken van de LVB. Het Landelijk Kenniscentrum LVB heeft het initiatief genomen om de kennis en ervaringen over deze kenmerken, en hoe daar op aan te sluiten in diagnostiek en behandeling, bijeen te brengen en wetenschappelijk te onderbouwen. Dit heeft in 2011 geleid tot de Richtlijn Effectieve Interventies LVB, waarin de behandeling centraal staat (De Wit, Moonen, & Douma, 2011). Een jaar later verscheen de Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB die gericht is op het optimaliseren van de mogelijkheden tot zelfrapportage door mensen met een LVB (Douma, Moonen, Noordhof, & Ponsioen, 2012). In die richtlijn worden onder andere aanbevelingen gedaan voor hoe met een LVB rekening te houden in de constructie en de afname van een zelfrapportage-instrument. In dit artikel beschrijven we kort hoe de richtlijn tot stand is gekomen, wat de belangrijkste kenmerken zijn van een LVB en hoe daarmee rekening te houden in de constructie en afname van zelfrapportage-instrumenten.

Inleiding

In dit artikel gaat het over diagnostisch onderzoek bij mensen met een LVB en dan met name over hun mogelijkheden tot zelfrapportage; hoe kan de inbreng van mensen met een LVB *zelf* in diagnostisch onderzoek zo groot en waardevol mogelijk zijn? Waar in het verleden nog vaak gebruik werd gemaakt van zogeheten ‘proxies’ (mensen die namens en over de persoon met een LVB informatie geven, zoals ouders, leerkrachten en begeleiders), wordt diagnostisch onderzoek tegenwoordig bij voorkeur uitgevoerd bij mensen met een LVB zelf. Hij/zij kan immers het beste inzicht geven in zijn mogelijkheden, beperkingen, gevoelens en gedachten. Ook wetenschappelijk onderzoek toont aan dat mensen met een LVB wel degelijk in staat zijn om vragen over zichzelf te beantwoorden als er tijdens de afname van de diagnostische instrumenten maar rekening wordt gehouden met de LVB (Douma, Dekker, & Koot, 2010). In de afgelopen jaren is er al veel kennis en ervaring opgedaan over wat deze specifieke kenmerken van een LVB zijn en over mogelijke aanpassingen, maar deze blijven nog vaak binnen de muren van (zorg)organisaties. Het Landelijk Kenniscentrum LVB heeft het initiatief genomen om deze kennis en ervaringen bijeen te brengen en deze te onderbouwen aan de hand van inzichten uit de wetenschappelijke literatuur. Specifiek gaat het om:

- kennis over de specifieke kenmerken van mensen met een LVB die van belang zijn bij het uitvoeren van diagnostisch onderzoek bij mensen met een LVB zelf, en daaruit volgend
- concrete aanbevelingen om op deze kenmerken aan te sluiten bij:
 - de constructie van diagnostische zelfrapportage-instrumenten,
 - de afname van (deze) instrumenten, al dan niet specifiek ontwikkeld voor afname bij mensen met een LVB, en
 - de verwerking en interpretatie van de daaruit verkregen resultaten.

Het volledige onderzoek en bijbehorende resultaten zijn beschreven in de Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB (Douma et al., 2012). In dit artikel richten we ons op de constructie en afname van zelfrapportage-instrumenten als tests en vragenlijsten. Van een test spreken we als de afname van dat instrument de competenties van een persoon in kaart moet brengen en iemand moet presteren, zoals een intelligentietest. We

¹⁵ Jolanda Douma (j.douma@lvgn.nl) is onderzoekscoördinator bij het Landelijk Kenniscentrum LVB.

¹⁶ Xavier Moonen is beleidsadviseur bij de Koraal Groep en docent en onderzoeker aan de Universiteit van Amsterdam.

¹⁷ Linda Noordhof is orthopedagoge bij Esdégé-Reigersdaal.

¹⁸ Albert Ponsioen is klinisch neuropsycholoog bij Lucertis Kinderen Jeugdpsychiatrie en stafmedewerker bij het Landelijk Kenniscentrum LVB /VOBC.

spreken van een vragenlijst als de respondent zijn mening of visie over hemzelf of iets of iemand anders moet geven.

Methode

Dit onderzoek bestond uit: (1) een uitvoerige literatuurstudie, (2) bestudering van diagnostische instrumenten (en bijbehorende handleidingen) die specifiek ontwikkeld zijn voor afname bij mensen met een LVB, en (3) semi-gestructureerde interviews met deskundigen op het gebied van diagnostisch onderzoek bij mensen met een LVB. De bevindingen uit deze deelonderzoeken zijn vervolgens aan elkaar gekoppeld en geïntegreerd in de richtlijn.

Literatuurstudie

Een uitvoerige literatuurstudie is verricht naar (1) de kenmerken van een LVB die de afname van diagnostische instrumenten bij deze personen bemoeilijken, en (2) de aanpassingen die gedurende de constructie en/of afname van de instrumenten gedaan kunnen worden om met die kenmerken rekening te houden. Onder andere zijn de volgende databases geraadpleegd: PsycINFO, Web of Science en PiCarta. Van de gevonden bruikbare publicaties zijn de literatuurlijsten bestudeerd om zo tot nog meer relevante publicaties te kunnen komen.

Bestudering van diagnostische instrumenten

In het tweede deelonderzoek zijn diagnostische instrumenten voor mensen met een LVB bestudeerd. Hiertoe is eerst het *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid* (Kraijer & Plas, 2006) geraadpleegd. Hoewel uit 2006, geeft het ook nu nog steeds het meest complete overzicht van diagnostische instrumenten die bij mensen met een (L)VB kunnen worden gebruikt. Vervolgens is de COTAN-testdatabase bestudeerd en is bij de deelnemers van het Landelijk Kenniscentrum LVB nagegaan of zij kennis hadden van reeds bestaande diagnostische instrumenten of instrumenten die nog in ontwikkeling waren. Hieruit bleek dat er maar heel weinig instrumenten specifiek ontwikkeld waren voor afname bij mensen met een LVB zelf. Uiteindelijk zijn de volgende drie tests en één vragenlijst en bijbehorende handleidingen bestudeerd op hoe rekening wordt gehouden met de kenmerken van de LVB:

- De *Sociale ProbleemoplossingsTest voor Moeilijk Lerende Kinderen (SPT-MLK)*, ontwikkeld door Van Nieuwenhuijzen en collega's (2001), meet de sociale informatieverwerking bij 10- tot 16-jarigen met een LVB die vragen moeten beantwoorden over vijf videovignetten van sociale situaties.
- De *Sociale InformatieverwerkingsTest (SIVT)* van Scheepmaker, Vriens en Van Nieuwenhuijzen (2008) meet ook sociale informatieverwerkingsproblemen bij kinderen en jongeren met een LVB. Door afname van deze test moet duidelijk worden in welke fase van de sociale informatieverwerking het bij een jeugdige LVB 'fout' gaat.
- De *Sterk in Werk-InteresseTest voor jongeren (SIWIT)* van Stichting Sterk in Werk in samenwerking met de Universiteit van Tilburg (De Reuver & Kroon, 2009) dient als ondersteuning bij de stage- en beroepskeuze van jongeren met een LVB. Het is een digitale test waarbij een jongere, met behulp van smiley's, voor 150 verschillende beroepsfoto's moet aangeven of hij het werk wel leuk of niet leuk vindt.
- De *Intellectual Disability Quality of Life (IDQOL)* van Hoekman, Douma, Kersten, Schuurman en Koopman (2001) wordt in een interview afgenomen bij volwassenen met een LVB. De respondent geeft antwoord op aanvulzinnen die in de ik-vorm zijn geformuleerd. Per vraag moet hij één van de vijf smiley's aankruisen. Hierdoor wordt een subjectief beeld verkregen over zijn kwaliteit van bestaan op verschillende levensgebieden.

Interviews

Semi-gestructureerde interviews zijn gehouden met de ontwikkelaars van de hiervoor genoemde diagnostische instrumenten en met 10 deskundigen (orthopedagogen, psychologen, klinisch neuropsychologen en een psychodiagnostisch medewerker) met ruime ervaring met het afnemen van instrumenten bij mensen met een LVB. Aan hen zijn vragen gesteld over wat zij zien als kenmerken van een LVB. Aan de testontwikkelaars zijn daarna vragen gesteld over de inhoud en vormgeving van diagnostische instrumenten, waaronder over visuele ondersteuning, taalgebruik, de wijze van vraagstelling en over antwoordcategorieën. Bij de deskundigen op het gebied van de testafname gingen de vragen over de inrichting van de onderzoeksetting en aanpassingen in de afname van diagnostische instrumenten.

Integratie van de resultaten

De bevindingen uit de interviews en uit de bestudeerde diagnostische instrumenten hebben geleid tot inzichten in de kenmerken van een LVB en tot aanbevelingen voor de ontwikkeling en afname van diagnostische instrumenten. Deze zijn getoetst aan de wetenschappelijke literatuur. Voor de meeste aanbevelingen is direct of indirect een onderbouwing in de literatuur gevonden. Hierdoor is een onderbouwd beeld ontstaan over de

kenmerken van een LVB en aanbevelingen voor de constructie en afname van diagnostische instrumenten bij mensen met een LVB om zo betrouwbaar mogelijke resultaten te krijgen.

Bevindingen

In dit artikel geven we een samenvatting van de belangrijkste bevindingen. Ten aanzien van de kenmerken van een LVB willen we benadrukken dat niet alle mensen met een LVB deze kenmerken of problemen hebben. Individuele verschillen zijn eerder regel dan uitzondering, maar de hieronder genoemde kenmerken komen wel vaker bij hen voor dan bij mensen zonder een LVB. Daarna geven we aan wat deze kenmerken kunnen betekenen voor (a) de diagnostische setting, (b) de inhoud en formulering van de vragen en (c) het antwoordformat. Vervolgens doen we zo concreet mogelijke aanbevelingen voor de constructie en de afname van diagnostische instrumenten om de invloed van de LVB zo veel mogelijk te beperken. Voor de volledige tekst verwijzen we naar de Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB (Douma et al., 2012).

Persoonskenmerken van mensen met een LVB

Beperkingen in het intellectueel functioneren

Intellectueel functioneren bestaat uit het (abstract) denken, het oplossen van problemen, het leren, het vat krijgen op complexe ideeën en het gebruik maken van ervaringen om te leren (Van Hove & Van Loon, 2006). Mensen met een LVB hebben veelal moeite met het begrijpen van abstracte begrippen en met abstract redeneren (Derks, Bernard, Petry, Haveman, & Van Laake, 1994). Hun denken is veelal concreet en minder snel. Het blijft beperkt tot wat ze zich concreet kunnen voorstellen en wat zich in het hier-en-nu afspeelt. Het leren gaat ook moeilijker bij kinderen met een LVB. Zij exploreren de omgeving minder en leren er minder van. Vanwege problemen met het geheugen zijn er vervolgens problemen met het onthouden en het oproepen uit het geheugen van het geleerde (Van Weelden & Niessen, 1976). Voor veel kinderen met een LVB ligt het leerplafond op het niveau van groep 5/6 van de basisschool. In die fase wordt over het algemeen de stap van het concreet naar abstract denken gemaakt. Dit is voor kinderen, maar ook voor volwassenen met een LVB vaak een moeilijk overbrugbare kloof.

Beperkingen in informatieverwerking

De denkprocessen van mensen met een LVB verlopen langzamer dan van mensen zonder een LVB. Daardoor hebben ze meer problemen met het verwerken van informatie (Kleinert, Browder & Towles-Reeves, 2009). Door de beperking van het werkgeheugen kan er minder informatie tegelijkertijd verwerkt worden. Dit kan leiden tot problemen in bijvoorbeeld het lezen of rekenen, maar ook tot problemen in het onthouden van instructies. Complexe cognitieve taken vormen een duidelijk probleem. Met name de verwerking van verbale informatie, in tegenstelling tot de verwerking van visueel-ruimtelijke informatie, verloopt minder goed (Van der Molen, Van Luit, Jongmans, & Van der Molen, 2007). Daarnaast blijken er eveneens problemen te zijn met het ophalen en manipuleren van informatie/kennis uit het langetermijngeheugen (Van der Molen et al., 2007). Veel mensen met een LVB hebben problemen met abstraheren; dit is de kern uit een probleem halen door het scheiden van de hoofd- en bijzaken (Kleinert et al., 2009). Zij richten zich vaker op aspecten van een situatie die in werkelijkheid minder belangrijk zijn en missen daardoor waar het werkelijk om gaat.

Beperkingen in executieve functies en metacognitie

Executieve functies zijn processen die (onder andere) belangrijk zijn voor het doelgericht werken, zoals het eerst denken dan doen, gevoelens beheersen, volhouden van de aandacht en concentratie, en het kunnen organiseren en plannen. Jeugdigen met een LVB hebben moeite met het ordenen, rangschikken en differentiëren van informatie (Van Nieuwenhuijzen, 2005). Ook zijn er problemen met de selectieve aandacht; zij hebben meer moeite om zich te concentreren op een taak en zich niet te laten afleiden door prikkels in de omgeving die daar niets mee te maken hebben. Zij zullen ook sneller op die irrelevante prikkels reageren (beperkte inhibitie). Jeugdigen met een LVB lijken ook vaker problemen te hebben met het plannen en organiseren van opdrachten (Ponsioen & Van der Molen, 2002). Het oplossen van (complexe) problemen in het dagelijks leven vraagt naast een goed gebruik van de executieve functies ook om een goede zelfregulatie (Dermitzaki, Stavroussi, Bandi, & Nisiotou, 2008). Hierbij zijn vaardigheden als het plannen (vooruitdenken) en monitoren van en reflecteren op het eigen gedrag belangrijk. Hiervoor zijn *metacognitieve vaardigheden* belangrijk. Metacognitie is het denken over het denken. Voor mensen met een LVB is het beduidend problematischer om metacognitieve kennis en vaardigheden te verwerven en te gebruiken (Van Geert, 1997). Ze hebben meer moeite met zelfregulerende vaardigheden zoals het reflecteren op het eigen gedrag, gedachten en gevoelens (Dermitzaki et al., 2008). Ze reageren eerder vanuit een automatische reactie dan vanuit een weloverwogen beslissing. Ook het zien van verbanden tussen oorzaak en gevolg, en het (daardoor) kunnen anticiperen op iets, is voor hen lastig (Didden, Collin, & Curfs, 2008).

Beperkingen in sociaal-cognitieve vaardigheden

Sociaal-cognitieve vaardigheden zijn belangrijk om in een sociale context relevante informatie goed te kunnen verwerken om vervolgens adequaat te reageren. Hiertoe behoren onder meer het begrip en de interpretatie van sociale situaties, het herkennen van emoties en gezichtsuitdrukkingen en het perspectief kunnen nemen, ofwel *theory of mind* (Van Nieuwenhuijzen, Vriens, Scheepmaker, Smit, & Porton, 2011). Mensen met een LVB hebben op al deze gebieden meer problemen dan mensen zonder een LVB. Zo letten jongeren met een LVB in een hypothetische sociale probleemsituatie meer op letterlijke en negatieve informatie dan jongeren zonder een LVB. Ook interpreteren ze de waargenomen informatie vaker als vijandig en de beweegredenen van een andere persoon vaker als negatief (Van Nieuwenhuijzen, 2005). Mensen met een (L)VB hebben ook beduidend meer moeite met het herkennen van emoties bij anderen en het koppelen van de juiste emoties aan gezichtsuitdrukkingen (onder andere Wood & Stenfert Kroese, 2007). Maar ook bij zichzelf hebben ze vaker moeite om gevoelens te herkennen en adequaat te benoemen. Tot slot hebben mensen met een LVB meer moeite om zichzelf te verplaatsen in het perspectief van een ander. De ontwikkeling van dit vermogen verloopt bij hen vertraagd en er lijkt sprake van een lager plafond (Collot d'Escury, Barnhard, & Hartsink, 2004) waardoor zij moeite blijven houden met de complexere vormen van het perspectief nemen.

Beperkingen in het adaptief gedrag

Adaptief gedrag bestaat uit conceptuele, sociale en praktische vaardigheden (Schalock et al., 2010).

- *Conceptuele vaardigheden* zijn o.a. het taalbegrip en taalgebruik, lezen en schrijven en begrip van geld, tijd en van getallen (hoe verhouden verschillende hoeveelheden en eenheden zich tot elkaar). Getalbegrip is een noodzakelijke voorwaarde voor het leren rekenen.
- *Sociale vaardigheden* omvatten o.a. interpersoonlijke en communicatieve vaardigheden, het hebben van een sociaal verantwoordelijkheidsgevoel, de mate waarin iemand sociale problemen kan oplossen en het kunnen volgen van regels.
- *Praktische vaardigheden* betreffen onder andere activiteiten van het dagelijks leven (zoals persoonlijke verzorging, eten, drinken, naar het toilet gaan, wassen en aankleden), beroepsvaardigheden, vaardigheden voor het kunnen aanbrengen van structuur in het leven en het kunnen omgaan met geld en het gebruiken van de telefoon en computer.

Op al deze gebieden hebben mensen met een LVB vaker problemen dan mensen zonder een LVB.

Vertraagde spraak- en taalontwikkeling

Bij kinderen met een LVB is er veelal sprake van een vertraagde taal- en spraakontwikkeling (Vandereet, Maes, Lembrechts, & Zink, 2011). Hun woordenschat is vaak beperkt en ze hebben moeite met het verwerken van verbaal aangeboden informatie, met het begrijpen van langere en complexere zinnen en met abstracte begrippen. Daarnaast is het simultaan verwerken van verbale en non-verbale informatie (zoals mimiek) lastig, maar nog lastiger als deze informatie tegenstrijdig lijkt. Humor, sarcasme en beeldspraak zijn geregeld problematisch. Als in een ernstige situatie bijvoorbeeld iets lachend wordt verteld, zullen ze meer moeite hebben om de boodschap juist te interpreteren (Collot d'Escury et al., 2004).

Disharmonisch ontwikkelingsprofiel

Bij mensen met een LVB is niet alleen sprake van achterstand op verschillende gebieden, ook hebben zij vaak een disharmonisch (ontwikkelings)profiel; ze ontwikkelen zich op het ene gebied beter dan op het andere. Zo is er vaak sprake van een disharmonisch intelligentieprofiel. De performale IQ-score is vaak hoger dan de verbale IQ-score (Kraijer, 2006). Dit betekent dat ze beter zijn in het uitvoeren van concrete handelingen dan dat ze zich verbaal kunnen uitdrukken en verbale informatie kunnen begrijpen. Hun taalbegrip blijkt vaak ook minder goed ontwikkeld dan hun taalgebruik doet vermoeden. Ze zijn 'streetwise' (gebruiken de taal van de straat) en kunnen door hun taalgebruik overkomen als iemand die 'het wel begrijpt', terwijl dat niet het geval blijkt te zijn als er verder met hen gesproken wordt. Tot slot blijkt dat hun sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau (contact leggen met anderen, impulscontrole, zelfbeeld, realiteitsbesef, morele ontwikkeling) vaak lager is dan hun intelligentieniveau of hun niveau van praktische vaardigheden. Ze lijken meer te *kunnen* dan dat ze *aankunnen*. Deze discrepanties brengen het risico op overvraging met zich mee; er wordt meer verwacht van iemand dan waar hij werkelijk toe in staat is. Dit kan vervolgens leiden tot faalervaringen en faalgevoelens.

Negatief en irreëel zelfbeeld

Uit voorgaande blijkt dat het risico op tegenslagen, faalervaringen en faalangst groot is bij personen met een LVB. De LVB wordt vaak pas relatief laat herkend, omdat aan het uiterlijk vaak niets afwijkends te zien is. Pas als een kind naar school gaat en er vergelijkingen met anderen gemaakt kunnen worden wordt de LVB duidelijker zichtbaar. Hierdoor kan er relatief lange tijd sprake zijn van te hoge verwachtingen door de omgeving waar niet aan kan worden voldaan. Een negatief zelfbeeld komt derhalve regelmatig voor (Jochemsen & Berger, 2002). Hierdoor zijn ze makkelijker te beïnvloeden, wat van invloed kan zijn op hoe zij een test maken of vragen

over zichzelf beantwoorden. Maar het komt ook voor dat iemand (naar buiten toe) te hoge verwachtingen heeft van zijn eigen mogelijkheden of een irrealistisch of onduidelijk zelfbeeld heeft (Fabriek-van de Glind & Widdershoven-van der Wal, 2005), bijvoorbeeld omdat ze hun LVB niet kunnen of willen accepteren. Hieraan kan ook hun wens om toch vooral sociaal geaccepteerd te worden gekoppeld zijn.

Psychiatrische stoornissen

Bij (intramuraal opgenomen) jeugdigen met een LVB is er geregeld sprake van psychiatrische stoornissen als een Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis (ODD), een Gedragsstoornis (CD), ADHD, een Autismespectrumstoornis (ASS) en een Reactieve hechtingsstoornis (Vermeulen, Jansen, & Feltzer, 2007). Mensen met een ASS kunnen minder goed reflecteren op hun eigen handelen en het herkennen van emoties bij zichzelf en bij anderen is beduidend lastiger. Voor jeugdigen met ADHD, ODD en CD geldt dat zij impulsiever zijn en dat er vaker sprake is van 'eerst doen, dan denken'. Het inschatten van de gevolgen van het eigen handelen is moeilijk voor hen en er is sprake van een gebrekkige emotieregulatie. In diagnostisch onderzoek zullen zij daardoor minder lang geconcentreerd zijn, sneller opgeven en daardoor niet kunnen laten zien wat zij werkelijk kunnen, weten of vinden.

Omgevingskenmerken

Ook in de sociale context zijn er kenmerken die van invloed kunnen zijn op diagnostisch onderzoek. Jeugdigen met een LVB komen vaker uit zogeheten *multiprobleemgezinnen*. In deze gezinnen is er vaker sprake van armoede en werkloosheid, pedagogisch onvermogen van de ouders, verwaarlozing of mishandeling van de kinderen, psychiatrische stoornissen, een LVB en/of verslavingen bij de ouder(s) en een gebrek aan regelmaat en hygiëne (Nederlands Jeugdinstituut, 2011). Het ontbreekt deze kinderen vaak aan een veilige basis. Door de beperkte financiële middelen groeien deze kinderen vaker op in achterstandswijken met o.a. een hogere mate van criminaliteit. Hun referentiekader en hun visie op de maatschappij zal daardoor anders/negatiever zijn dan van andere kinderen. Ze hebben ook vaker meer delinquente vrienden en minder pro-sociale vrienden dan leeftijdsgenoten die in betere wijken wonen (Grundy, 2011).

Concrete implicaties voor het verrichten van diagnostisch onderzoek

Bovengenoemde kenmerken van een LVB hebben direct of indirect gevolgen voor het proces van diagnostisch onderzoek en op de waarde van de daaruit verkregen resultaten. Hieronder geven we aan wat de implicaties kunnen zijn voor de diagnostische setting, inhoud en formulering van de vragen en het antwoordformat (open versus gesloten vragen). Ook beschrijven we hoe op deze kenmerken aangesloten kan worden in de ontwikkeling en afname van diagnostische instrumenten voor en bij mensen met een LVB. Onderstaande is deels gebaseerd op Finlay en Lyons (2001) en Derks en collega's (1994).

Diagnostische setting

Gevolgen van de LVB

Diagnostisch onderzoek kan relatief lang duren. Voor mensen met een LVB kan dit lastig zijn, omdat zij zich minder lang kunnen concentreren en vaker onrustig of overbeweeglijk zijn. Dit vergroot het risico op onderpresteren, wat de betrouwbaarheid van de resultaten negatief kan beïnvloeden. Daarnaast kan de context van het 'moeten presteren' bij een testafname, zeker in combinatie met faalangst, leiden tot *onderpresteren*. Eveneens gerelateerd aan de opgedane faalervaringen is het geven van sociaal wenselijke antwoorden en/of het instemmen met een voorgelegde stelling of vraag ongeacht de inhoud ervan (*acquiescence*). Sociaal wenselijke antwoorden kunnen bijvoorbeeld gegeven worden om de onderzoeker (die als een autoriteitsfiguur gezien kan worden) tevreden te willen stellen vanwege faalangst en onzekerheid over eigen kunnen. Mensen met een LVB zullen vaker onvoldoende begrijpen waarom het diagnostisch onderzoek plaatsvindt. Meedoen aan het onderzoek kan dan als straf worden ervaren, wat de motivatie voor deelname niet ten goede komt. Daarnaast zullen de resultaten ook minder betrouwbaar zijn als niet goed begrepen wordt wat er allemaal gaat gebeuren en hoe een (sub)test gedaan moet worden.

Aanbevelingen

Om aan deze potentiële gevolgen tegemoet te komen, moet de diagnosticus een positieve en veilige omgeving creëren die de respondent stimuleert en in staat stelt om zijn best te doen en zo eerlijk mogelijk te antwoorden op de vragen. Dit kan onder andere bereikt worden door:

- gebruik te maken van een zo prikkelarm mogelijke testruimte om de concentratie te bevorderen.
- een onderzoekssessie te beperken tot maximaal 2 uur (Kraijer & Plas, 2006) of tot 45 minuten als er bij de respondent bijkomende problemen zijn.

- pauzes in te lassen als er bij de respondent tekenen van vermoeidheid zijn of hij daar om vraagt.
- de respondent goed en in eenvoudig taalgebruik te informeren over wat er gaat gebeuren, wat van hem verwacht wordt en wat er met zijn antwoorden gaat gebeuren. Hier moet voldoende tijd voor gereserveerd worden voordat de eerste testafname start. Deze instructies moeten kort en eenvoudig zijn en regelmatig herhaald worden om het werkgeheugen zo veel mogelijk te ontlasten (Van der Molen et al., 2007). Ook moet gecontroleerd worden of hij het ook echt begrepen heeft.
- Te benadrukken dat het niet erg is als hij een antwoord niet weet.
- als testleider een positieve en stimulerende houding aan te nemen, het communicatieniveau aan te sluiten op dat van de respondent en hem positieve feedback te geven over zijn inzet en houding.

Inhoud en formulering van de vragen

Gevolgen van de LVB

Mensen met een LVB kunnen problemen hebben met het beantwoorden van vragen als de inhoud niet direct herkenbaar voor hen is of als enige mate van (zelf)reflectie vereist is. Het geven van onjuiste of onbetrouwbare antwoorden kan ook gerelateerd zijn aan de formulering van de vragen. Door het beperktere taalbegrip en leesniveau kunnen vragen niet begrepen en/of onjuist geïnterpreteerd worden. Dit vergroot ook het risico op het geven van sociaal wenselijke antwoorden en *acquiescence*. Concreet zien we de volgende mogelijke problemen bij mensen met een LVB ten aanzien van de inhoud en formulering van vragen:

- moeite met het beantwoorden van vragen waarin de respondent zich moet verplaatsen in een situatie die niet aansluit op zijn eigen leefwereld of in de gedachtewereld van iemand anders. Laatstgenoemde is mede het gevolg van problemen met perspectief nemen en empathie.
- moeite met vragen over de eigen persoonlijkheid en emoties al dan niet in relatie tot anderen. Dit is het gevolg van problemen met emotieherkenning, zelfreflectie, een negatief (of juist te positief) zelfbeeld, en moeite om zichzelf adequaat te kunnen vergelijken met anderen. Vragen als “*Vergeleken met andere kinderen, hoe vaak ben jij dan gefrustreerd?*”, vragen niet alleen om een begrip van de term ‘gefrustreerd’, maar ook om na te gaan hoe vaak hij dit is en of dat afwijkt van andere kinderen. Vragen over eigen basale emoties als boosheid, blijheid en verdriet worden over het algemeen beter beantwoord.
- moeite met vragen die betrekking hebben op een bepaalde tijdsperiode of vragen over het plaatsen van bepaalde gebeurtenissen in de tijd. Vragen over hoe iemand was in ‘de afgelopen 6 maanden’ of hoe vaak er toen iets gebeurd is, vereisen een goed besef van tijd en dat is vaak problematisch.
- moeite met het zelfstandig beantwoorden van vragen en met het begrijpen van de instructies voor het invullen van een vragenlijst, door een onvoldoende niveau van begrijpend lezen.
- moeite met abstracte begrippen en met begrippen die niet door hemzelf gebruikt worden.
- moeite met lange vragen die meerdere boodschappen en condities bevatten. Dit soort vragen doet een beroep op de woordenschat en op het werkgeheugen.
- moeite met negatief geformuleerde vragen. Het is lastiger om weloverwogen antwoord te geven op de stelling “*Ik ben niet vaak boos*” dan op de stelling “*Ik ben vaak boos*”.
- moeite met vragen met een dubbele ontkenning. Het geven van een antwoord op de stelling “*Ik ben niet ontevreden*” is moeilijker dan het beantwoorden van stelling “*Ik ben tevreden*”.

Aanbevelingen

Een testontwikkelaar zou één of meer voorbeeldvragen op moeten nemen in de te ontwikkelen test of vragenlijst om na te gaan of een respondent de vragen voldoende begrijpt en om derhalve te bepalen of de afname zinvol is. Bij het formuleren van vragen en opdrachten moet uitgegaan worden van een ontwikkelingsleeftijd tot maximaal 12 jaar. Vragen dienen verder kort, concreet, eenduidig en bij voorkeur vanuit het ik-perspectief geformuleerd te zijn. Daarbij kan visuele ondersteuning van de vragen, bijvoorbeeld met pictogrammen of foto’s, verhelderend zijn. Om sociaal wenselijke antwoorden te detecteren, zou een beperkt aantal vragen met vergelijkbare inhoud op verschillende manieren gesteld kunnen worden.

Een diagnosticus neemt bij voorkeur een vragenlijst af in een interview. Voordat de werkelijke testafname begint kan hij in een kennismakingsgesprek het abstractieniveau, verbaal begrip, leesniveau en reflecterend vermogen van de respondent controleren en vervolgens daarop aansluiten in de uitleg die hij geeft over het diagnostisch onderzoek en over de af te nemen testen/vragenlijsten. Tijdens de testafname zelf moet een diagnosticus ook nagaan of de respondent de vragen begrijpt en daar (bij twijfel) direct of indirect naar vragen. Zo nodig kan een vraag anders geformuleerd worden, maar zonder suggestief te zijn. Tijdsperiodes moeten geconcretiseerd worden door bijvoorbeeld aan de respondent zelf te vragen wat er een half jaar geleden is gebeurd (verjaardag, feestdag, vakantie, jaargetijde). Als de vragenlijst bijvoorbeeld gaat over de periode vanaf september kan gerefereerd worden aan het begin van het schooljaar of aan het eind van de zomervakantie.

Het antwoordformat - open versus gesloten vragen

Gevolgen van de LVB

Het beantwoorden van zowel open vragen als gesloten vragen kan moeilijk zijn voor iemand met een LVB. Voor het beantwoorden van open vragen moeten respondenten zelf hun gedachten en gevoelens over iets kunnen vormen en vervolgens verwoorden of opschrijven. Dit doet o.a. een beroep op iemands vermogen om gevoelens of meningen van een label te voorzien, zinnen te vormen en hoofd- en bijzaken te scheiden. Dit is vaker een probleem voor mensen met een LVB.

Maar ook gesloten vragen met een bepaald antwoordformat kunnen problemen opleveren. Mensen met een LVB hebben moeite met het differentiëren tussen mogelijke antwoorden, vooral bij 6 of meer antwoordmogelijkheden, en met het onthouden van de antwoordmogelijkheden. Ook hebben zij vaker de neiging tot (a) een bepaald antwoordpatroon, zoals uit een reeks van mogelijke antwoorden steeds het eerst- of laatstgenoemde antwoord te geven of aan te kruisen, bijvoorbeeld omdat dat antwoord het meest is bijgebleven, en (b) vragen met 'ja' te antwoorden als ze een vraag niet goed begrepen hebben of als vragen steeds op een positieve, mogelijk suggestieve, manier gesteld worden.

Aanbevelingen

- Meerkeuzevragen met maximaal een 5-punts antwoordschaal lijken de voorkeur te hebben boven open vragen (Hartley & MacLean, 2006). De formulering en betekenis van de antwoordmogelijkheden moeten wel goed van elkaar te onderscheiden zijn en goed uitgelegd worden. Dit geldt ook voor de visuele ondersteuning van de antwoordmogelijkheden die gebruikt kan worden om het geheugen te ontlasten en het voor de respondent eenvoudiger te maken om zijn antwoord te bepalen. De neiging tot een bepaalde antwoordtendens kan (ook) tegengegaan of ontdekt worden door de volgorde van de antwoordmogelijkheden af te wisselen.
- Tijdens de afname van een test of vragenlijst kan bij twijfel over een gegeven antwoord een verhelderende, maar niet-suggestieve, vraag gesteld worden, zoals: "Kun je daar wat meer over vertellen?" Zo kan worden nagegaan of de antwoordkeuze van de persoon 'klopt' (Hartley & MacLean, 2006). Dit moet echter gedaan worden zonder de geloofwaardigheid van de respondent in twijfel te trekken.
- Indien een respondent moeite heeft om zijn antwoord op een meerkeuzevraag in één keer te bepalen, kan iemand dat (mogelijk) wel wanneer het antwoord in twee of drie stappen bepaald kan worden (Duijf, Vermeer, De Wit, & Klugkist, 1999). Hoe dit precies gedaan moet worden, hangt af van het type vraag en antwoordmogelijkheden, zie Douma et al. (2012).
- Wanneer tijdens de afname zelf blijkt dat de respondent onvoldoende antwoord kan geven op de vragen of als te veel vragen niet goed genoeg begrepen zijn, dient de testafname te worden afgebroken en de reeds gegeven antwoorden niet te worden gebruikt in de analyse van de resultaten. De scores zijn dan onbetrouwbaar. Er kan dan alleen iets gezegd worden over hoe de testafname is gegaan en welke indrukken van de respondent verkregen zijn over bijvoorbeeld zijn testhouding en taalbegrip.

Tot slot

Met dit artikel en met de richtlijn willen we een bijdrage leveren aan betere diagnostiek bij mensen met een LVB door hen een actieve rol van respondent te geven. Ook al zijn de aanbevelingen gebaseerd op uitvoerig onderzoek en sluiten ze aan op de kenmerken van de LVB die in wetenschappelijk literatuur staan beschreven, zijn ze niet onderzocht op hun effectiviteit. Wetenschappelijk onderzoek hiernaar is derhalve wenselijk. Dit neemt echter niet weg dat de waarde van de aanbevelingen wel al ondersteund wordt door professionals in de klinische praktijk van diagnostisch onderzoek. De aanbevelingen zijn opgesteld als aandachtspunten. Welke aanbevelingen uiteindelijk voor de constructie of tijdens de afname van een diagnostisch instrument toegepast worden, is afhankelijk van de kenmerken van degene die onderzocht moet gaan worden.

Ook willen we benadrukken dat we, voor wat betreft de afname van een diagnostisch instrument, geen uitspraken doen over *welk* instrument het beste afgenomen kan worden. De keuze voor een instrument wordt bepaald door de mate waarin a) het instrument meet wat de diagnosticus over de respondent wil weten; b) de respondent behoort tot de doelgroep van het instrument en door c) de psychometrische kwaliteiten (betrouwbaarheid en validiteit) van het instrument.

Tot slot, de aanpassingen die in een testafname worden gedaan, zijn van invloed op de waarde en interpretatie van de resultaten. Als de feitelijke afname van het instrument door de aanpassingen afwijkt van de richtlijnen die in de testhandleiding staan, moet de diagnosticus nagaan welke gevolgen dit kan hebben voor de betrouwbaarheid, validiteit en interpretatie van de verkregen resultaten. Veel van de aanbevolen aanpassingen wijken af van hoe een testafname normaliter gedaan wordt. Echter, het is juist de bedoeling dat door deze aanpassingen de betrouwbaarheid van de gegeven antwoorden hoger wordt dan wanneer deze aanpassingen niet

gedaan worden. De diagnosticus moet daarom ook in zijn onderzoeksverslag weergeven welke aanpassingen hij tijdens de testafname heeft gedaan om zo aan te sluiten op de LVB. Ook moet hij inschatten in welke mate deze aanpassingen een positieve of negatieve invloed hebben op de betrouwbaarheid van de bevindingen.

Alleen door deze informatie helder en volledig weer te geven, kunnen de resultaten, veelal toch nog met de nodige voorzichtigheid, geïnterpreteerd worden en kunnen er uitspraken gedaan worden over de persoon met een LVB.

Dit artikel is een verkorte versie van de 'Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking' uitgegeven door het Landelijk Kenniscentrum LVB. Een verkorte versie van dit artikel is eerder verschenen in het Kenniskatern van Markant. Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2012). De Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: Actievere rol voor de respondent. Kenniskatern Markant, 10/2012, 16-18. Te downloaden via: <http://www.vgn.nl/markant/artikel/16444>

Literatuur

- Collot d'Escury, A., Barnhard, S., & Hartsink, D. (2004). Sociale vaardigheden in perspectief: Kunnen LVG-jongeren perspectief nemen? *Onderzoek & Praktijk*, 2(1), 22-31.
- Derks, W. A. M., Bernard, S., Petry, D., Haveman, M. J., & Laake, M. J. L. L. van (1994). Onbegrepen vragen: Over het interviewen van licht verstandelijk gehandicapten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 49, 54-58.
- Dermitzaki, I., Stavroussi, P., Bandi, M., & Nisioutou, I. (2008). Investigating ongoing strategic behaviour of students with mild mental retardation: Implementation and relations to performance in a problem-solving situation. *Evaluation & Research in Education*, 21(2), 96-110.
- Didden, R., Collin, Ph., & Curfs, L. (2008). Psychopathologie bij mensen met een verstandelijke beperking. In W. Vandereycken, C. A. L. Hoogduin & P. M. G. Emmelkamp (Red.), *Handboek psychopathologie: Deel 1 Basisbegrippen* (pp. 613-637). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Douma, J., Dekker, M., & Koot, H. (2010). Het gebruik van de Youth Self-Report (YSR) bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek & Praktijk*, 8(1), 20-28.
- Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2012). *Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Duijf, M. J. W., Vermeer, A., Wit, J. B. F. de, & Klugkist, I. G. (1999). ... en wat vind jij van sport? Een onderzoek uitgevoerd bij mensen met een verstandelijke handicap. *Bewegen en Hulpverlening*, 16, 245-267.
- Fabriek-van de Glind, I., & Widdershoven-van der Wal, M. (2005). Kenmerken van jongeren met een lichte verstandelijke handicap en crisishulpverlening. *Onderzoek & Praktijk*, 3(2), 27-32.
- Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2001). Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychological Assessment*, 13, 319-335.
- Geert, P. L. C. van (1997). Cognitie, intelligentie en verstandelijke handicap. In G. H. van Gemert & R. B. Minderaa (Red.), *Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (pp. 57-68). Assen: Van Gorcum.
- Grundy, D. (2011). Friend or fake? Mate crimes and people with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 2(4), 167-169.
- Hartley, S. L., & MacLean, W. E. (2006). A review of the reliability and validity of Likert-type scales for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 813-827.
- Hoekman, J., Douma, J. C. H., Kersten, M. C. O., Schuurman, M. I. M., & Koopman, H. M. (2001). IDQOL - Intellectual Disability Quality Of Life: De ontwikkeling van een instrument ter bepaling van de 'kwaliteit van bestaan' van mensen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 27(4), 207-225.
- Hove, G. van, & Loon, J. van (2006). Personen met een verstandelijke beperking. In E. Broekaert & G. van Hove (Red.), *Handboek bijzondere orthopedagogiek* (pp. 17-43). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Jochems, T., & Berger, M. (2002). *Families First voor licht verstandelijk gehandicapten: Richtlijnen en technieken voor het werken met gezinnen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kleinert, H. L., Browder, M. D., & Towles-Reeves, E. A. (2009). Models of cognition for students with significant cognitive disabilities: Implications for assessment. *Review of Educational Research*, 79, 301-326.
- Kraijer, D. (2006). Mensen met een lichte verstandelijke beperking: Psychodiagnostisch een tussencategorie. In R. Didden (Red.), *In Perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 53-65). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kraijer, D. W., & Plas, J. J. (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.
- Molen, M. J. van der, Luit, J. E. H. van, Jongmans, M. J., & Molen, M. W. van der (2007). Het werkgeheugen van jongeren met een lichte verstandelijke beperking. *Kind en Adolescent*, 28, 135-148.
- Nederlands Jeugdinstituut. (2011). *Multiprobleemgezinnen: Probleemschets; definitie*. Gevonden op 1 juli 2013 op <http://nji.nl/eCache/DEF/1/09/644.html>

- Nieuwenhuijzen, M. van (2005). Sociale informatieverwerking bij kinderen met licht verstandelijke beperkingen. *Onderzoek & Praktijk*, 3(1), 35-38.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Bijman, E. R., Lamberix, I. C. W., Wijnroks, L., & Matthys, W. (2009). *Sociale Probleemoplossings Test: Bewerkt voor moeilijk lerende kinderen; handleiding*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Vriens, A., Scheepmaker, M., Smit, M., & Porton, E. (2011). The development of a diagnostic instrument to measure social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 358-370.
- Ponsioen, A. J. G. B., & Molen, M. J. van der (2002). *Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren: Een onderzoek naar mogelijkheden*. Ermelo: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Reuver, R. S. M. de, & Kroon, B. (2009). *Testhandleiding SIWIT: Constructie en validatie van een beroepsinteresse test voor jongeren met een licht verstandelijke beperking*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Graig, E. M., . . . Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th edition). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Scheepmaker, M. J. M., Vriens, A., & Nieuwenhuijzen, M. van (2008). *Handleiding van de Sociale Informatie Verwerkings Test (SIVT)*. Duivendrecht: De Bascule / Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Vandereet, J., Maes, M., Lembrechts, D., & Zink, I. (2011). The role of gestures in the transition from one- to two-word speech in a variety of children with intellectual disabilities. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46, 714-727.
- Vermeulen, T., Jansen, M., & Feltzer, M. (2007). LVG: Een licht verstandelijke handicap met zware gevolgen; een onderzoek naar de problematiek van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen. *Onderzoek & Praktijk*, 5(2), 4-15.
- Weelden, J. van, & Niessen, J. S. T. (1976). *Het moeilijk lerende kind: Ontwikkeling en opvoeding op school en internaat*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Wood, P. M., & Stenfert Kroese, B. (2007). Enhancing the emotion recognition skills of individuals with learning disabilities: A review of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 576-579.