

ADAPT

Vragenlijst voor adaptief gedrag



Femke Jonker
Henk Nijman

ADAPT

Vragenlijst voor adaptief gedrag

Handleiding

Femke Jonker

Henk Nijman

Foto omslag: © iStock.com/alvarez

Vormgeving: Annelies Bast, Amsterdam

© 2021 Hogrefe Uitgevers B.V., Amsterdam.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Artikelnummer: 5706802

Voorwoord

De *ADaptive Ability Performance Test* (ADAPT, voorheen AVVB; Jonker, Kruisdijk, Goedhard en Nijman, 2016¹) is ontwikkeld om (dagelijkse) adaptieve vaardigheden te meten. Het is een observatievragenlijst die over een cliënt wordt ingevuld door iemand die zicht heeft op het dagelijks functioneren van de cliënt, zoals een ouder of woonbegeleider. De ADAPT bestaat uit 62 items die gescoord worden op vijfpunts-Likertschalen lopend van 1: 'voert de vaardigheid niet uit, zelfs niet met hulp' tot 5: 'voert de vaardigheid geheel zelfstandig uit'. Voorbeeldvaardigheden uit de ADAPT zijn op tijd opstaan, de was doen, met geld omgaan, gebruikmaken van sociale media, vriendschappen onderhouden en leren van fouten. De vaardigheden die met de ADAPT in kaart worden gebracht bestrijken het conceptuele, sociale en praktische domein van adaptief gedrag zoals beschreven in de DSM-5 (APA, 2013). Ondanks dat de ADAPT een grote verscheidenheid aan vaardigheden bevraagt, bedraagt de gemiddelde invultijd van het instrument slechts 15 minuten (Kruisdijk, Jonker, Goedhard & Nijman, 2019).

De aanleiding om de ADAPT te ontwikkelen was het gebrek aan Nederlandstalige moderne instrumenten om adaptieve vaardigheden te meten, terwijl hier met de komst van de DSM-5 een (nog verder) toegenomen behoefte aan was. Een IQ-score zegt niet veel over welke ondersteuning nodig is om problemen, veroorzaakt door een intellectuele beperking, op te lossen. Het in kaart brengen van adaptieve vaardigheden daarentegen, geeft een betere inschatting over hoeveel en welke zorg nodig is om mee te kunnen doen in de maatschappij.

Bij de constructie van de ADAPT werden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Het instrument moet eenvoudige instructies en een korte afnameduur hebben.
- Het instrument moet als nieuw instrument (ook) moderne adaptieve vaardigheden, zoals internetbankieren, omgaan met een mobiele telefoon en sociale media beslaan.
- Het instrument moet referentiewaarden bieden voor zowel mensen met een matig verstandelijke beperking (MVB), een licht verstandelijke beperking (LVB), als voor zwakbegaafdheid. In Nederland is het gebruikelijk dat ook mensen die zwakbegaafd zijn (voorheen geclassificeerd met een IQ tussen de 71-84) en problemen hebben in het adaptief functioneren zorg ontvangen. In de meeste andere landen ligt de (IQ-)grens bij een verstandelijke beperking (VB; IQ < 70). De reikwijdte van de ADAPT varieert van MVB tot een (beneden)gemiddeld intelligentieniveau.

De ADAPT werd in 2016 in eerste instantie ontwikkeld op basis van klinische ervaring met de doelgroep en de theoretische achtergronden van de tien (of elf wanneer motoriek wordt meegerekend) adaptieve vaardigheden die ten grondslag liggen aan de classificatie van VB in de DSM-5 (Schalock, Borthwick-Duffy, Bradley, Buntinx, Coulter et al., 2010). Bij de ontwikkeling van de ADAPT zijn de voorwaarden die de *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) voor het construeren van een meetinstrument voor adaptief functioneren stelt als uitgangspunt genomen.

1 Tijdens de onderzoeksfase van dit instrument had de ADAPT de naam AVVB: Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking.

Aanvankelijk was de ADAPT ontwikkeld om vaardigheden te meten bij cliënten van zestien jaar en ouder met een LVB of zwakbegaafdheid. Maar de vragenlijst is breder inzetbaar: bij meerdere intelligentieniveaus, maar ook voor doelgroepen zonder VB bij wie men toch het adaptief gedrag in kaart wil brengen. Hierbij valt te denken aan mensen met een autismespectrumstoornis (ASS) of niet-aangeboren hersenletsel. Daarnaast is de ADAPT inzetbaar bij forensisch psychiatrische patiënten en gedetineerden waarvan men de adaptieve vaardigheden in kaart wil brengen in het kader van resocialisatie en de terugkeer naar een meer zelfstandig leven na een langdurige behandeling in een gesloten setting. Maar ook bij mensen met een heel specifieke, lichamelijke beperking kan het gebruik van de ADAPT nuttig zijn. In deze handleiding worden bijvoorbeeld ook ADAPT-scores van een groep mensen met een visuele beperking beschreven.

Het inzetten van de ADAPT kan verschillende doelen dienen. Zo kan de ADAPT een hulpmiddel zijn bij het vaststellen van (de ernst van) een VB of zwakbegaafdheid, maar ook kan hij gebruikt worden om een sterkte-zwakte-analyse te maken en voor het inschatten van de ondersteuningsbehoeften. Tot slot kan de ADAPT ingezet worden om vooruitgang te meten wanneer adaptieve vaardigheden getraind worden.

Deze handleiding is onderverdeeld in vijf hoofdstukken. Hoofdstuk 1 geeft informatie over het construct adaptief functioneren en het belang om adaptieve vaardigheden te meten. Daarnaast wordt stilgestaan bij de theoretische achtergrond van de ADAPT. Hoofdstuk 2 geeft uitleg over de afname en scoring van de ADAPT, en bespreekt de gebruiksdoelen en interpretatie. Daarnaast wordt hier aan de hand van vijf casussen het gebruik van de ADAPT nogmaals toegelicht. In hoofdstuk 3 worden de psychometrische eigenschappen van de ADAPT besproken: de betrouwbaarheid, validiteit en factoranalyse. In hoofdstuk 4 worden referentiegroepen besproken die gebruikt kunnen worden bij het classificeren van de ernst van een VB en ondersteuningsbehoeften. In hoofdstuk 5 worden bijzondere groepen cliënten behandeld, waaronder cliënten met een psychiatrische stoornis, visuele beperking, auditieve beperking en epilepsie. Tot slot volgen de literatuurlijst en de bijlagen.

Verschiede partijen zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van de huidige ADAPT. Onze speciale dank gaat uit naar alle medewerkers van de meer dan 160 instellingen in Nederland die hebben meegeholpen met de dataverzameling. Dankzij hen is de onderzoeksgroep van cliënten zo indrukwekkend geworden. Ook gaat veel dank uit naar het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), Expertisecentrum De Borg, en Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) die een aantal onderzoeken gefinancierd hebben. Tot slot gaat dank uit naar dr. P. de Looff die ondersteuning heeft geboden bij de factoranalyses en drs. H. van der Aa voor haar dataverzameling in de groep visueel beperkte mensen.

Februari 2021, Nijkerk/Fijnaart
Femke Jonker en Henk Nijman

In memoriam

Tot onze grote spijt is Henk Nijman op 24 februari 2021 onverwacht overleden, vlak voor het afronden van deze handleiding. Zowel professioneel als persoonlijk is dit voor ons en vele anderen een groot gemis. We wensen zijn familie veel sterkte met dit verlies.

Henk Nijman was een bevlogen en integere onderzoeker en auteur, die met veel kennis en een open blik werkte aan elk project. Ook de ADAPT was er zonder hem niet geweest, en we hopen dan ook dat hij trots zou zijn geweest op dit eindresultaat.

26 februari 2021,
Femke Jonker en Hogrefe Uitgevers

Inhoudsopgave

1	Theorie	7
1.1	Wat zijn adaptieve vaardigheden?	7
1.2	Het belang van adaptief functioneren	7
1.3	Het belang van het herkennen van een VB of zwakbegaafdheid	7
1.4	Hoe herken je een VB?	8
1.5	De ADAPT	8
2	Afname, scoring en interpretatie	11
2.1	Over wie kan de ADAPT worden ingevuld?	11
2.2	Wie vult de ADAPT in?	11
2.3	Aandachtspunten bij het invullen	12
2.4	Scoren op een vijfpunts-Likertschaal	12
2.5	Op inschatting	13
2.6	Leerbaar?	13
2.7	Voorbeelden en extra uitleg bij items	13
2.8	Afname bij cliënten met een lichamelijke beperking	14
2.9	Invullen en scoren van de papieren materialen	14
2.10	Gebruik van de digitale versie	18
2.11	Gebruiksdoelen en interpretatie	18
	Voorbeeldcasussen	21
3	Psychometrische eigenschappen	27
3.1	Betrouwbaarheid	28
3.2	Validiteit	28
3.3	Indeling van de schalen van de ADAPT	31
4	Referentiegroepen	37
4.1	Invloeden van leeftijd en geslacht	37
4.2	Referentiegroepen voor het classificeren van een VB of zwakbegaafdheid	38
5	Bijzondere groepen	41
5.1	De invloed van psychiatrische stoornissen op het adaptief functioneren	41
5.2	De invloed van een visuele beperking, auditieve beperking en epilepsie op het adaptief functioneren	43
	Literatuur	49
	Bijlagen	
	Bijlage 1 ADAPT-totaalscores, -schaalscores en -domeinscores per intelligentieniveau	55
	Bijlage 2 ADAPT-totaalscores per leeftijdsgroep	57

Bijlage 3	ADAPT-totaalscores per opleidingsniveau	59
Bijlage 4	ADAPT-scores per psychiatrische classificatie ten opzichte van cliënten met geen of één of meer andere classificatie(s)	61
Bijlage 5	Referentiegroepen voor visueel beperkten, auditief beperkten en epilepsie	63

1 Theorie

1.1 Wat zijn adaptieve vaardigheden?

Adaptieve vaardigheden zijn vaardigheden die nodig zijn om onafhankelijk in de samenleving te functioneren (Tassé, Shalock, Balboni, Bersani, Borthwick-Duffy et al., 2012). Concrete voorbeelden hiervan zijn het kunnen kopen van boodschappen en bereiden van maaltijden, het lezen van teksten, het zorgen voor jezelf in geval van ziekte, en verantwoord omgaan met sociale media et cetera. De AAIDD heeft de langste geschiedenis in het onderzoek naar adaptieve vaardigheden en hun studies tonen aan dat adaptief gedrag kan worden onderverdeeld in tien vaardigheden, die op hun beurt kunnen worden onderverdeeld in drie domeinen: een conceptueel, praktisch en sociaal domein.

1.2 Het belang van adaptief functioneren

Adaptieve vaardigheden zijn steeds belangrijker geworden bij het definiëren van een verstandelijke beperking (VB). Sinds het begin van de 20^e eeuw wordt cognitief functioneren gemeten voor het bepalen van een VB, maar sinds de introductie van de DSM-5 (APA, 2013) spelen ook adaptieve vaardigheden een leidende rol bij de classificatie. De ernst van een VB wordt tegenwoordig namelijk sterk bepaald door de ernst van de problemen in het adaptief functioneren, en niet meer alleen door een IQ-score. Achter deze verandering schuilt het groeiende besef dat niet in de eerste plaats cognitief functioneren, maar adaptief gedrag bepaalt of iemand kan voldoen aan de verwachtingen van de samenleving.

Echter, de samenleving wordt steeds complexer: er worden hogere eisen gesteld aan het onderwijs en er moet efficiënter en onafhankelijker worden gewerkt (Woittiez, Putman, Eggink & Ras, 2014). Tegelijkertijd is het streven in de huidige maatschappij dat iedereen moet kunnen deelnemen aan de samenleving en dat mensen met een beperking op dezelfde manier moeten kunnen leven als mensen zonder beperking. Deze complexere samenleving in combinatie met de wens van sociale integratie betekent dat steeds meer mensen met een VB professionele zorg moeten gebruiken om aan de sociale verwachtingen te voldoen (Woittiez et al., 2014). Om te bepalen hoe de gezondheidszorg beter kan voldoen aan de ondersteuningsbehoeften van de cliënt is het noodzakelijk om het adaptief functioneren in kaart te brengen.

1.3 Het belang van het herkennen van een VB of zwakbegaafdheid

Mensen met een VB ervaren in toenemende mate problemen om aansluiting te vinden in de maatschappij. Ze zijn oververtegenwoordigd in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), forensische instellingen en gevangenissen. Echter, het probleem is dat ze daar slecht worden herkend (Kaal, Nijman & Moonen, 2015; Kaal, 2016; Nieuwenhuis, Noorthoorn, Nijman, Naarding & Mulder, 2017; Seelen, Smits, Penterman, Noorthoorn, Nieuwenhuis et al., 2019). Ze krijgen regelmatig verkeerde DSM-diagnoses omdat de kenmerken die bij hun VB horen, worden aangezien voor psychiatrische symptomen (Nieuwenhuis et al., 2017; Nieuwenhuis, 2019). Dit is vooral het geval bij cliënten van wie de VB op het eerste oog niet zichtbaar is, zoals heel vaak het geval is bij een licht verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid. Het missen van de diagnose VB kan vervolgens leiden tot overvraging. Cliënten kunnen zichzelf overvragen, maar worden ook overvraagd door de eisen die de samenleving stelt. Dit kan uiteindelijk

leiden tot ernstige problemen zoals schulden, problemen met instanties, en gedrags- en psychiatrische problemen. Bovendien leidt het niet herkennen van de VB vaak tot mislukte behandelingen, omdat de hulpverlener zich niet aanpast aan het begripsvermogen van de cliënt. Het missen van de diagnose kan hulpverleners ook het idee geven dat cliënten met een VB niet *willen* meewerken, in plaats van niet *kunnen* meewerken. Het falen van behandelingen kan leiden tot demotivatie bij zowel cliënten als zorgverleners. Daarnaast kan het bij cliënten ook minderwaardigheidsgevoelens versterken, wat sowieso al regelmatig voorkomt bij mensen met een VB. Het herkennen van een VB kan dus allerlei problemen voorkomen, maar het is juist deze herkenning die vaak ontbreekt.

1.4 Hoe herken je een VB?

Zoals eerder vermeld, werd tot voor kort een VB doorgaans alleen bepaald op basis van een IQ-test. Echter, de resultaten van IQ-tests zijn niet altijd nauwkeurig genoeg. Een verschil van tien tot twintig IQ-punten is geen uitzondering wanneer verschillende IQ-tests worden uitgevoerd bij dezelfde persoon (Ponsioen, 2014; Pearson assessment & information BV, 2012; Van Toorn & Bon, 2011; Whitaker, 2008). Bovendien zegt een IQ-score niet veel over welke ondersteuning nodig is om problemen veroorzaakt door een VB op te lossen. Als zorgverleners zich realiseren dat een VB ook zichtbaar wordt door problemen in het adaptief functioneren, kan een VB eerder worden herkend. Zo kunnen buurtteams slechte zelfzorg, rommel in huis of een ongeopende stapel post op de deurmat leren zien als mogelijke aanwijzingen voor een VB. En zo kunnen hulpverleners in de GGZ niet komen opdagen voor afspraken, geen huiswerk maken voor therapie, of medicatieontrouw leren labelen als mogelijke aanwijzing voor een VB in plaats van een gebrek aan behandelmotivatie.

1.5 De ADAPT

Voor de constructie van de ADAPT werd literatuur bestudeerd van onderzoekers verbonden aan de AAIDD (voorheen AAMR). In een artikel van Tassé et al. (2012) over het constructief functioneren en hoe dit gemeten kan worden, wordt beschreven dat onderzoek naar de factorstructuur van adaptief gedrag sinds 1960 consequent drie domeinen als uitkomst laat zien: een conceptueel, sociaal en praktisch domein. Deze drie domeinen bestaan op hun beurt uit tien vaardigheden (of elf als motorische vaardigheden ook worden meegerekend). Bij de constructie van de ADAPT werden alle tien de vaardigheden overgenomen. Echter, de vaardigheid 'communicatie' werd slechts deels opgenomen in de ADAPT. Dat komt omdat beperkingen in deze vaardigheid - zoals het niet kunnen spreken of reageren op vragen - vooral een probleem zijn voor cliënten met een ernstig VB (EVB). De ADAPT is primair bedoeld voor de 'hogere niveaus', dus cliënten met een LVB en zwakbegaafdheid. Motorische vaardigheden werden helemaal niet opgenomen in de ADAPT omdat ter discussie staat of deze vaardigheden gezien moeten worden als adaptieve vaardigheden, en doorgaans ook relevanter zijn voor cliënten met een EVB of kinderen. De formulering van items voor de verschillende vaardigheden werd gedaan op basis van de jarenlange ervaring van twee van de auteurs van de ADAPT-vragenlijst (F.J. en L.G.) in het begeleiden en behandelen van cliënten met een LVB en zwakbegaafdheid. De items zijn vervolgens voorgelegd aan verschillende medewerkers van de afdeling waar de auteurs werkzaam waren (Wier, expertisecentrum diagnostiek en behandeling voor cliënten met een LVB en ernstige gedragsproblemen in Den Dolder), waaronder een ervaringsdeskundige.

Bij het ontwikkelen van de ADAPT zijn dus zoveel mogelijk de criteria voor de ontwikkeling van een schaal voor adaptief functioneren gebruikt, welke zijn opgesteld door de AAIDD (Schalock et al., 2010). Een aantal van deze criteria en de manier waarop deze in acht zijn genomen bij de ontwikkeling van de ADAPT zijn terug te vinden in Tabel 1.1.

Tabel 1.1 AAIDD criteria voor de ontwikkeling van een schaal voor adaptief functioneren en de manier waarop dit verwerkt is in de ADAPT

criterium AAIDD	Verwerking ADAPT
Het instrument moet tekortkomingen in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden meten: inclusief aspecten die niet met oudere lijsten worden gemeten, zoals sociale naïviteit.	In de ADAPT zijn items opgenomen over sociale naïviteit, sociale media, mailen en het gebruik van internet.
De items maken maximaal onderscheid tussen mensen met en zonder VB.	Bij alle items van de ADAPT werd het verschil in gemiddelde scores van mensen zonder en met een VB onderzocht en dat verschil bleek op alle items significant.
Bij het meten van adaptief functioneren dient gebruik te worden gemaakt van een gestandaardiseerd instrument, waarbij de normgroepen de gehele populatie vertegenwoordigen: dus zowel mensen met een VB als mensen zonder een VB. De uitkomst biedt een betrouwbaarheidsinterval waarbinnen de score van de cliënt valt. Er is sprake van een VB wanneer ten minste één van de drie adaptieve domeinen (conceptueel, sociaal en praktisch) of de algehele score twee standaarddeviaties onder het gemiddelde ligt.	Voor het onderzoek naar betrouwbaarheidsintervallen van de ADAPT werden zowel mensen uit de algemene populatie als cliënten met een VB (en psychiatrische co-morbiditeit) onderzocht. Echter, bij de dataverzameling lag de nadruk op het verzamelen van ADAPT-afnames van de doelgroep waar het instrument het meest voor ingezet zal worden: cliënten met een VB en/of psychiatrische problemen.
Het instrument meet wat iemand daadwerkelijk aan gedrag laat zien en niet wat potentieel maximaal haalbaar is.	Alle items van de ADAPT werden zo geformuleerd dat uit de vraagstelling blijkt dat het gaat om gedrag dat daadwerkelijk vertoond moet worden. Een voorbeeld hiervan is 'Doet boodschappen voor een maaltijd' in plaats van 'Kan boodschappen doen voor een maaltijd'. Eén van de instructies is: 'Vul in wat de cliënt normaliter doet, niet wat hij potentieel kan (maar niet uitvoert).'
De respondent is niet de cliënt zelf, maar een volwassene die de cliënt goed kent en die voldoende tijd heeft gehad om het gedrag van de cliënt te observeren. Dit omvat ouders, broers en zussen, andere familieleden, werkgevers, leerkrachten, vrienden en maatschappelijk werkers. De voorkeur gaat uit naar meer dan één respondent.	In de instructies van de ADAPT staat: 'De lijst wordt ingevuld door iemand die goed zicht heeft op het dagelijks functioneren van de cliënt, zoals een begeleider of volwassen gezinslid. De lijst wordt dus niet ingevuld door de cliënt zelf.' De ADAPT heeft een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (zie Paragraaf 3.1) en kan uiteraard ook door meerdere referenten worden ingevuld.
De interviewer moet de mogelijkheid hebben om die items verder uit te vragen die beïnvloed kunnen worden door cultuur of de mogelijkheid om het gedrag überhaupt te kunnen vertonen (denk aan cliënten in een gesloten instelling of detentie).	De ADAPT biedt de mogelijkheid om naast de score op elk item een vakje 'op inschatting' in te vullen wanneer het gedrag niet daadwerkelijk geobserveerd kon worden. In de handleiding wordt aandacht besteed aan hoe om te gaan met items die 'op inschatting' zijn gescoord. Tijdens de dataverzameling voor de validering van de ADAPT waren ook forensische instellingen betrokken.