

Bijlage - Deel II

bij het rapport

**Zorgintensiteit-/zorgzwaartebepaling  
bij minderjarigen in de intersectorale toegangspoort NRTJ:  
zoektocht naar een instrumentarium**

Van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Beschrijving van de instrumenten



## Inhoudsopgave

<b>Supports Intensity Scale (SIS)</b>	<b>5</b>
<b>Instrument om de intensiteit van hulpverlening voor kinderen en adolescenten na te gaan (IZIKA)</b>	<b>17</b>
<b>Early Childhood Service Intensity Instrument for Infants, Toddlers, and Preschool-aged Children Ages 0 – 5 (ECSII)</b>	<b>25</b>
<b>Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)</b>	<b>35</b>
<b>Zorgzwaarte-instrument (VAPH)</b>	<b>45</b>
<b>Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF)</b>	<b>53</b>
<b>De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie</b>	<b>61</b>
<b>Checklist MST/FFT(/MDFT)</b>	<b>75</b>
<b>MATE 2.0.</b>	<b>81</b>
<b>Care and Needs Scale (CANS)</b>	<b>93</b>
<b>Developmental Disabilities – Support Assessment Profile (DD-SNAP)</b>	<b>103</b>
<b>BARO</b>	<b>113</b>
<b>Belgische versie Resident Assessment Instrument (BelRAI)</b>	<b>131</b>
Deel 1: RAI voor de thuiszorg (RAI - HC)©	135
Deel 2: interRAI – Instelling voor Langdurige Zorg (Versie 09) (LTCF)©	159
<b>Camberwell Assessment of Need (CAN)</b>	<b>163</b>
<b>Inventory for Client and Agency Planning (ICAP)</b>	<b>177</b>



## **Supports Intensity Scale (SIS)**

*Supports Intensity Scale® SIS®*

*Schaal Intensiteit van Ondersteuningsbehoeften*

*Nederlandse versie SIS NL 1.2.*

*Thompson, Bryant, Campbell, Craig, Hughes, Rotholz, Schalock, Silverman, Tasse, Wehmeyer.*

*Nederlandse vertaling en bewerking: W. H. E. Buntickx.  
2010, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.*

*COTAN-beoordeling 2010:*

*Uitgangspunten bij de testconstructie: Goed.*

*Kwaliteit van het testmateriaal: Voldoende.*

*Kwaliteit van de handleiding: Goed.*

*Normen: Onvoldoende (De normen zijn niet representatief en/of de representativiteit is niet te beoordelen).*

*Betrouwbaarheid: Onvoldoende (Geen onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de test-hertestbetrouwbaarheid).*

*Begripsvaliditeit: Onvoldoende (te weinig onderzoek).*

*Criteriumvaliditeit: Onvoldoende (te weinig onderzoek).*

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

De SIS is een multidimensionele schaal voor het vaststellen van de aard en de intensiteit van ondersteuningsbehoeften van volwassenen met verstandelijke beperkingen en verwante ontwikkelingsstoornissen. Er worden vijf gebruiksdoelen geformuleerd:

1. Ondersteuningsbehoeften (aard) te identificeren en in kaart te brengen
2. De intensiteit van de benodigde ondersteuning te bepalen en te vergelijken met de normgroep
3. Een profiel van ondersteuningsbehoeften op te stellen
4. Veranderingen in ondersteuningsbehoeften vaststellen
5. De uitkomsten van ondersteuning te evalueren

De SIS is ontworpen om individuele begeleiders, ondersteuningsteams en zorgorganisaties inzicht te verschaffen met betrekking tot de hierboven vernoemde onderwerpen. Met de SIS kan zowel in individuele situaties als op het niveau van een team, organisatie of regio worden gewerkt. Het instrument heeft betrekking op de ondersteuning die door de persoon ontvangen zou moeten worden om bepaalde activiteiten uit te voeren of hieraan te participeren.

De ondersteuningsbehoeften worden in de SIS in drie secties onderverdeeld:

1. Behoeftte aan ondersteuning (sectie 1)

Deze schaal onderzoekt de algemene behoeften aan ondersteuning in dagelijkse situaties met zes subschalen (zie schalen en items).

2. Behoeftte aan ondersteuning bij belangenbehartiging (sectie 2)

Deze aanvullende schaal onderzoekt specifiek de behoeftte aan ondersteuning voor bescherming en belangenbehartiging.

3. Behoeftte aan speciale ondersteuning in verband met medische en gedragsproblemen (sectie 3)

Deze aanvullende schaal onderzoekt in twee subschalen de behoeftte aan speciale ondersteuning in relatie tot specifieke medische of gedragsmatige problemen.

Bij het invullen van de schalen uit sectie 1 en 2 wordt de behoeftte aan ondersteuning bij elke activiteit met betrekking tot drie aspecten bevraagd:

a. Frequentie

Frequentie betreft de vraag hoe vaak bijzondere ondersteuning vereist is bij het uitvoeren van de bedoelde activiteit. Frequentie wordt weergegeven op een schaal van 0-4, waarbij hogere getallen een grotere frequentie aangeven. Zo betekent de 4 dat eens per uur of vaker ondersteuning nodig is. Score 3 betekent dat dagelijks maar niet ieder uur ondersteuning nodig is. Score 2 betekent dat ten minste één keer per week maar niet dagelijks ondersteuning nodig is. Score 1 betekent dat iedere maand ten minste één keer maar niet wekelijks op dit gebied ondersteuning nodig is. Score 0 betekent dat er geen ondersteuning nodig is of dat deze minder dan eens per maand plaatsvindt.

b. Dagelijkse OndersteuningTijd

Dagelijkse ondersteuningtijd wordt ook op een schaal van 0-4 gescoord. Het gaat hierbij om de tijd die meestal wordt besteed aan ondersteuning op die dagen dat deze wordt verleend. Zo betekent de score 4 dat er op een dag (wanneer die activiteit plaatsvindt) 4 uur of meer ondersteuning nodig is. Score 3 betekent dat er tussen de 2 en 4 uur ondersteuning nodig is. Score 2 betekent een benodigde ondersteuning tussen een half uur en 2 uur. Score 1 betekent dat minder dan 30 minuten ondersteuning nodig is bij deze activiteit. Score 0 geeft aan dat geen ondersteuning is vereist.

c. Type Ondersteuning

Type ondersteuning wordt eveneens op een schaal van 0-4 gescoord. In dit geval gaat het om de aard van ondersteuning van de ondersteuning die iemand nodig heeft om deel te nemen aan de betreffende activiteit. Gradaties in het scoren van type ondersteuning lopen van 'geen' (0), via relatief geringe vormen van ondersteuning zoals monitoren of controleren (1), over 'verbale instructie of aanwijzingen geven' (2) tot 'gedeeltelijke fysieke begeleiding' (3) en volledige 'fysieke begeleiding' of 'overnemen van deze activiteit voor de persoon' (4).

Sectie 3 gaat uit van de aanname dat bepaalde ziektebeelden en bepaalde gedragsproblemen leiden tot een extra verhoging van de ondersteuningsbehoeften. In sectie 3 wordt een schaal van 0 – 2 gehanteerd om de relatieve impact van (para)medische en verpleegkundige handelingen en van preventie of behandeling van gedragsproblemen in te schalen: 0 = geen steun nodig; 1 = enige steun is nodig; 2 = uitgebreide steun is nodig.

De SIS levert meerdere scores op:

Sectie 1 berekent eerst per subschaal een totale ruwe score, een standaard score en een subschaal percentiel. Deze score wordt berekend aan de hand van de scores voor frequentie, dagelijkse ondersteuningstijd en type ondersteuning. Voor de hele sectie wordt een SIS-ondersteuningsindex berekend om de intensiteit van ondersteuningsbehoeften te bepalen. Deze SIS-index wordt berekend aan de hand van de som van de standaardscores van de subschalen. Deze score wordt vervolgens met de normgroep vergeleken wat een percentielscore van de SIS-ondersteuningsindex oplevert. Al deze scores worden grafisch opgenomen in het 'profiel van ondersteuningsbehoeften' op het scoreformulier.

Sectie 2 wordt niet gebruikt bij de bepaling van de SIS-index, maar levert wel belangrijke informatie op voor een individueel ondersteuningsplan. De ruwe scores worden per deelactiviteit (zoals opkomen voor zichzelf, omgaan met geld, inroepen en gebruik maken van juridische diensten ...) berekend aan de hand van de scores voor frequentie, dagelijkse ondersteuningstijd en type ondersteuning. Dit levert een rangorde op van de deelactiviteiten waarbij kan worden aangegeven voor welke activiteit een eventuele ondersteuning wordt overwogen. De hoogst genoteerde activiteitengebieden verdienen bijzondere aandacht. De totale ruwe score van deze sectie wordt eveneens berekend.

Sectie 3 behoudt bij de score het onderscheid tussen de behoeften aan speciale ondersteuning in verband met medische (A) en gedragsmatige problemen (B). Per subschaal worden de ruwe scores opgeteld. Een ruwe score op een subschaal hogere dan 2 vereist bijzondere aandacht voor het individuele ondersteuningsplan (cut off-criterium). Het klinisch oordeel van de behandelaar en het beleid van de voorziening zullen hierbij moeten worden betrokken.

Conclusie:

Het is opvallend dat de SIS zijn gegevens bekomt door de informanten en de interviewer systematisch te laten beoordelen hoeveel ondersteuning nodig is per item. Bij elk item wordt de behoefte aan ondersteuning bij een activiteit met betrekking tot drie aspecten (frequentie, dagelijkse ondersteuningstijd en type ondersteuning) beoordeeld. De scores die de SIS opleveren zijn gebaseerd op de consensus van personen op de behoefte aan ondersteuning per deelactiviteit. De aard van de gegevens die worden ingeschaald is eerder gelijkaardig aan deze van de scores die het instrument oplevert. De scores zeggen eveneens iets over de benodigde hoeveelheid

ondersteuning (behoefte aan ondersteuning). De scores zijn een optelling van de gegevens en ze kunnen worden vergeleken met een norm.

De SIS doet een uitspraak over de algemene benodigde hoeveelheid hulp door middel van de SIS-ondersteuningsindex (sectie 1). Sectie 2 en 3 dragen niet bij tot de algemene index. Voor deze secties wordt telkens de totale ruwe score berekend.

Op basis van de SIS kan voor een cliënt domeinen met ondersteuningsbehoeften worden afgeleid. De drie secties kunnen als domeinen worden beschouwd: algemene (dagelijks leven) ondersteuningsbehoeften, ondersteuningsbehoeften bij belangenbehartiging, speciale ondersteuningsbehoeften i.v.m. medische en gedragsmatige problemen. Daarnaast leveren de secties informatie i.v.m. ondersteuningsbehoeften per domein. De subschalen uit sectie 1 leveren een standaardscore en percentielscore op. Sectie 2 identificeert deelactiviteiten met ondersteuningsnoden. Sectie 3 baseert zich per subschaal op een cut off-criterium.

De SIS doet geen uitspraak over de vorm van ondersteuning. Het type ondersteuning wordt beoordeeld om een schaalscore te bekomen, maar wordt niet weergegeven in de eindbeoordeling.

### ▪ Doelgroep

De SIS is ontworpen voor het gebruik bij volwassenen met een verstandelijke beperking en aanverwante stoornissen.

Het scoreformulier en profiel is gericht op volwassenen met een verstandelijke beperking. In het Engels is een versie voor kinderen van 5-15 jaar in voorbereiding. In hoeverre is er overlap? En betekent dit dat de SIS vanaf 16 jaar is af te nemen (de leeftijd in de normgroep begint bij 20 jaar)? Qua items is er wel degelijk overlap, maar de kinderversie bevat minder items.

Betreffende de problematiek van de doelgroep vermelden de auteurs dat de SIS even accuraat is bij mensen met een enkelvoudige en meervoudige beperking en bij mensen met licht, matig, ernstig of diep verstandelijke beperkingen.

De auteurs stellen dat de SIS ook bruikbaar is bij mensen met aanverwante ontwikkelingsproblemen die gepaard gaan met cognitieve beperkingen bijvoorbeeld ASS). 'Of in bepaalde gevallen de SIS wordt gebruikt om zicht te krijgen op ondersteuningsbehoeften van andere personen dan mensen met verstandelijke beperkingen, wordt overgelaten aan het klinisch oordeel van de psycholoog of orthopedagoog'. Hiermee wordt de gebruiker meer ruimte gegeven, dan op basis van de data eigenlijk zou mogen.

### Conclusie:

- Volwassenen
- Verstandelijke beperking en aanverwante stoornissen

- (Theoretische) achtergrond

Het instrument behoort tot een nieuwe generatie meetinstrumenten die worden ontwikkeld op grond van het AAIDD-model 'verstandelijke beperkingen', waarbij ondersteuning centraal staat. Volgens de auteurs ontbrak een gestandaardiseerd instrument tot 2004 om ondersteuningsbehoeften in kaart te brengen en mensen met verstandelijke beperkingen onderling te kunnen vergelijken. De SIS wil in die leemte voorzien.

De Nederlandse SIS werd in een aantal stappen ontwikkeld. De test is een bewerking vanuit het Engels. Het aantal en de inhoud van de items van de Nederlandstalige SIS-schaal zijn gelijk aan de originele Amerikaanse versie. De Nederlandse handleiding volgt volledig de oorspronkelijke Amerikaanse handleiding. Alleen werd in de Nederlandstalige handleiding uit 2006 materiaal toegevoegd uit twee vroegere pilootstudies. In de daarna herziene uitgave van de Nederlandstalige (SIS NL 1.2) is daar nog eens informatie aan toegevoegd.

De SIS is geconstrueerd als antwoord op een aantal ontwikkelingen in de maatschappelijke visie op mensen met functiebeperkingen in de afgelopen decennia. Hierdoor groeide de behoefte aan een instrument om iemands ondersteuningsbehoeften vast te stellen. Concreet worden vijf trends aangegeven, ondersteund door literatuur, die aanleiding gaven voor de constructie van de SIS:

1. Een positieve kijk op het bestaan van mensen met functiebeperkingen
2. De functionele omschrijving van beperkingen
3. Activiteiten die passen bij de kalenderleeftijd
4. Cliëntgerichte dienstverlening en ondersteuning
5. Netwerken voor individuele ondersteuning

Echter, hoe gekomen is tot de items wordt slechts zeer beperkt besproken vanaf pagina twintig en later vanaf pagina 114. Er worden geen gewichten aan de aspecten/items toegekend. Er zijn bij de vertaling geen items afgevallen of inhoudelijk sterk gewijzigd (althans daar wordt niets over gemeld). De operationalisatie ten behoeve van de Engelstalige lijst wordt relatief uitvoerig beschreven. De oorspronkelijke items zijn via literatuurstudie en vervolgens middels een zogenaamde q-sort methode (beschreven op pagina 116-117) geselecteerd cq. gekozen.

### Conclusie:

- De SIS heeft een theoretische onderbouwing
- Geëvolueerd instrument: De SIS is reeds vertaald naar het Nederlands
  
- Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal

Vragenlijst (papier-en-potlood).

De standaardsetting voor een SIS-afname is een interview onder leiding van een gekwalificeerde professional. Volgens de beoordeling van de COTAN is het gesprek niet tot slechts beperkt gestandaardiseerd. Mogelijk wordt dit in de training geleerd (zie later). Er zijn geen uitgeschreven vragen. De essentie van de items wordt op het

scoreformulier en in de handleiding weergegeven. Wel worden er richtlijnen verstrekt waar de interviewer aan moet denken bij het gesprek met de informant. Op pagina 38 wordt geschreven dat de afname van secties/subschalen flexibel mag gebeuren. De consequentie hiervan lijkt dat sneller fouten (dingen vergeten) worden gemaakt. Daarnaast lijkt het effect hiervan (wat betreft de eventuele antwoordtendenties) niet onderzocht te zijn. Alle items moeten worden ingevuld (pagina 31), maar wat te doen als de interviewer geen eenduidig antwoord krijgt? Hoe betrouwbaar is de lijst dan nog. De handleiding geeft hier geen antwoord op.

De SIS dient te worden afgenomen door een professional met een opleiding hbo- of academisch niveau. Er wordt vanuit gegaan dat deze professional is opgeleid op het terrein van gezondheids- of welzijnszorg en werkervaring in de gehandicapten sector heeft. Andere professionals (mbo-niveau) met ruime ervaring in het afnemen van gedragsschalen en met kennis en ervaring op het gebied van observatie en beeldvorming, kunnen eveneens in aanmerking komen. Verder wordt gesteld dat de interviewers een gerichte training hebben gevolgd. In deze training wordt de inhoud van de SIS behandeld en wordt onder supervisie van een instructeur geoefend in de praktische toepassing ervan.

Het afnemen en scoren van de SIS neemt gemiddeld één tot anderhalf uur in beslag, afhankelijk van de ervaring van de interviewer, het zelfstandigheidsniveau of de complexiteit van de problematiek van de persoon met verstandelijke beperking en de beschikbaarheid van informanten. Ervaren interviewers nemen de schaal in ongeveer 40 minuten af. Een SIS-afname door een onervaren interviewer kan tot twee uur in beslag nemen.

Items dienen gescoord te worden op basis van twee of meer informanten. Informanten moeten de persoon die beoordeeld wordt tenminste drie tot zes maanden kennen en recent in de gelegenheid zijn geweest om die persoon in een of meerdere settings gedurende langere tijd mee te maken. De interviewer mag een van de twee informanten zijn, als mede de cliënt zelf. Afname bij de cliënt zelf lijkt echter op een andere manier te geschieden, de auteurs verwijzen hiervoor naar een artikel (Tasse, Schalock, et al., 2009). Opvallend is volgens de COTAN-beoordeling dat de informanten bij voorkeur samen de items moeten beantwoorden. Onduidelijk is welke informanten bij de normering zijn meegenomen en wat er wordt gedaan bij discrepanties tussen de informanten. Het enige dat hierover wordt vermeld is dat de interviewer de uiteindelijke beslissing neemt.

Het scoreformulier bestaat uit losse formulieren. In de COTAN-beoordeling wordt gevreesd dat hierdoor snel wat zou kunnen uitvallen en zoek raken. Het vakje 'totaal ruwe score – totale score' hoeft niet te worden ingevuld. Maar het lijkt alsof er wel iets ingevuld moet worden doordat het niet groen is gearceerd. Wel een duidelijke lay-out: door kleurdifferentiatie, per pagina totaalscores, consistente scoringsmethode die per bladzijde weergegeven wordt en op de laatste pagina wordt er een overzicht gegeven van alle scores cq. Secties. Op het scoreformulier is geen ruimte om de antwoorden uit te schrijven. Er zijn geen instructies voor wat moet gebeuren bij afwezigheid van een antwoord. Wel worden algemene opmerkingen gemaakt met betrekking tot de ethiek. Ook wordt uitgebreid toegelicht hoe een en ander moet worden ingevuld en uitgerekend. Hiervan worden een samenvatting gegeven op de laatste pagina van het scoreformulier.

- Kwaliteit van de handleiding

De handleiding is duidelijk over de gebruiksmogelijkheden en beperkingen van de test. Zoals eerder gemeld zou de basis van de constructen en de keuzes voor de items beter theoretisch onderbouwd kunnen worden, maar de gebruiker wordt goed voorgelicht over de beperkingen en het gebruik (bijvoorbeeld ten opzichte van andere instrumenten). Tevens wordt vermeld dat het instrument niet voor diagnostiek is bedoeld, maar meer een planningsinstrument is.

Aanvullend wordt er verwezen naar artikelen en dergelijke. Veel van de psychometrische studies zijn overigens uitgevoerd met de Engelstalige versie van het instrument en bij onderzoek naar het Nederlandstalige instrument zijn België en Nederland niet gescheiden.

Er is een casus opgenomen in de handleiding; echter op de interpretatie wordt slechts beperkt ingegaan. Ook hoe de resultaten moeten worden gerapporteerd, wordt niet toegelicht.

Op pagina twintig wordt aangegeven welke secties er zijn en wat ze beogen te meten. Er worden in de handleiding handige tabellen gegeven ter toelichting op de items. Verder wordt er regelmatig in de handleiding naar aanvullende literatuur/studies verwezen – over deze bevindingen zou wel wat meer in de handleiding zelf mogen staan. Omdat de vragen niet uitgewerkt zijn, is de kwaliteit van de items moeilijk te beoordelen. Ook hier kan dit in de training verder worden geleerd, maar daar wordt geen informatie over gegeven. Bij punt 9 sectie 3b wordt gesproken over emotionele uitbarstingen. Vallen ernstig depressieve gevoelens (maar introvert) hier ook onder? Handige tabellen worden gegeven in de handleiding (hoofdstuk 2) ter toelichting van de items, hoewel dit veeleer richtlijnen zijn ten behoeve van doorvragen indien het item voor de informant onduidelijk is.

De afname vereist een goede voorbereiding en training van de interviewers onder leiding van een gekwalificeerd instructeur. Verder is het noodzakelijk dat de schaal gebruikt wordt onder supervisie van een gz-psycholoog, orthopedagoog of een anderszins academisch geschoolde gedragswetenschapper die vertrouwd is met de toepassing van schalen en in het bijzonder met de psychometrische eigenschappen van de SIS. Verder lijkt iedereen die beroepsmatig met mensen met een verstandelijke beperking heeft gewerkt, in principe na scholing met de SIS te kunnen werken. Voorts wordt de gebruiker verwezen naar de Amerikaanse SIS website alsmede naar Nederlandse artikelen en de website van uitgeverij BSL.

Er worden slechts aanbevelingen gedaan over wat een testleider wel of niet mag zeggen. Wel aanbevelingen. Ook wordt slechts globaal beschreven hoe iemand op vragen naar aanleiding van items in mag gaan.

Sekse en/of etniciteit kan volgens de auteurs van invloed zijn op het gebruik, dus de gebruiker moet hier voorzichtig mee omgaan, maar hoe de effecten zijn wordt onvoldoende geëxpliciteerd.

- Schalen en items

De SIS is onderverdeeld in 3 secties:

Sectie 1: Schaal voor Behoefte aan Ondersteuning.

Deze schaal meet de aard en de intensiteit van ondersteuningsbehoeften in dagelijkse situaties. De 49 items zijn opgedeeld in zes subschalen: activiteiten in huis, activiteiten in de samenleving, leren en permanente vorming, arbeidsmatige activiteiten, gezondheid en veiligheid, en sociale activiteiten.

Sectie 2: Behoefte aan Ondersteuning bij Belangenbehartiging.

Deze schaal meet de behoefte aan ondersteuning bij het zoeken van bescherming en belangenbehartiging. Er worden acht activiteiten gescoord, maar de scores van deze sectie worden niet gesommeerd tot een totale score.

Sectie 3: Behoefte aan Speciale Ondersteuning in verband met Medische en Gedragsproblemen.

Deze schaal brengt de behoefte aan ondersteuning in kaart betreffende specifieke medische en verpleegkundige ondersteuning (subschaal 1, 15 items) en betreffende gedragsmatige ondersteuning (subschaal 2, 13 items).

- Normering

COTAN-beoordeling:

Er zijn Amerikaanse normen (N = 1306) evenals gescheiden normen voor Nederland (N = 570) en Vlaanderen (N = 4211) in de handleiding opgenomen. Voor de Nederlandse normen worden te weinig aanvullende gegevens verstrekt. Merkwaardig is dat de aantallen Nederlandse respondenten die zijn beschreven in de tekst niet overeenkomen met de groepsgroottes gegeven in tabel 6.2. Verder wordt er in de tekst aangegeven dat de factorstructuur varieert wanneer men groepen indeelt op basis van niveau van functioneren. De vraag is of dan niet per groep specifieke normen verstrekt zouden moeten worden. Verder is eerder gemeld dat het instrument niet alleen gebruikt kan worden bij cliënten met verstandelijke beperkingen maar ook bij mensen met ASS. Niet duidelijk is of deze cliënten ook in de normering zijn opgenomen.

Er wordt niet vermeld wanneer de Nederlandse data zijn verzameld. Referenties waarnaar de auteurs verwijzen zijn relatief recent (2002; 2007). De Amerikaanse versie is in 2004 verschenen. Op basis hiervan zou men kunnen concluderen dat de normen recent verzameld moeten zijn (na 2002; na 2004?).

Er worden vijf gebruiksdoelen geformuleerd (zie gebruiksdoel en uitkomstvariabelen). Er wordt relatief weinig aandacht besteed aan de laatste twee gebruiksdoelen: het vaststellen van veranderingen in ondersteuningsbehoeften en het evalueren van de uitkomsten van ondersteuning.

Doordat alle cliënten worden samengevoegd en dus niet naar leeftijd, sekse of bijvoorbeeld niveau van verstandelijk functioneren wordt gekeken, zijn de aantallen per groep (tabel 6.2.) voldoende groot bij gebruik voor 'relatief minder belangrijke

beslissing op individueel niveau'. Als er uitgesplitst zou worden naar niveau zouden de aantallen voor de Nederlandse steekproef te laag uitkomen.

Wat betreft leeftijd en niveau van verstandelijke functioneren komt de steekproef overeen met die van de betreffende populatie. Over andere kenmerken ontbreekt informatie. Zo worden in de handleiding geen gegevens over etniciteit, regio en dergelijke vermeld, tenzij elders wel gemeld wordt dat dit van invloed is op de antwoorden van informanten.

Er wordt gerapporteerd dat er geen verschillen tussen mannen en vrouwen en leeftijdscategorieën zijn gevonden. Echter, de gegevens ter onderbouwing hiervan worden niet verstrekt. Verder is er niet naar scoreverschillen bij verschillende ontwikkelingsstoornissen gekeken. Verschillen in niveau van functioneren worden niet genoemd, terwijl de factorstructuur wel verschillend is.

In tabel 6.4. wordt de standaard meetfout gerapporteerd waarmee de gebruiker zelf de betrouwbaarheidsintervallen moet uitrekenen. Voorbeelden hiervan worden gegeven.

Conclusie:

- Klinisch kwantitatieve normen
- Normgroepen voldoende groot
  
- Betrouwbaarheid

COTAN-beoordeling:

In de herziene uitgave is aanvullend onderzoek uitgevoerd in Nederland en Vlaanderen (VAPH) en is buitenlands onderzoek toegevoegd. Daarnaast is bij de herziene uitgave gebruik gemaakt van praktijkervaringen. Er is systematische feedback verzameld in Nederland, tijdens SIS-trainingen waarbij ruim 70 getrainden betrokken waren. In Vlaanderen werden sectorbreed zes panels gehouden waarin praktijkervaringen van in totaal 44 professionals werden geïnventariseerd. Op grond hiervan werden de afnameprocedure en de toelichtingen op de items uitgebreid en werden enkele items redactioneel bijgesteld. De vraag is of dit voor of na de bepaling van de normen is gebeurd: indien dit na de normering is gebeurd, zouden de normen immer niet meer van toepassing zijn. Verder wordt het Vlaams en Nederlands onderzoek veelal samengenomen (met uitzondering van Cronbachs alpha's). Deze alpha's zijn overigens hoog, maar bij dit soort instrumenten zijn voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheden een eerste vereiste (zie hieronder).

Er zijn geen Nederlandse test-hertest gegevens, terwijl er wel gepretendeerd wordt dat de test bruikbaar is om verloop over tijd in kaart te brengen (zie doelstellingen). De internationale gegevens zijn veelbelovend, maar variabel en er is niet aangetoond dat deze generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse/Vlaamse situatie. Daarom is het van belang dat Nederlandse/Vlaamse test-hertest gegevens worden verzameld, waarbij tevens onderscheid wordt gemaakt naar niveau van functioneren.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is louter met behulp van buitenlands onderzoek vastgesteld. Dit onderzoek (tabel 6.6.) laat zien dat de interbeoordelaars-

betrouwbaarheid voor de meeste van de verschillende subschalen en totaalschalen onvoldoende is. Daarbij zijn er verschillen ten aanzien van wie er als informant optreedt. Bijvoorbeeld er worden verschillen gevonden tussen de uitslag van cliënten als informanten en begeleiders als informanten.

Conclusie:

- Inter-itemrelatie: voldoende/goede scores gevonden in Vlaams onderzoek
- Interbeoordelaar: onvoldoende scores
- Test-hertest: voldoende/goede scores gevonden in buitenlands onderzoek

- Validiteit

COTAN-beoordeling:

Begripsvaliditeit:

De correlaties tussen de subschalen worden gegeven voor de Engelstalige versie. Voor de Nederlandstalige versie worden correlaties van de subschalen onderling en met de totaalschaal gegeven. De correlaties variëren tussen 0,57 en 0,93. De correlaties van de totaalscore met de subschaalscores zijn relatief hoog. Op pagina 128 wordt een onderzoek beschreven van Kuppens et al. (2009) waarin de oorspronkelijke structuur met 6 factoren wordt bevestigd. Echter, Bossaert heeft in 2009 met behulp van factoranalyse laten zien dat het aantal schalen en items teruggebracht kan worden naar respectievelijk 4 en 22. De vraag is dus of alle items nodig zijn. Hierover zeggen de auteurs in de handleiding niets: alleen dat een confirmatorische factoranalyse zes factoren bevestigd. De factorstructuur is verschillend per niveau van functioneren. Dit is sowieso lastig, omdat dit betekent dat de test per niveau kennelijk andere begrippen meet, die niet strikt te vergelijken zijn. Maar het baart ook zorgen dat hier geen rekening mee wordt gehouden bij de normering.

Er worden geen item-restcorrelaties gegeven.

De correlaties tussen SIS en maten van adaptief gedrag (variërend van -0,37 - -0,89) alsmede intelligentietests (variërend van -0,27- -0,49) worden gegeven. Ten aanzien van adaptief gedrag kan gemeld worden dat de subschalen variabel correleerden met de drie subschalen van de VABS. Dit kan als bewijs worden aangedragen voor convergente en discriminante validiteit. Echter, op deze specifieke gegevens wordt slechts zeer beperkt ingegaan.

In een ander onderzoek zijn twee groepen vergeleken: de ene groep bestond uit personen met scores 1 of 2 en de andere groep uit personen met scores van 4 of 5. De indeling werd bepaald op een inschatting gedaan voorafgaand aan de invulling van de SIS. Deze gegevens kwamen overeen. Deze uitkomst kan echter geflatteerd zijn omdat de informanten dezelfde waren. Niet-onafhankelijkheid is dan immers lastig te waarborgen. Geen onderscheid ten aanzien van de andere potentiële groepen (ontwikkelingsstoornissen, zoals ASS).

Betreffende de vermelde onderzoeken is de beschrijving zeer summier. Zo worden (bijna) geen gegevens vermeld over procedures, over de onderzoeksgroepen, welke andere instrumenten zijn gebruikt, etc.

Samenvattend: Er is nauwelijks enig begripsvaliditeitsonderzoek in Nederland verricht. Er wordt allerlei buitenlands onderzoek beschreven waarvan het maar de vraag is of dat voor Nederland relevant is.

### Criteriumvaliditeit:

De correlaties met 'onafhankelijke' oordelen over de intensiteit van ondersteuningsbehoefte SIS (tabel 6.8b) zijn voldoende tot goed. Echter, de vraag is hoe onafhankelijk deze oordelen zijn daar het dezelfde informanten zijn die direct na elkaar beide lijsten invullen. Verder worden in de handleiding geen gegevens gerapporteerd omtrent de groepskenmerken. Er wordt niet uitgesplitst naar Vlaanderen/Nederland of overige kenmerken.

Samenvattend: er is hoopgevend Nederlands onderzoek maar dit onderzoek is te beperkt van omvang. Inzake criteriumvaliditeit wordt weer voornamelijk gebruik gemaakt van buitenlands onderzoek.

### Conclusie:

- Begripsvaliditeit: meerdere validiteitsgegevens die niet eenduidig zijn.
- Criteriumvaliditeit: voldoende, goede validiteitsgegevens op basis van één soort onderzoek

### ▪ Kostprijs

Handleiding: 67,95 euro.

Formulieren (25stuks): 19,10 euro.



## **Instrument om de intensiteit van hulpverlening voor kinderen en adolescenten na te gaan (IZIKA)**

*CASII*

*Gebruikshandleiding*

*Maart 2005, versie 1.2*

*Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII)*

*Instrument om de intensiteit van hulpverlening voor kinderen en adolescenten na te gaan (IZIKA)*

*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

De CASII is ontwikkeld om op objectieve wijze de nood aan hulpverlening van kinderen en adolescenten met ernstige emotionele stoornissen of allerhande andere stoornissen te bepalen.

Op individueel vlak beoogt de CASII te helpen bij het bepalen van het benodigde niveau van hulpverlening voor een individueel kind en familie. Op bredere schaal kan de CASII gebruikt worden bij het uitbalanceren van de individuele klinische nood ten aanzien van de beschikbare middelen.

De CASII bestaat uit zes dimensies die elk op een vijfpuntenschaal (gaande van minst naar meest ernstig) worden beoordeeld op basis van gesuggereerde ankerpunten. De clinicus moet in elke dimensie de hoogste score, dewelke de toestand van het kind het meest accuraat beschrijft, selecteren. De zes dimensies zijn: risico op verwonding, functionele status, comorbiditeit, herstelomgeving, veerkracht en behandelgeschiedenis, en aanvaarding en engagement (zie schalen en items).

Nadat een score gekozen is in elke dimensie, wordt de totaalscore gebruikt om tot een aanbeveling van het zorgniveau te komen. Om het zorgniveau te bepalen zijn er twee methodes ontwikkeld: een tabel en een raster. Het zorgniveau beschrijft het niveau van middelenintensiteit dat het best overeenstemt met de behoeften van een bepaalde cliënt. Dit betekent niet dat het kind, de adolescent of het gezin akkoord moet gaan met de aanbeveling, noch dat dit de enige hulpverlening is die kan worden aangeboden.

Er zijn zeven zorgniveaus mogelijk. Ze worden gedefinieerd door een combinatie van hulpverleningsvariabelen: fysieke voorzieningen, klinische hulpverlening, ondersteunende hulpverlening, stabilisatie van crisissen en preventieve hulpverlening. De zorgniveaus zouden zo zijn gedefinieerd dat ze effectief gebruikt kunnen worden, ongeacht de mate van samenwerking in een lokaal zorgsysteem.

Niveau 0: Basiszorg voor preventie en behoud. Basispakket ter preventie en gezondheidsbehoud dat beschikbaar is voor iedereen in de beoogde bevolkingsgroep, of ze nu wel of geen nood hebben aan geestelijke gezondheidszorg.

Niveau 1: Herstelbehoud en gezondheidsbeleid. Dit niveau van hulpverlening wordt normaal gezien voorbehouden aan die personen die dalen van hogere zorgniveaus en die een minimale betrokkenheid van het systeem nodig hebben om hun huidig niveau van functioneren te behouden, ofwel aan voor personen die kortdurende interventies nodig hebben om naar hun vorig niveau van functioneren terug te keren. (Bv. medicamenteuze begeleiding)

Niveau 2: Ambulante hulpverlening. Dit zorgniveau leunt het dichtst aan bij de traditionele praktijk en vereist een beperkt gebruik van in de leefomgeving gevestigde diensten.

Niveau 3: Intensieve ambulante hulpverlening. Op dit niveau wordt de hulpverlening meer complex en meer gecoördineerd. Het gebruik van case management start op dit niveau. Het gebruik van geïndividualiseerde teams om een geïndividualiseerd zorgplan (wraparound) te ontwikkelen start ook op dit niveau. Er wordt vaak gebruik gemaakt van informele steun vanuit de buurtgemeenschap zoals de kerk of zelfhulpgroepen. Dit niveau vereist frequenter contact tussen hulpverleners en de jongere en zijn/haar gezin aangezien de ernst van de stoornis toeneemt.

Niveau 4: Intensieve geïntegreerde hulpverlening zonder 24-uurs psychiatrische beschikbaarheid. Dit niveau van zorg beschrijft het best de toenemende intensiteit van de hulpverlening waarbij een diepgaande samenwerking tussen een stijgend aantal hulpverleners en diensten vereist is. Ook een uitgebreid geïndividualiseerd zorgplan is vereist, dat gebruik maakt van een toenemend aantal formele steunbronnen. Bijkomende ondersteuning kan time out, huishoudelijke hulp en bezoldigde mentoren inhouden. In meer traditionele systemen wordt dit niveau van hulpverlening vaak aangeboden in een dagbehandeling of deeltijdse hospitalisatie. Actieve case management is essentieel.

Niveau 5: Niet-beveiligde, 24-uurs psychiatrische beschikbaarheid. Traditioneel wordt dit zorgniveau voorzien in tehuizen of andere open residentiële voorzieningen, maar indien het niveau geïndividualiseerd zorgteam in de regio bijzonder hoog is, kan dit niveau ook voorzien worden door pleegzorg en zelfs in een Centrum voor integrale Gezinszorg. In ieder geval moet er een complexe waaier aan diensten uitgebouwd worden rondom het kind en is er een hoger niveau voor zorgcoördinatie nodig om de verschillende noden van het kind te coördineren.

Niveau 6: Beveiligde, 24-uurs psychiatrische begeleiding. Meestal wordt deze hulpverlening aangeboden in residentiële psychiatrische ziekenhuizen of sterk uitgebouwde residentiële voorzieningen. Als er aan de veiligheidsvoorwaarden tegemoet gekomen kan worden binnen het geïndividualiseerd zorgteam, kan dit niveau van hulpverlening ook aangeboden worden in de leefomgeving van de jongere. Case management blijft essentieel opdat de tijd die elk kind spendeert binnen dit zorgniveau tot de minimum vereiste voor optimale zorg beperkt blijft en opdat de overgang naar lagere zorgniveaus vlot verloopt.

De zorgniveaus geven een continuüm in niveaus van behandelrespons weer, ontwikkeld voor gebruik met de CASII dimensionele diagnostiek en totaalscore. Op elk zorgniveau wordt een brede waaier aan programma's beschreven die, die variaties toestaan in toepassingsvormen en middelen in leefomgevingen. Het continuüm bevat zowel traditionele hulpverlening als nieuwe vormen van zorg, zoals deze in

programma's geïnspireerd door de CASSP principes (Child and Adolescent Service System Program). Elk zorgniveau omvat de hulpverlening op ieder zorgniveau eronder.

De CASII zorgniveaus geven een ruwe schatting weer van de tijd die het personeel besteed aan de hulpverlening op verschillende niveaus. De eigenlijke hulpverleningsperiode die elk kind of adolescent nodig heeft, is sterk variabel. Toch kunnen de totale schattingen van hulpverleningsperiodes van waarde zijn.

De zorgniveaus worden beschreven langs een continuüm van beperking en intensiteit. Geen enkele aanbeveling doet nationale, gewestelijke of regionale regel- en wetgevingsvereisten voor instellingen, programma's of voorzieningen teniet.

Conclusie: De IZIKA baseert zich op verschillende dimensies om tot een aanbevolen zorgniveau te komen. Deze dimensies hebben betrekking op problematiek bij jeugdige en zijn omgeving (draaglast), sterke punten van de jeugdige en zijn omgeving (draagkracht), en aanvaarding van en engagement voor de behandeling bij de jeugdige en zijn omgeving.

De IZIKA doet een uitspraak over de algemene benodigde hoeveelheid hulp door middel van de totaalscore en het afgeleide zorgniveau. De zorgniveaus worden gedefinieerd door een combinatie van hulpverleningsvariabelen: fysieke voorzieningen, klinische hulpverlening, ondersteunende hulpverlening, stabilisatie van crisissen en preventieve hulpverlening. Ze geven een ruwe schatting weer van de tijd die het personeel besteed aan de hulpverlening op verschillende niveaus.

De IZIKA doet geen uitspraken over de concrete vorm van hulpverlening. In de zorgniveaus zitten slechts sporadisch voorstellen tot concrete hulpverlening (bv. ergotherapie) vervat.

Er worden geen domeinen met nood aan hulp geïdentificeerd. De dimensiescores zijn de basis van de cumulatieve score. Ze zijn niet bedoeld voor interpretatie.

- Doelgroep

In de meeste gevallen kan de CASII gebruikt worden bij kinderen van zes tot achttien jaar. Aangezien de nood aan hulpverlening voor jonge kinderen en kleuters fundamenteel verschilt van deze van oudere kinderen, is de hulpverlening voor de jonge kinderen en kleuters niet opgenomen in de CASII. Deze kinderen mogen dus niet geëvalueerd worden met dit instrument. Voor deze jonge kinderen is de Early Childhood Service Intensity Scale (ECSII, zie verder) ontwikkeld. Een Nederlandstalige versie hiervan bestaat nog niet.

Aanvankelijk was de CASII ontwikkeld om op objectieve wijze de nood aan hulpverlening van kinderen en adolescenten met ernstige emotionele stoornissen te bepalen. Het instrument zou echter even goed van toepassing zijn op kinderen en adolescenten met allerhande stoornissen, inclusief psychische stoornissen, middelenmisbruik en ontwikkelingsstoornissen. Er worden echter geen onderzoeksresultaten gegeven die deze stelling onderbouwen.

Volgens de auteurs bevat het beschreven zorgsysteem hulpverlening voorzien voor (maar is het niet beperkt tot) geestelijke gezondheidszorg, sociale voorzieningen,

jeugdrecht, door instanties voor gezondheidszorg, middelenmisbruik, tewerkstelling, ontwikkelingsstoornissen en ontspanning, en daarnaast ook andere programma's met bijzondere financiering en overlappende functies. Er worden geen onderzoeksresultaten ter ondersteuning aangeboden.

Conclusie:

- Kinderen van 6 – 18 jaar
  - ECSII voor kinderen van 0 – 5 jaar
  - Kinderen en adolescenten met ernstige emotionele stoornissen
  - Psychische stoornissen
  - Middelenmisbruik
  - Ontwikkelingsstoornissen
- 
- (Theoretische) achtergrond

De IZIKA is een vertaling van de CASII.

De CASII wordt in een historisch perspectief gesitueerd waardoor de relevantie van het instrument duidelijk wordt. Het werd ontwikkeld als antwoord op de vraag van vele klinici en beleidsmakers naar een gemeenschappelijk kader aangaande de bepaling van het zorgniveau (plaatsing), de verblijfsduur en het resultaat van behandeling bij kinderen en adolescenten. De ontwikkeling van de CASII bouwt voort op de progressieve ontwikkeling van 'systemen van zorg' voor kinderen en adolescenten met ernstige emotionele stoornissen, sinds het midden van de jaren 1980.

De CASII is gebaseerd op aantal grondbeginselen en principes. Het resultaat van de CASII is een dimensionale evaluatie ter bepaling van het zorgniveau. Dit proces combineert de inschatting van de klinische behoeften en functionele status van een kind of adolescent, en een set van duidelijk gedefinieerde zorgniveaus. Vervolgens werd een methode ontwikkeld om klinische behoeften te koppelen aan behandelingsmogelijkheden.

In beperkte mate wordt literatuur beschreven ter ondersteuning van de CASII. Zo wordt bijvoorbeeld vanuit de literatuur aangegeven waartoe de CASII door het gebruik van de zorgniveaus wil bijdragen. De auteurs stellen dat: de ideale situatie is deze waarin geïndividualiseerde zorgteams de basis vormen om middelen te delen en om hulpverlening te combineren in een individueel aangepast hulpverleningsplan voor een kind of adolescent en zijn/haar gezin (VanDenBerg & Grealish, 1996).

Culturele deskundigheid is volgens de auteurs essentieel voor een accuraat gebruik van de CASII. Een goed begrip van culturele factoren die elke dimensie beïnvloeden is belangrijk. Zij stellen hierbij dat het raadplegen van een cultureel consulent nuttig kan zijn.

Overige grondbeginselen zijn toepasbaarheid in zeer uiteenlopende behandelsettings en behoeften van kinderen en adolescenten, gebruiksvriendelijkheid en multidisciplinaire/multi-informanten perspectieven.

De CASII operationaliseert de factoren die klinici in rekening brengen bij het bepalen van de meest geschikte hulpverlening en het benodigde zorgniveau. De niveaus van zorg zijn op een unieke manier georganiseerd. De focus ligt op het niveau van mate van intensiteit van middelen, die flexibel georganiseerd zijn om tegemoet te komen aan de behoeften van het kind of de adolescent. Elk zorgniveau wordt gedefinieerd door een combinatie van hulpverleningsvariabelen: fysieke voorzieningen (zorgomgeving), klinische hulpverlening, ondersteunende hulpverlening, stabilisatie van crisissen en preventieve hulpverlening. Onduidelijk is of de factoren ter bepaling van het benodigde zorgniveau gebaseerd zijn op onderzoeksliteratuur. Met uitzondering van veerkracht wordt hier op geen enkel moment gerefereerd naar literatuur.

Conclusie:

- Theoretisch kader
- Geëvolueerd instrument: De IZIKA is een vertaling van de CASII
  
- Meetmethode/Kwaliteit van het testmateriaal

Papier-en-potlood.

Hoewel de handleiding geen specifieke vereisten voor de opleiding van de beoordelaar specificeert, raden de auteurs toch aan dat deze goed opgeleid moeten zijn, met geschikte diploma's en/of certificaten (bv. kinder- en jeugdpsychiaters, pediaters, huisartsen, kinder- en jeugdpsychologen, relatie- en gezinstherapeuten, maatschappelijk werkers, consulenten, psychiatrisch verpleegkundigen, klinici die werken met patiënten met middelenmisbruik en/of pastorale begeleiders) en met een specifieke opleiding in de behandeling van kinderen, adolescenten en gezinnen. De beoordelaar kan daarnaast een training volgen voor het gebruik van de IZIKA.

De IZIKA schrijft voor dat bij de evaluatie van kinderen en adolescenten meerdere informanten moeten worden bevraagd zodat informatie over het kind en zijn/haar gezin uit verschillende bronnen geïntegreerd kan worden. Wie deze informanten minstens moeten of kunnen zijn wordt niet vermeld.

Informatie wordt bij de informanten aan de hand van een interview bekomen. De beoordelaar scoort vervolgens de verschillende dimensies. Er is geen interviewformat aanwezig maar er worden wel per dimensie voorbeeldvragen geformuleerd die de clinicus kunnen helpen bij het verzamelen van veelomvattende informatie binnen elke dimensie. Er wordt verondersteld dat deze voorbeeldvragen niet het klinisch interview vervangen van een veelomvattend, klinisch scherpzinnig ontwikkelingsadequaat interview door een opgeleide clinicus met ervaring in het afnemen van interviews bij kinderen, adolescenten en gezinnen. Per dimensie wordt gedefinieerd welke informatie dient te worden verzameld. De auteurs stellen daarnaast dat de meeste professionals en organisaties hun eigen gestandaardiseerde instrumenten voor evaluatie of diagnostiek gebruiken om klinische informatie te verzamelen ten behoeve van de IZIKA.

Zoals eerder vermeld is elke dimensie gedefinieerd volgens een schaal van één tot vijf. Elke schaal wordt ondersteund door gesuggereerde ankerpunten. De clinicus moet

in elke dimensie de hoogste score, dewelke de toestand van het kind het meest accuraat beschrijft, selecteren. Nadat een score gekozen is in elke dimensie, wordt de totaalscore gebruikt om tot een aanbeveling van het zorgniveau (zeven in totaal) te komen. Om het zorgniveau te bepalen zijn er twee methodes ontwikkeld: een tabel en een raster.

Het antwoordformulier verzamelt op één pagina alle dimensiescores, de totale scores, het afgeleide (beschikbare) zorgniveau en persoonsgegevens. Bovendien is er een ruimte voorzien om redenen aan te geven om af te wijken van het door de IZIKA aanbevolen zorgniveau.

De afnametijd van de IZIKA wordt niet vermeld in de handleiding.

- **Kwaliteit van de handleiding**

De gebruiksmogelijkheden worden in de handleiding vermeld. Wat betreft de beperkingen wordt aangegeven dat de IZIKA geen programmaplan voorschrijft, maar eerder het type en de intensiteit van de middelen die nodig zijn voor een bepaald niveau van zorg. Het specificeert geen behandelingsinterventie en het maakt het belang van het klinisch oordeel niet onnodig.

In de handleiding wordt een samenvatting van de psychometrische eigenschappen gegeven.

Er worden twee korte casussen beschreven door de auteurs van de CASII. Daarnaast wordt de mogelijkheid geboden om zelf aan de slag te gaan met het instrument aan de hand van een voorbeeld.

De verschillende domeinen en zorgniveaus worden in de handleiding verduidelijkt.

Er worden weinig tot geen aanwijzingen voor de testleider geformuleerd wat betreft de afname van het interview.

- **Schalen en items**

De IZIKA bevat zes dimensies te scoren op een vijfpuntenschaal. Elke score in de schaal wordt ondersteund door ankerpunten. De dimensiescores vormen samen de cumulatieve score waarop de bepaling van de zeven zorgniveaus (zie gebruiksdoel en uitkomstvariabelen) is gebaseerd.

Dimensie 1: Risico op verwonding/schade (van laag risico naar extreem risico op schade). Deze dimensie gaat het risico na van een kind of adolescent om schade berokkend te worden door anderen of om significante schade toe te brengen aan zichzelf of anderen.

Dimensie 2: Functionele status (van minimale naar zware functionele beperking). Deze dimensie beoordeelt wijzigingen in de mate waarin een kind of adolescent in staat is om verantwoordelijkheden op te nemen en met anderen te interageren, wijzigingen in biologische conditie en het vermogen om voor zichzelf te zorgen.

Dimensie 3: Comorbiditeit op domeinen ontwikkeling, lichamelijk functioneren, middelenmisbruik en psychiatrisch (van geen naar ernstige comorbiditeit). Deze dimensie beoordeelt of er meerdere stoornissen voorkomen over de vier domeinen

(ontwikkeling, medisch, middelenmisbruik en psychiatrisch) heen. Er moet niet worden gespecificeerd of er meerdere stoornissen voorkomen binnen één domein.

Dimensie 4: Herstelomgeving. Deze dimensie schaaft factoren in uit de omgeving die kunnen bijdragen aan het ontstaan of in stand houden van de primaire stoornis. Factoren die de inspanningen van het kind of de adolescent om herstel te bereiken of te behouden worden eveneens gemeten. Er worden twee subschalen gebruikt om deze dimensie te beoordelen: Stressoren in de omgeving (van minimaal naar extreem stressvolle omgeving) en Steun in de omgeving (van sterk naar geen steun in de omgeving).

Dimensie 5: Veerkracht en behandelingsgeschiedenis (van volledige naar verwaarloosbare veerkracht en/of respons op behandeling). Deze dimensie stelt de mate vast waarin een kind of adolescent in staat is om zichzelf bij te sturen als er verstoringen zijn in de omgeving. Dit omvat het vermogen om zowel de omgeving als de eigen interne bronnen te gebruiken. Bij beoordeling van deze dimensie wordt rekening te gehouden met de mate waarin het kind of de adolescent in het verleden reageerde op behandeling. Er moet ook rekening gehouden worden met de reacties op stressoren en levensveranderingen.

Dimensie 6: Behandeling: aanvaarding en engagement. Deze dimensie beoordeelt de aanvaarding van en het engagement voor de behandeling zowel bij het kind en de adolescent als bij de ouder en/of primaire verzorgingsfiguur. Er worden 2 subschalen gebruikt om deze dimensie te beoordelen.

- a. Aanvaarding en engagement van het kind of de adolescent (van optimaal naar ontoegankelijk).
- b. Aanvaarding en engagement van de ouder(s) en/of primaire verzorgingsfigu(u)r(en) (van optimaal naar ontoegankelijk).

- Normering

De CASII hanteert klinisch kwalitatieve normen. De verschillende items per dimensie worden gescoord op een vijfpuntenschaal, ondersteund door ankerpunten (kwalitatieve beschrijvingen).

In de handleiding is geen informatie te vinden over de wijze waarop de indeling in niveaus tot stand kwam.

Conclusie:

- Klinisch kwalitatieve normen

- Betrouwbaarheid

Er wordt enkel Amerikaans onderzoek vermeld ter onderbouwing van de betrouwbaarheid.

De maat die wordt gehanteerd voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is de ICC. Voor kinder- en jeugdpsychiaters varieert deze van 0,73 tot 0,93 voor de dimensiescores en voor de totaal score bedroeg deze 0,89. Voor de niet-psychiaters

varieerde de ICC voor de dimensiescores van 0,57 tot 0,95, terwijl de totaalscore een ICC behaalde van 0,93. Dit kan een voldoende tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid betekenen voor de beoordeling van de dimensiescores.

Er worden geen andere betrouwbaarheidsgegevens verstrekt.

Conclusie:

- Inter-itemrelatie: Geen informatie
- Interbeoordelaar: Voldoende scores gevonden in buitenlands onderzoek
- Test-hertest: Geen informatie

▪ Validiteit

Opnieuw wordt in de handleiding enkel Amerikaans onderzoek vermeld ter onderbouwing van de validiteit.

Het betreft vergelijkend onderzoek van de CASII (totaal en subschaal) scores met scores van de enerzijds Child Global Assessment Scale (CGAS) en anderzijds Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS). Dit validiteitsonderzoek toont aan dat er een matige correlatie is met de CGAS en de CAFAS, zeker wat betreft de totaal scores. Daarnaast blijkt dat vooral de CASII dimensieschalen die gelinkt zijn aan het kind, hoger correleren met de CAFAS en CGAS, en dat de dimensieschalen die de omgeving en engagement meten beduidend lager correleren. Volgens de auteurs ondersteunen deze bevindingen de validiteit van de CASII. De zwakke correlatie van de dimensiescore 'comorbiditeit' met de CGAS is volgens hen wel opmerkelijk, net zoals de hoge correlatie van de dimensie 'stressoren in de omgeving' met de CGAS. De auteurs geven aan dat verder onderzoek vereist zijn om de validiteit te staven.

Conclusie:

- Begripsvaliditeit: voldoende validiteitsgegevens op basis van één soort onderzoek
- Criteriumvaliditeit: Geen informatie

▪ Kostprijs

Niet gekend.

## **Early Childhood Service Intensity Instrument for Infants, Toddlers, and Preschool-aged Children Ages 0 – 5 (ECSII)**

*ECSII.*

*Version 1, September 2009.*

*Early Childhood Service Intensity Instrument for Infants, Toddlers, and Preschool-aged Children Ages 0 – 5.*

*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.*

*Geen COTAN-beoordeling*

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

De ECSII is ontwikkeld om zorgaanbieders en anderen die zorgen voor jonge kinderen (nul tot vijf jaar) bij te staan bij de bepaling van de benodigde intensiteit van hulpverlening. Het instrument voorziet zorgaanbieders een gemeenschappelijk taal en gidst hen bij de bepaling van de geschikte hulpverlening aan de juiste intensiteit voor de jongste en meest kwetsbare kinderen. De ECSII is ontworpen voor de eerste hulpverleningsplanning en het opvolgen van hulpverlening met herhaalde metingen over de tijd.

De ECSII bestaat uit zes dimensies die elk met een vijfpuntenschaal (gaande van minst naar meest ernstig) worden beoordeeld op basis van gesuggereerde ankerpunten. Voor het bepalen van een domeinscore moet de clinicus in elke dimensie de hoogste score, dewelke de toestand van het kind het meest accuraat beschrijft, selecteren. De zes dimensies zijn: (1) mate van veiligheid, (2) kind-ouder interacties, (3) verzorgende omgeving, (4) functionele/ontwikkeling status, (5) impact van de medische, ontwikkelings-, of emotionele/gedragsproblemen, en (6) hulpverleningsgeschiedenis<sup>1</sup>.

Nadat een score is gekozen in elke dimensie, wordt de totaalscore gebruikt om tot een aanbeveling van het 'service intensity level' te komen. De ECSII tracht de intensiteit van zorg te bepalen m.b.t. meerdere types van zorg en zorgsettings. De verschillende types van zorg zijn o.a. evaluatie, medisch, ontwikkeling, onderwijs, sociaal, geestelijke gezondheid, zorgcoördinatie en informele ondersteuning. De verschillende settings zijn o.a. zoals thuis, kinderopvang, head start program, geestelijke gezondheid of ziekenhuis, dagbehandelingprogramma, therapeutische pleegzorg enzovoort.

De ECSII hanteert de term 'Service Intensity' (intensiteit van de hulpverlening) in de plaats van de traditioneel gedefinieerde levels of care. Er zijn zes service intensity levels mogelijk. Ze worden kwalitatief beschreven. Ze bestaan uit een samenstelling van alle mogelijke hulpverleningen die aan een individu kunnen worden toegewezen.

---

<sup>1</sup> De eerste vijf domeinen bepalen het service intensity level, de behandelingsgeschiedenis kan optioneel worden gebruikt.

Ze zijn niet beperkt tot geestelijke gezondheidszorg. De service intensity levels worden allen beschreven aan de hand van zeven karakteristieken: (1) complexiteit en impact van het probleem; (2) focus van de interventie en setting in de welke de hulpverlening gebeurt; (3) omvang van gespecialiseerde hulp (evaluatie / behandeling); (4) aantal, frequentie, en duur van de hulpverlening; (5) ondersteuning van de veiligheid en dagelijks functioneren; (6) aantal betrokken instanties, mate van zorgcoördinatie en rol van het kind en familie; (7) en mate van informele hulp.

Nadat het service level is bepaald, biedt de ECSII bijkomend werkbladen aan om de intensiteit in te schatten van de hulpverlening met m.b.t. verschillende categorieën van hulp (evaluatie, medisch, geestelijke gezondheid, ...). Er zijn per categorie van hulpverlening (zie theoretische achtergrond) tabellen voorzien die voorbeelden geven van hulpverlening. De hulpverlener kan per categorie op basis van het service intensity level bepalen welke intensiteit is vereist. Dit proces is bedoeld ter verdere, meer geïndividualiseerde planning van de hulpverlening.

### Conclusie:

De ECSII baseert zich op zes verschillende dimensies om tot een service intensity level te komen. De dimensies hebben betrekking op de problematiek bij jeugdige en zijn omgeving (draaglast), sterke punten van de jeugdige en zijn omgeving (draagkracht), functioneren m.b.t. levensdomeinen en dagelijkse functioneren (adaptieve vaardigheden) en de hulpverleningsgeschiedenis.

De ECSII doet een uitspraak over de algemene benodigde hoeveelheid hulp door middel van de totaalscore en het afgeleide service intensity level. De service intensity levels worden gedefinieerd volgens volgende kenmerken: complexiteit en impact van het probleem; focus van de interventie en setting in de welke de hulpverlening gebeurt; omvang van gespecialiseerde hulp (evaluatie / behandeling); aantal, frequentie, en duur van de hulpverlening; ondersteuning van de veiligheid en dagelijks functioneren; aantal betrokken instanties, mate van zorgcoördinatie en rol van het kind en familie; en mate van informele hulp.

De ECSII doet geen rechtstreekse uitspraken over de concrete vorm van hulpverlening. In de service intensity levels zitten slechts sporadisch voorstellen tot concrete hulpverlening vervat. Na de bepaling van het support intensity level kan de hulpverlener aan de slag met dit level. De hulpverlener kan per categorie zelf bepalen welke intensiteit is vereist.

- Doelgroep

De ECSII is bedoeld te worden gebruikt bij de jongste (0 – 5 jaar) en meest kwetsbare kinderen.

De ECSII omschrijft de doelgroep voorts als volgt: kinderen en hun familie met emotionele, gedragsmatige en ontwikkelingsstoornissen, inclusief diegenen met omgevingstressoren die een risico vormen op zulke problemen. De auteurs geven aan dat zulke kinderen en hun familie nood kunnen hebben aan hulpverlening door een groot aantal diensten en organisaties zoals Child Welfare, mental health, primary and

specialty health care, child care, early education, adult mental health en substance abuse services, en een veelheid aan community supports.

Conclusie:

- 0 – 5 jarigen
- Kinderen en hun familie met emotionele, gedragsmatige en ontwikkelingsstoornissen, inclusief diegenen met omgevingstressoren die een risico vormen op zulke problemen.

- (Theoretische) achtergrond

In de late jaren 1990 ontwikkelde en testte de AACAP Work Group on Systems of Care de Child and Adolescent Level of Care System (CALOCUS). De empirisch geteste AACAP versie wordt nu de Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII) genoemd (zie IZIKA). Bij het gebruik van de CASII werd rond 2000 duidelijk dat er nood was aan een instrument dat is gericht op een jongere populatie. In 2003 ging de werkgroep van start met de ontwikkeling van de ECSII.

De ontwikkeling en testing van de ECSII doorliep verschillende stappen 2003 tot 2009:

- Experten werden geconsulteerd met de bedoeling inhoudelijke kwesties te bespreken.
- Verschillende eigenschappen werden toegevoegd in vergelijking met de CASII, zoals het domein kind – ouder relatie e.d.
- Beginnende trainingen vonden plaats in Arizona en Oregon waarbij dat m.b.t. interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd verzameld.
- De psychometrische studie inzake interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, construct validiteit, empirisch gebaseerde scoringsalgoritme ontwikkeling, en concurrent - validiteit werd opgezet.
- Een subgroep ontwikkelde 20 gestandaardiseerde klinische vignetten.
- Er vond een klinische experten check van de klinische vignetten plaats.
- Bijkomend hulpverlening - beoordelingsformulieren ontwikkeld voor de gestandaardiseerde vignetten.
- Data voor de validiteitstudie werd geleverd vanuit Nevada. 205 elektronische casussen werden aangeleverd met ECSII scores, CBCL scores en/of scores van de Infant Characteristics Questionnaire, en scores van de Parenting Stress Index.

De ECSII is ontwikkeld vanuit een ontwikkelingsperspectief, dat zowel snelle veranderingen in capaciteiten en behoeften van een kind tijdens diens ontwikkeling als aanzienlijke individuele variaties in normale ontwikkeling erkent. Het centrale belang van significante relaties in de ontwikkeling van jonge kinderen wordt benadrukt. Er wordt aangenomen dat vroege identificatie van onveiligheden in de significante relaties van het kind, en het aanbieden van diensten of ondersteuning m.b.t. deze bezorgdheden nodig zijn om de huidige en toekomstige problemen van het kind te verlichten. De ECSII voorziet een kader voor het meten van deze ontwikkelingsrisico's en voor de identificatie van hulpverleningsbehoeften. In aanvulling op de significante relaties, neemt de ECSII eveneens andere biologische, sociale en omgeving risico- en protectieve factoren in overweging overheen belangrijke domeinen met een impact op

de ontwikkeling van het kind. Doorheen de ECSII ligt het accent op het transactioneel model, d.w.z. dat er een dynamische interactie is met risico- en protectieve factoren zoals het temperament van het kind en ontwikkelingscapaciteiten, i.p.v. dat één statische factor bepalend is. De ECSII omarmt eveneens de rol van familie, omgeving, informele en formele ondersteuning aanwezig voor de familie. Dit wordt opgevat als het ecologische aspect (ecologisch systeemmodel) van de ECSII waarbij het kind en de opvoeders zich bevinden in een systeem waarvan de onderdelen elkaar voortdurend beïnvloeden.

De ECSII is geworteld in de basis waarden en principes van de Child and Adolescent Service System Program (CASSP), een federaal programma verantwoordelijk voor het ondersteunen van de ontwikkeling van gemeenschapsgerichte systemen voor de hulpverlening aan kinderen met serieuze emotionele problemen sinds de late jaren 1980. Deze principes worden in de handleiding in bijlage verduidelijkt. Ze hebben betrekking op een familie- en kindgericht model voor hulpverlening dat de inspanningen van verschillende aanbieders van individuele zorg integreert en coördineert tot de minst ingrijpende hulp.

De ECSII is ontwikkeld voor het bijstaan van kind- en gezinteam bij het identificeren van de benodigde intensiteit van hulpverlening en het ontwikkelen van een 'Wraparound Plan'. Werkelijke samenwerking tussen ouders en hulpverlening en bouwen aan de sterktes van een kind en zijn gezin als de remediëring van zwaktes zijn kenmerken van het Wraparound Process (Van Den Bergh & Grealish, 1996). Het gebruik van zowel formele als informele ondersteuning is eveneens essentieel voor het werk van de kind- en gezinteam.

Aangezien het een opdracht is van de gemeenschap om gezonde kinderen op te voeden focust de ECSII op manieren waarbij gemeenschapsondersteuning gemobiliseerd kan worden om families te stabiliseren en met hen samen te werken aan hun sterktes. De American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Work Group on Community-Based Systems of Care identificeerde 'Best Principles for Early Childhood Systems of Care' die de ontwikkeling van de ECSII stuurden:

- Het zorgsysteem stelt de biologische, cognitieve en socio - emotionele ontwikkeling van het kind centraal.
- Het zorgsysteem tracht de primaire hechtings- en familie relaties te versterken en te behouden.
- Het zorgsysteem benadrukt preventie en vroege interventie met getimede zorgaanbieding, zodat maximale kansen op een normale ontwikkeling van het kind worden aangeboden.
- Het zorgsysteem ondersteunt de stabiliteit van het (biologisch, adoptie- of pleeg-) gezin van het kind.
- Het zorgsysteem versterkt gezinnen door hen als volwaardige partners te beschouwen bij de planning en verlening van zorg.
- Het zorgsysteem voorziet cultureel competente hulpverlening met respect voor de unieke sociale en culturele waarden en geloof van het gezin.
- Het zorgsysteem voorziet geïndividualiseerde zorgplannen gebaseerd op uitgebreide bio-psycho-socio assessment.
- Het zorgsysteem voorziet geïndividualiseerde hulp met een geschikte intensiteit, flexibiliteit en volledigheid om tegemoet te komen aan alle

behoefden van het kind en het gezin. De hulpverleningen worden geïntegreerd en gecoördineerd tussen verschillende voorzieningen.

- Het zorgsysteem streeft naar een ethische balans tussen het beschermen van de rechten van het kind en het ondersteunen van de rechten van de ouders.

De planning van hulpverlening wordt behandeld in de handleiding. De auteurs stellen dat de service intensity levels op zich onvoldoende zijn om een geïndividualiseerd hulpverleningsplan op te stellen. Informatie afkomstig van alle zes gescoorde domeinen van de ECSII is essentieel voor de identificatie van bezorgdheden en prioriteiten die moeten worden opgenomen in het hulpverleningsplan. Bij het plannen van hulp, worden drie belangrijke gebieden aangepakt, refererend naar een dimensie van zorgplanning:

- Focus van de hulp: waarop de hulp is gericht, zoals kind, ouder – kind relatie, gezin/verzorgers, gemeenschap of omgeving, en zorgsysteem e.d.
- Type van hulp: categorieën van hulp, zoals evaluatie, medisch, ontwikkeling, onderwijs, sociaal, geestelijke gezondheid, zorgcoördinatie, informele ondersteuning e.d.
- Setting van hulp: zoals thuis, child care/kleuterschool, Head start program, geestelijke gezondheidszorg, dagbehandeling programma, therapeutische pleegzorg e.d.

De intensiteit van hulpverlening kan stijgen of dalen op verschillende manieren t.a.v. de focus van hulp, het type van hulp en de setting van hulp en wordt gevormd door volgende elementen:

- Aantal, frequentie en duur van hulpverlening
- Omvang van de veiligheidsbeoordeling en vereiste controle
- Mate van technische en professionele raadpleging
- Aantal vereiste systemen en samenwerking, mate van benodigde zorgcoördinatie of management
- Mate van ondersteuning voorzien voor het kind en/of het gezin m.b.t. het dagelijks functioneren of de beperktheid van de voorziening.

Conclusie:

- Theoretisch kader
- Recent ontwikkeld
- Meetmethode/Kwaliteit van het testmateriaal

Papier-en-potlood.

De auteurs geven aan dat de domeinen gewoonlijk worden beoordeeld door een clinicus met kennis van het kind en de familie, meestal gebaseerd op een uitgebreide klinische meting. Er wordt aanbevolen dat de beoordeling in samenspraak met het kind en zijn systeem gebeurt. De auteurs stellen dat de beoordelaar het kind en zijn systeem goed moeten kennen en dat de beoordeling best gebeurt rechtstreeks in samenspraak met de cliënt.

Er worden geen specifieke vereisten gesteld voor de opleiding van de beoordelaar. De auteurs geven enkel aan dat de beoordelaar alle domeinen en definities goed moet kennen.

Informatie wordt bij het kind en zijn systeem bekomen aan de hand van een interview. De beoordelaar scoort vervolgens de verschillende domeinen. Er is geen interviewformat aanwezig maar er worden wel per dimensie voorbeeldvragen geformuleerd die de clinicus kunnen helpen bij het verzamelen van veelomvattende informatie binnen elke dimensie. Per dimensie wordt gedefinieerd welke informatie dient te worden verzameld.

Elke dimensie is gedefinieerd volgens een schaal van één tot vijf en wordt ondersteund door gesuggereerde ankerpunten. Om een score te geven op een domein moet alle ankerpunten van het lagere level worden bekeken. Bij het kiezen van een level moet het meest beperkte ankerpunt van dat moment worden genomen.

Nadat voor elke dimensie een score is bekomen, worden de dimensiescores ingevuld op het scoringsformulier. De eerste vijf dimensiescores moeten vervolgens worden opgeteld. Dit vormt de totaalscore. De totaalscore hangt samen met een service intensity level van nul tot en met vijf dat moet worden gekozen. Enkele 'onafhankelijke criteria' moeten vervolgens worden bekeken. Indien de domeinscores van bepaalde domeinen het maximum betreft, moet een hoger service intensity level worden gescoord. Tenslotte moeten de scores op het laatste domein (hulpverleningsgeschiedenis) worden bekeken. Indien deze samen twaalf of meer vormen, moet worden overwogen om het service intensity level met één te verhogen.

Nadat het service level is bepaald, biedt de ECSII bijkomend werkbladen aan om de intensiteit in te schatten van de hulpverlening met m.b.t. verschillende categorieën van hulp (evaluatie, medisch, geestelijke gezondheid, ...). Er zijn per categorie van hulpverlening (zie theoretische achtergrond) tabellen voorzien die voorbeelden geven van hulpverlening. De hulpverlener kan per categorie op basis van het service intensity level bepalen welke intensiteit is vereist. Dit proces is bedoeld ter verdere, meer geïndividualiseerde planning van de hulpverlening.

De afnametijd van de ECSII wordt niet vermeld in de handleiding.

- **Kwaliteit van de handleiding**

De gebruiksmogelijkheden worden in de handleiding vermeld. Beperkingen zijn niet terug te vinden in de handleiding.

In de handleiding wordt een samenvatting van de psychometrische eigenschappen gegeven.

Er worden drie casussen beschreven door de auteurs van de ECSII.

De verschillende domeinen en service intensity levels worden in de handleiding verduidelijkt.

Er worden weinig tot geen aanwijzingen voor de testleider geformuleerd wat betreft de afname van het interview.

- **Schalen en items**

De ESCII bevat zes dimensies te scoren op een vijfpuntenschaal. Elke schaal wordt ondersteund door ankerpunten. De dimensiescores vormen samen de cumulatieve

score waarop de bepaling van de zes service intensity levels (zie gebruiksdoel en uitkomstvariabelen) is gebaseerd.

Dimensie 1: Mate van veiligheid (van optimale veiligheid naar weinig veiligheid). Op basis van dit domein wordt het potentieel gevaar op schade berokkening van het kind door anderen en/of het gevaar dat het kind vormt voor anderen of zichzelf overwogen.

Dimensie 2: Kind – ouder interacties (van optimale relaties naar ernstige beperking). Met dit domein wordt de aard van de relaties tussen het kind en zijn/haar belangrijke verzorgers gemeten. Er wordt specifiek gerefereerd naar de intieme relaties. Relaties worden vanuit het perspectief van het kind bekeken in termen van kwaliteit van de relaties en de mate waarin het kind in zijn totale relaties steun voor zijn of haar emotionele ontwikkeling ondervindt.

Dimensie 3: Verzorgende omgeving. Dit domein meet factoren in de omgeving van het kind die direct kunnen bijdragen aan het optimaliseren of beperking van de ontwikkeling en functioneren van het kind. Twee subdomeinen worden gehanteerd: sterktes/protectieve factoren (van optimale sterktes naar geen sterktes) en stressoren/kwetsbaarheden (van geen stressoren naar ernstige stressoren).

Dimensie 4: Functionele-/ontwikkelingsstatus (van optimaal naar ernstige beperking). Dit domein overweegt het functioneren of de ontwikkeling van het kind in vergelijking met normale verwachtingen voor een kind met deze chronologische leeftijd. Aspecten van functioneren en ontwikkeling zijn: affectieve status en emotieregulatie, aanpassing aan verandering, biologische patronen, sociale interactie met volwassenen en andere kinderen, en cognitieve, taal en motorische ontwikkeling.

Dimensie 5: Impact van de medische, ontwikkelings-, of emotionele/gedragsproblemen (van optimaal naar ernstige beperking). Dit domein meet de impact van medische, ontwikkelings- en/of emotionele/gedragsproblemen of omstandigheden bij het kind op de coping en adaptatie van de verzorger en het kind. Het is vooral van belang te kijken naar de impact van het probleem op de verzorger of het kind dan naar de ernst van het probleem zelf.

Dimensie 6: Hulpverleningsgeschiedenis. Dit domein neemt de voorgaande en huidige hulpverlening voor het kind en familie in overweging, de 'fit' (gepastheid) van hulpverlening met het probleem, en de effectiviteit van hulpverlening. Dit domein wordt enkel gescoord indien er reeds hulpverlening heeft plaatsgevonden of plaatsvindt. Drie subdomeinen zijn onderscheiden. Het eerste subdomein 'betrokkenheid verzorger/kind in hulpverlening' meet de mate van betrokkenheid van het kind en de verzorger in hulpverlening (van optimaal naar geen betrokkenheid). Het tweede subdomein 'fit hulpverlening – probleem' meet de aangepastheid van de hulpverlening met het probleem van het kind (van optimaal naar geen fit). Het derde subdomein 'effectiviteit hulpverlening' meet de mate waarin hulpverlening is geassocieerd met vooruitgang bij familiegerichte problemen (van optimaal naar geen effectiviteit).

- Normering

De ECSII hanteert klinisch kwalitatieve normen. De verschillende items per dimensie worden gescoord op een vijfpuntenschaal, ondersteund door ankerpunten

(kwalitatieve beschrijvingen). De totaalscore is vervolgens opgedeeld in zes Service Intensity Levels (gaande van basic health services tot maximal service intensity). Elk level is ter interpretatie kwalitatief beschreven aan de hand van zes karakteristieken: complexiteit en impact van het probleem; focus van de interventie en omgeving in de welke de hulpverlening gebeurt; omvang van gespecialiseerde hulp (evaluatie / behandeling); aantal, frequentie, en duur van de hulpverlening; ondersteuning van de veiligheid en dagelijks functioneren; aantal betrokken instanties, mate van zorgcoördinatie en rol van het kind en familie; en mate van informele hulp.

In de handleiding is geen informatie te vinden over de wijze waarop de indeling in niveaus tot stand kwam. Uit de beknopte beschrijving van de ontwikkeling van de ECSII (zie theoretische achtergrond) kan worden opgemaakt dat dit gebeurde op basis van een expertenbevraging. Het algoritme ter bepaling van het service intensity level zou psychometrisch zijn onderzocht.

Conclusie:

- Klinisch kwalitatieve normen
  
- Betrouwbaarheid

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de ECSII te onderzoeken, volgde een groep hulpverleners uit Oregon van jonge kinderen een training van anderhalve dag. 52 hulpverleners afkomstig uit vier hulpverleningsgebieden (mental health (73%), child welfare (13,5%), primary health nursing (11,5%), en early education (2%)) scoorden vijftien gestandaardiseerde vignetten na de training. De intraklassecoëfficiënt (ICC) is gebruikt als maat. De ICC op de verschillende domeinen van de ECSII varieert tussen 0,442 tot 0,829. De laagste ICC lijkt een uitzondering (voor het subdomein service effectiveness). De overige ICC scores liggen allen boven 0,594. Wanneer het optionele domein 'Services Profile' buiten beschouwing wordt gelaten komt men tot scores hoger dan 0,675. Daarnaast is onderzocht of de beoordeling van de hulpverleners overeenstemt met de 'gold standard' (consensus van experten). Dit leverde een ICC op van 0,9254.

Conclusie:

- Inter-itemrelatie: Geen informatie
- Interbeoordelaar: Voldoende scores gevonden in buitenlands onderzoek
- Test-hertest: Geen informatie
  
- Validiteit

Één studie is uitgevoerd met hulpverleners van jonge kinderen uit de Amerikaanse staat Nevada. De hulpverleners scoorden met de ECSSI 205 actuele nieuwe casussen van jonge kinderen (0 tot 5 jaar), grotendeels jongens (63,9%), met verschillende etnische achtergronden en verschillende leefsituaties (37,1% geboorte- of adoptieouders, 9,8% informally established extended family care, 17,6 % foster care, 30,2% regular foster care en 5,4% therapeutic foster care). Daarnaast vulden de

hulpverleners de CBCL (of Infant Characteristics Questionnaire bij kinderen jonger dan achttien maand) en de Parenting Stress Score (PSI) in. Er worden correlatiecoëfficiënten gepresenteerd van de ECSII domeinen (en service intensity level) met de CBCL internaliserende, externaliserende en totale probleemscores enerzijds en de PSI anderzijds. De auteurs stellen dat er significante te verwachten coördinaties zijn. De grootste correlaties zijn gevonden voor de ECSII domeinen 'functional/developmental status en 'impact on child's problems' met de CBCL schalen. Ook tussen meerdere domeinen van de ECSII (en service intensity level) en de totale PSI score zijn significante correlaties gevonden.

Conclusie:

- Begripsvaliditeit: voldoende validiteitsgegevens op basis van één soort onderzoek (buitenlands)
  - Criteriumvaliditeit: Geen informatie
- 
- Kostprijs  
Niet gekend.



## **Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)**

*STEP Standaard Taxatie Ernst Problematiek. Handleiding 2010.  
Van Yperen, Eijgenraam, van den Berg, de Graaf, Chênevert.  
Nederlands Jeugdinstituut.  
Utrecht, april 2010.*

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel

De STEP is bedoeld om, op gestructureerde wijze, de ernst van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg te taxeren. Op basis daarvan kan een inschatting worden gemaakt van welke zorg nodig is en hoe snel die zorg geboden moet worden.

Met de STEP wordt een korte en globale karakteristiek gegeven van de ernst van de problemen. De STEP is geen instrument waarmee eerst uitgebreid de situatie van de jeugdige in kaart wordt gebracht, maar aan de hand van een aantal trefwoorden wordt een globale score schets gegeven van de ernst.

Omdat met de STEP reeds verzamelde informatie geordend en getaxeerd wordt volgens een gestandaardiseerde werkwijze, vergroot dit de betrouwbaarheid van de taxatie. De verschillende aspecten van de ernst van de problematiek worden met de STEP gewogen volgens een standaard. Hierdoor letten alle hulpverleners op dezelfde aspecten en wegen ze die ook op dezelfde manier. Dit moet de beoordeling transparanter en het oordeel minder subjectief maken.

De STEP baseert zich voor zijn scores op vier schalen (met items) die elk afzonderlijk worden beoordeeld. Pas na het wegen van de afzonderlijke schalen wordt beoordeeld of en hoe aandachtsgebieden elkaar beïnvloeden. Per schaal moeten de scores worden opgeteld, zodat de schaalscores worden bekomen.

De schaalscores worden vervolgens overgenomen op het ernstprofiel. Dit gebeurt aan de hand van een scoringsleutel. Zo wordt duidelijk welk STEP-ernstniveau van toepassing is. Het ernstniveau wordt per schaal weergegeven. Dit betekent dat een 'eindscore' wordt bekomen voor het functioneren van de jeugdige (zwaarte problematiek), de kwaliteit van de omgeving (zwaarte problematiek), de zwaarte zorg (zwaarte zorg en urgentie) en de urgentie zorg (zwaarte zorg en urgentie).

De omzetting van de schaalscores naar de STEP-ernstniveaus op het ernstprofiel is experimenteel en moet nog met onderzoek worden geïjkt. De bedoeling is om op termijn soortgelijke bladen te maken voor de omzetting van de scores van bijvoorbeeld de CBCL en de NOSI(k) naar de STEP.

In het kader van huidig onderzoek zijn de schaalscores voor de zwaarte en urgentie van de zorg van grootst belang. Deze krijgen respectievelijk een score op een meerpuntenschaal gaande van 'geen zorg of minimale zorgzwaarte' tot 'zeer hoge

zorgzwaarte' en 'geen zorg of geen urgentie van zorg' tot 'zeer hoge tot extreme urgentie zorg'.

Betreffende de zorgzwaarte schaalscore zijn geen onderzoeksresultaten ter beschikking die de voorspellende waarde van deze score nagaan. Een zorgzwaarte-index is dus nog niet beschikbaar. De zorgzwaarte-score kan dan ook niet met een norm worden vergeleken.

De zorgzwaarte score is gebaseerd op de soort van zorg, de duur van zorg en de intensiteit van de zorg (zie schalen en items). Onderzoeksresultaten naar deze items tonen aan dat deze scores vrij goed te gebruiken zijn om de indicatiestelling grofmazig te ondersteunen. Strikt genomen kan op basis van de analyses een vrij trefzekere richtlijn worden gemaakt voor de ondersteuning van de indicatiestelling geen/wel geïndiceerde jeugdzorg (vorm van gespecialiseerde Jeugdzorg). Met behulp van statistische weging van de schalen is aan de indicatiestellers in dit verband een advies te geven met een vrij grote trefzekerheid (75% correct). In het laatste geval (wel jeugdzorg) kan verder worden gedifferentieerd naar meer ambulante of (semi)residentieel. Bij een verdere differentiatie van de geïndiceerde jeugdzorg naar ambulante zorg of verblijf is de trefzekerheid redelijk (60% correct). Voor een fijnmaziger onderscheid zou de STEP niet geschikt zijn.

Conclusie: De STEP baseert zich voor de zorgzwaarte scores op een inschatting van de beoordelaar op verschillende deelaspecten van zorgzwaarte (soort zorg, duur van zorg, intensiteit van contacten, urgentie). Zo komt men tot twee schaalscores: zwaarte zorg en urgentie zorg. De aard van de gegevens die worden ingeschaald is eerder gelijkaardig aan deze van de scores die het instrument oplevert. De invoergegevens en de scores zeggen beide iets over de benodigde hoeveelheid ondersteuning.

De STEP doet een algemene uitspraak over de hoeveelheid en de urgentie van de benodigde zorg voor de cliënt. De STEP doet hierbij geen uitspraak over verschillende domeinen met nood aan zorg. Op basis van het ernstprofiel kan wel de ernst van de problematiek worden afgeleid voor de domeinen Functioneren Jeugdige en Kwaliteit Omgeving. Er wordt een uitspraak gedaan over de soort, de duur en de intensiteit van benodigde zorg om een schaalscore voor de zorgzwaarte te bekomen, maar deze wordt niet weergegeven in de eindbeoordeling.

- Doelgroep

De STEP is bedoeld om de ernst van problemen bij cliënten in de jeugdzorg in Nederland te taxeren. Jeugdzorg in Nederland is bedoeld om kinderen en ouders ondersteuning en hulp te bieden bij ontwikkelings- en opvoedingsproblemen<sup>2</sup>. Jeugdzorg wordt gevormd door de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming, de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (ggz) en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen.

---

<sup>2</sup> Visie op de jeugdzorg. Bewust, betrokken en betrouwbaar: Het visiedocument van de zorgaanbieders in de jeugdhulpverlening. Maarten Faas. 2004.

Conclusie:

- Minderjarigen
- Alle problematieken, behalve zware verstandelijke beperkingen

- (Theoretische) achtergrond

De ontwikkeling van de STEP gaat terug tot de periode 2001-2003. In die periode is door de NIZW Jeugd in opdracht van de bestuurscommissie Jeugdhulpverlening van het Regionaal Orgaan Amsterdam gewerkt aan de ontwikkeling van een instrument waarmee bureaus Jeugdzorg en aanbieders van jeugdzorg de ernst van de problematiek kunnen taxeren bij hun cliënten. Voor het verdere verloop is het project ingedeeld in 4 fasen. In een eerste fase is een uitgebreid bronnenonderzoek gedaan om zicht te krijgen op de inhoud van het begrip ernst van de problematiek, op het doel van een ernsttaxatie en op gebruik en bruikbaarheid van instrumenten. In een tweede fase van het project is op basis een studie een eerste opzet gemaakt van de zogeheten STEP. Dit voorstel is in verschillende rondes bestudeerd, uitgeprobeerd en becommentarieerd. Op basis daarvan is de STEP nog verscheidene keren aangepast. In een derde fase is de STEP getest op de kwaliteit en bruikbaarheid van de ernsttaxatie bij het zeer diverse cliëntenbestand dat in vrijwillig kader te maken heeft met bureau jeugdzorg. In een vierde fase is (2006-2009) is een traject gestart waarin onderzoek is gedaan naar het gebruik van de STEP in de jeugdbescherming en de jeugdreclassering, naar de voorspellende en evaluatieve waarde van het instrument en naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Nadien bleek dat twee schalen een gebrekkige toegevoegde waarde bezaten. Deze twee schalen werden nog verwijderd uit de STEP.

In de handleiding geven de auteurs de theoretische achtergrond weer van het concept ernst en stellen ze een theoretisch werkmodel voor. Het concept ernst is volgens de auteurs een begrip met verschillende aspecten, namelijk abnormaliteit gedrag, bijdragende factoren in de jeugdige, gezin, opvoeding en wijdere omgeving, gevolgen van probleemgedrag, en kwaliteit van leven. Zij baseren zich hiervoor op beoordelingsfactoren ernst van de problematiek van verschillende auteurs.

In het theoretisch werkmodel wordt een model uitgewerkt waarin de bijdragen van de verschillende facetten van ernst op een rij worden gezet. Dit model gaat enerzijds uit van problemen en risicofactoren die druk uitoefenen op de ontwikkeling van de jeugdige, het gezin en de omgeving. Anderzijds zijn er de protectieve factoren die in geval van de aanwezigheid van bepaalde risicofactoren verlichting kunnen geven of compenserend kunnen werken. Dit model vormt de basis voor de constructie van de STEP.

Conclusie:

- Theoretisch kader
- Geëvolueerd instrument

- Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal

Papier-en-potlood.

Het gebruik van de STEP is voorbehouden aan gekwalificeerde professionals die kennis hebben genomen van de handleiding. Pas nadat alle informatie is verzameld die nodig is om een besluit te nemen over het vervolg wordt het STEP-formulier ingevuld. Het draait hierbij om de professionele beoordeling van een zorgaanbieder en niet die van bijvoorbeeld de ouder of de jeugdige. Er wordt daarnaast aangegeven dat men ervan uitgaat dat de beoordelaar/hulpverlener deskundig is op het gebied van opgroei- en opvoedproblemen.

Het taxeren van de ernst van problemen bij cliënten in de jeugdzorg gaat uit van een gebruik van instrumenten op drie niveaus, van globaal naar specifiek:

Het eerste niveau is een zeer globale taxatie door de hulpverlener op meerdere aandachtspunten. De STEP is bedoeld als een instrument op het eerste niveau, waarbij een zeer beknopte samenvatting wordt gegeven van de ernst van de problematiek. Dit kan op basis van informatie uit andere instrumenten (die op het tweede en derde niveau zijn afgenomen) en/of van informanten. Wanneer bijvoorbeeld (voor het opstellen van een indicatie) een CBCL en NOSI zijn afgenomen, wordt de informatie hieruit mede gebruikt om de schalen Functioneren Jeugdige en Kwaliteit Omgeving in te kunnen vullen.

Het tweede niveau bevat instrumenten waarmee ouders, jeugdigen en/of leerkrachten op meer specifieke terreinen aangeven wat de (aard en) ernst van de problemen is. Voor psychisch en gedragsmatig functioneren van de jeugdige worden hiervoor bijvoorbeeld de SDQ of de CBCL gebruikt, voor het gezinsfunctioneren bijvoorbeeld de NOSI of de VGP10. Deze instrumenten worden binnen het bureau jeugdzorg gebruikt om in het indicatieproces informatie te verkrijgen over specifieke onderwerpen en een diagnostisch beeld te kunnen opbouwen.

Eventueel volgt hierop nog een derde niveau met specifieke instrumenten (een persoonlijkheidsvragenlijst, een intelligentietest, een autismevragenlijst). Deze instrumenten worden gebruikt binnen (specialistisch) diagnostisch onderzoek en uitgevoerd door hiervoor gekwalificeerde diagnostici.

De auteurs stellen dat deze drie niveaus overigens niet een volgorde van handelen aangeven, maar een verschil in de mate van gedetailleerdheid en vereiste deskundigheid waarin de ernsttaxatie wordt uitgevoerd.

De informatie nodig voor de STEP kan worden verzameld op basis van informanten en/of instrumenten. Wanneer bijvoorbeeld een CBCL en NOSI zijn afgenomen, wordt de informatie hieruit mede gebruikt om de schalen Functioneren Jeugdige en Kwaliteit Omgeving in te kunnen vullen. De STEP levert dus geen nieuwe informatie op en is niet bedoeld om alle informatie mee te ordenen. Welke informanten en instrumenten dit moeten zijn wordt niet aangegeven. Ook de wijze waarop deze bronnen bijdragen aan het invullen van de STEP wordt niet meegedeeld. Het lijkt hierdoor alsof men vrij is in de wijze waarop de informatie kan worden verzameld en geïntegreerd. Er worden wel voorstellen gedaan i.v.m. het gebruik van een aantal instrumenten in functie van de STEP (zoals de CAP-J, CBCL, NOSI, SDQ en VGP).

De items van elke schaal worden gescoord op een meerpuntenschaal gaande van een tot vijf of van een tot vier. Voor een uitgebreidere beschrijving hiervan, zie 'schalen en items'. De verschillende itemscores worden opgeteld per schaal en resulteren in een schaalscore.

De STEP ordent en taxeert reeds verzamelde informatie volgens een gestandaardiseerde werkwijze. De verschillende aspecten van de ernst van de problematiek worden met de STEP gewogen volgens een standaard. De omzetting van de scores naar de STEP-niveaus op het ernstprofiel is experimenteel en moet nog met onderzoek worden geijkt.

De STEP bestaat uit verschillende formulieren. Ten eerste zijn er de vier scoringshulpen (een formulier per schaal) en ten tweede is er een formulier met het ernstprofiel waarop de scoring van de vier schalen kan worden overgenomen zodat in een oogslag te zien is hoe ernstig de problemen zijn. Op basis van vier schalen met vragen moet de beoordelaar de verschillende aspecten van ernst van de problematiek van een jeugdige en de benodigde zwaarte en urgentie van de zorg kunnen scoren.

Er zijn twee ernstprofielen opgesteld. Naast een ernstprofiel voor de eerste afname is er een ernstprofiel voor vervolgafnames, om veranderingen in de ernst over langere tijd te kunnen meten. Dit ernstprofiel voor vervolgafnames kan daarmee gebruikt worden voor het meten van effect. De ernstprofielen verschillen in de scoring op de duur van de problemen: bij vervolgafnames worden de vragen met betrekking tot de duur achterwege gelaten.

Uit onderzoek blijkt dat de gemiddelde invultijd van de STEP veertien minuten bedraagt. Naarmate de codeurs het instrument vaker gebruiken, neemt het tijdsbeslag af tot zo een vijf tot tien minuten.

- Kwaliteit van de handleiding

De gebruiksmogelijkheden worden vermeld, evenals enkele aandachtspunten. Dit gebeurt voornamelijk in bijlage 3: Veelgestelde vragen over de STEP.

In de handleiding wordt een samenvatting van de psychometrische eigenschappen gegeven.

Er is een casus ter verduidelijking opgenomen. Deze casus beperkt zich echter tot een beperkte situatieschets met bijhorend ingevulde formulieren. De interpretatie van de scores wordt niet beschreven.

De verschillende items en schalen worden nader toegelicht in de handleiding. Per schaal wordt in de handleiding een toelichting gegeven hoe de items te scoren. Per item zijn de verschillende antwoordmogelijkheden beschreven. De beoordelaar dient te zoeken naar de antwoordmogelijkheid die de situatie van zijn cliënt het best benaderd.

Er worden enkele algemene en specifieke instructies gegeven voor het invullen van het STEP-formulier. De instructies handelen o.a. over het invullen van de

scoringshulpen en het ernstprofiel, het moment waarop de STEP dient te worden ingevuld en enkele aandachtspunten bij het invullen van de STEP.

- Schalen en items

De STEP bestaat uit vijftien vragen, verdeeld over vier schalen.

Zwaarte van de problematiek:

Uitgangspunt bij dit onderdeel is dat de zwaarte van de problematiek wordt bepaald door draaglast en draagkracht van de jeugdige en zijn omgeving. Binnen dit aspect zijn twee aparte taxatieschalen:

Functioneren Jeugdige: Zes vragen scoren de mate waarin de jeugdige problemen heeft, in welke mate daardoor beperkingen in het functioneren optreden en hoe zwaar de lijdensdruk van de jeugdige en zijn omgeving is.

De zes vragen zijn:

- Heeft de jeugdige problemen op één of meer aspecten van het persoonlijk functioneren?.

De aspecten van het persoonlijk functioneren van de jeugdige waar het hierom gaat, zijn: psychosociaal functioneren, lichamelijke gezondheid, vaardigheden en cognitieve ontwikkeling, en vermogen om met andere op te schieten.

- Hoe lang bestaan voorkomende problemen van de jeugdige?
- Hoe erg is de jeugdige door persoonlijke of omgevingsproblemen van slag?
- Belemmert het functioneren van de jeugdige zijn dagelijks leven op de vier leefgebieden?

De vier leefgebieden die hier worden bedoeld, zijn: functioneren thuis, functioneren in betekenisvolle relaties,

Functioneren op crèche, school of werk en functioneren in de overige omgeving.

- Vormt het functioneren van de jeugdige een belasting voor de overige leden van de thuissituatie?
- Vormt het functioneren van de jeugdige een belasting voor de omgeving buiten de thuissituatie?

Kwaliteit Omgeving: Vijf vragen geven een globale indicatiebeoordeling van hoe goed of hoe slecht de fysieke en pedagogische kwaliteit van de omgeving van de jeugdige is.

De vijf vragen zijn:

- Zijn er problemen met de kwaliteit van de primaire opvoedingsomgeving of (indien een opvoedingsomgeving niet aan de orde is) met de kwaliteit van het primaire sociale netwerk van de jeugdige?
- Zijn er problemen op de belangrijkste aspecten van de overige omgeving?
- Hoe lang bestaan voorkomende problemen in de omgeving?
- Is er iemand (buiten de hulpverlening) die de jeugdige bij problemen steunt (opvangt, problemen helpt oplossen)?
- Hoezeer vormt de omgeving (alles bij elkaar) een risicofactor voor de jeugdige?

De noodzakelijk geachte zorgzwaarte en urgentie van de hulp:

Ook binnen dit aspect zijn twee taxatieschalen aan de orde:

Zwaarte Zorg: Drie vragen bieden een globale indicatie van de benodigde zwaarte van de hulp. Als er reeds zorg wordt of is verleend, heeft de schaal betrekking op de vervolghulp die nodig is.

De drie vragen zijn:

- Wat voor soort zorg is er nodig?

Hier wordt door de beoordelaar ingevuld welk zorg voor de komende periode als de juiste wordt beschouwd. Dit gebeurt aan de hand van een meerpuntenschaal, waarbij 1 = geen of hoogstens enkele contacten via de telefoon of internet; 3 = Vrij toegankelijke, ambulante zorg; 6 = geïndiceerde ambulante zorg; 8 = observatiediagnostiek of behandeling in combinatie met partieel verblijf en 10 = observatiediagnostiek of behandeling met 24-uurs verblijf (pleegzorg of residentiële zorg).

- Hoe lang zal het hulpverleningstraject naar schatting duren?

Het betreft de totale duur van de hulp.

- Hoe groot is de intensiteit van de contacten?

Het betreft het aantal contacten of dagen van de hulp tijdens een bepaalde periode.

Urgentie Zorg: Deze schaal bestaat uit één vraag en geeft een globale inschatting aan van de mate waarin (vervolg)hulp acuut vereist is, of enig uitstel kan hebben.

De vraag is: Hoe zwaar schat u de urgentie van de zorg in?

- Normering

Er worden geen normen aangereikt.

- Betrouwbaarheid

In de handleiding geven de auteurs de belangrijkste resultaten van onderzoeken naar de STEP weer. Op basis hiervan blijkt dat de betrouwbaarheid van de schalen in

termen van interne consistentie redelijk tot voldoende is (alpha's variëren tussen de 0,70 en 0,85). De items zouden vooral in 4 schalen te clusteren zijn: de schalen Functioneren Jeugdige, Kwaliteit Omgeving, Zwaarte Zorg en Urgentie Zorg. De schalen Risico Jeugdige en Risico Omgeving vertonen veel overlap met deze vier schalen. Deze laatste 2 schalen zijn dan ook niet meer opgenomen in de STEP.

Wat betreft de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid blijken er op de schalen Functioneren Jeugdige, Kwaliteit Omgeving, Zwaarte Zorg, Risico Jeugdige en Risico Omgeving een voldoende mate van overeenstemming tussen de beoordelaars (intraclasscorrelatie tussen 0,51-0,70).

Verder is onderzocht of de items en de schalen van de STEP voldoende spreiding in de scores vertonen, zodat het instrument in staat is om cliënten te differentiëren. Op basis van de analyse is de conclusie dat met name de schaal Risico Omgeving (RO) en de bijbehorende items ongunstige verdelingen laten zien: de scores hopen zich teveel aan één kant op. Voor het overige laat het instrument voldoende tot goede verdelingen zien.

### Conclusie:

- Inter-itemrelatie: voldoende/goede scores in buitenlands onderzoek
- Interbeoordelaar: voldoende/goede scores in buitenlands onderzoek
- Test-Hertest: Geen informatie.

### ▪ Validiteit

Doel van het gedane onderzoek naar de predictieve validiteit van de STEP was na te gaan of op basis van de scores van de STEP is te voorspellen of jeugdzorg geïndiceerd is of niet en of men daarmee kan voorspellen welk type hulp er nodig is en welke urgentie en intensiteit die hulp moet hebben.

De volgende vragen stonden centraal:

- Is op basis van de scores van de STEP te voorspellen of jeugdzorg is geïndiceerd of niet?
- Kan men op basis van de scores van de STEP voorspellen welk type hulp er nodig is en welke urgentie en intensiteit die hulp moet hebben?
- Welke toegevoegde waarde hebben de RJ- en RO-schalen<sup>3</sup> in dit verband?

Voor het onderzoek naar de predictieve validiteit is van de cases waarvoor de STEP is ingevuld nagegaan wat de geïndiceerde en toegekende zorg is. Daarvoor is uit de dossiers van de betreffende cliënten informatie gehaald over de aard, duur, intensiteit en passendheid van de toegekende en daadwerkelijk ontvangen zorg. Het onderzoek was er oorspronkelijk op gericht een zorgindex te construeren die bestaat uit een combinatie van gegevens over de zwaarte van het type zorg (geen zorg, lokaal ambulant, jeugdhulp/behandeling, daghulp, dag-en-nacht hulp), de intensiteit van de

---

<sup>3</sup> De RJ – en RO – schalen staan voor Risico Jeugdige en Risico Omgeving schalen. Deze schalen zijn niet mee opgenomen in de huidige versie van de STEP.

zorg (aantal uren per week) en de beoogde duur van de hulp. Uit de indicatiebesluiten in dossiers kon echter slechts in beperkte mate de geïndiceerde intensiteit worden gereconstrueerd; het bleek niet mogelijk een uniforme zorgindex te construeren, om die reden zijn daarom in eerste instantie analyses gedaan naar het onderscheidend vermogen van de STEP naar de verschillende typen zorg. Die verschillende typen zorg zijn vervolgens verder naar zorgzwaarte geordend en gerubriceerd in vijf typen zorg: lokaal ambulant, geïndiceerde ambulante zorg, geïndiceerd verblijf (eventueel in combinatie met ambulante zorg), justitiële jeugdzorg en overig.

In totaal deden 112 codeurs mee afkomstig van zes organisaties: de bureaus jeugdzorg Drenthe, Noord-Brabant, Friesland, Limburg, Zeeland en de William Schrikker Groep. In totaal werd er voor 481 cases dossieronderzoek gedaan.

De belangrijkste conclusies zijn:

De STEP blijkt vrij goed te differentiëren tussen indicaties voor geen of wel geïndiceerde jeugdzorg. Met behulp van statistische weging van de schalen is aan de indicatiestellers in dit verband een advies te geven met een vrij grote trefzekerheid (75% correct). Bij een verdere differentiatie van de geïndiceerde jeugdzorg naar ambulante zorg of verblijf is de trefzekerheid redelijk (60% correct). De schalen Functioneren Jeugdige (FJ) en Zorgzwaarte (ZZ) leveren daarbij de belangrijkste informatie. Als men een verdere differentiatie wil maken tussen de verschillende typen geïndiceerde zorg, dan blijkt dat de STEP daarin weinig trefzeker. Ook het onderscheid tussen zorg op basis van de Wet op de Jeugdzorg of de AWBZ is niet duidelijk te maken. Verder kon in het onderzoek – door de beperkingen in de gegevens – de relatie tussen STEP-scores en de geïndiceerde intensiteit en urgentie van de zorg niet goed worden vastgesteld. Met een slag om de arm stellen we dat de intensiteit op basis van de STEP moeilijk is in te schatten. De urgentie laat zich redelijk goed voorspellen.

De RJ- en RO-schalen blijken aan het onderscheid niet zoveel toe te voegen. De schaal voor Risico Jeugdige (RJ) lijkt in het kader van de jeugdbescherming bruikbaar voor het inschatten van de urgentie van de zorg (hoe hoger het risico, hoe urgenter de zorg). Daarnaast is de schaal voor Risico Omgeving (RO) bruikbaar voor het onderscheiden van jeugdigen met wel of geen justitiële zorg. Binnen de jeugdbescherming en de justitiële zorg zijn echter inmiddels ook andere risicotaxatieschalen in gebruik – zoals de CARE-NL en de SAVRY – die wellicht passender zijn voor deze werksoorten.

De uiteindelijke vraag die men met het onderzoek wilde beantwoorden is: kan op basis van het instrument een richtlijn worden gemaakt voor bureaus jeugdzorg m.b.t. de acceptatie van de aanmelding en de urgentie van de start van de hulp? Strikt genomen kan op basis van de analyses een vrij trefzekere richtlijn worden gemaakt voor de ondersteuning van de indicatiestelling geen/wel jeugdzorg, in het laatste geval (wel jeugdzorg) verder gedifferentieerd naar ambulant of (semi-)residentieel. Hierbij geldt echter als belangrijke kanttekening dat de bevindingen zijn gebaseerd op de indicaties zoals die in de dagelijkse praktijk worden toegekend, met alle imperfecties van dien. Er wordt dan ook afgeraden de statistische weging van de STEP-schalen uit het onderzoek zonder meer te gebruiken bij de ondersteuning van de indicatiestelling in de praktijk. Beter is die weging te baseren op indicaties die zijn afgeleid van

professionele richtlijnen over de meest effectieve zorgvormen bij een bepaalde aard en ernst van de problematiek.

Wat betreft de evaluatieve waarde blijkt op basis van oriënterende studies dat de meeste schalen van de STEP gevoelig zijn om verandering in ernst te meten. Dat geldt niet voor de Urgentie Zorg en Risico Omgeving. Voorts lijken de schalen Functioneren Jeugdige en Kwaliteit Omgeving, die gaan over de duur van de problematiek, zoals te verwachten, niet geschikt om gebruikt te worden bij evaluatieonderzoek. De scores op de schalen die gevoelig zijn voor het meten van effecten laten gemiddeld kleine veranderingen zien.

Conclusie:

- Begripsvaliditeit: Geen informatie
  - Criteriumvaliditeit: voldoende validiteitsgegevens op basis van één soort onderzoek
- 
- Kostprijs

Handleiding en formulier zijn online vrij beschikbaar.

## **Zorgzwaarte-instrument (VAPH)**

*Handleiding Zorgzwaarte-instrument.*

*Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.*

*Brussel, december 2010.*

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

Het zorgzwaarte-instrument (ZZI) heeft als doel de zorgzwaarte te meten van personen die een zorgvraag stellen aan het VAPH. Hierbij worden de ondersteuningsnoden van de persoon met een handicap gemeten, ongeacht door wie deze ondersteuning geboden wordt. Zo kan het zijn dat een persoon door zijn handicap heel wat nood heeft aan ondersteuning, maar dat een groot deel van deze ondersteuning door zijn echtgenote wordt geboden en deze persoon enkel hulp aan het VAPH vraagt voor de momenten dat zijn echtgenote niet thuis is. Dit zal wel de zwaarte van de zorg die hij verwacht verminderen, maar niet zijn ondersteuningsnood.

Het ZZI bestaat uit verschillende schalen die opgebouwd zijn rond verschillende instrumenten. Er wordt in de handleiding voornamelijk in termen van instrumenten gesproken om de verschillende schalen te benoemen. Hieronder volgt reeds een kort overzicht van die deelinstrumenten. De schalen worden uitgebreider beschreven in de sectie 'schalen en items'.

- Vragenlijst zelfredzaamheid (bestaande uit de Barthel ADL-index en de ELIDA-schaal). Deze vragenlijst tracht de basis en algemene zelfredzaamheid van de persoon met een handicap in kaart te brengen.
- Supports Intensity Scale (SIS; zie eerder). Dit SIS wordt afgenomen om de algemene ondersteuningsnood voor zorgzwaarte in het ZZI op te nemen.
- Schaal Vanermen. Deze vragenlijst brengt enkele specifieke medische ondersteuningsnoden van de persoon met een handicap in beeld.
- Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen (SGZ). Deze Vragenlijst brengt enkele specifieke gedragsproblemen van de persoon met een handicap in beeld.
- Screeningslijst sociaal-emotionele ondersteuningsnoden. Dit betreft een screeningslijst waarmee gepeild wordt naar het sociaal-emotioneel functioneren.

De scores die deze schalen opleveren worden ingegeven in geconstrueerde beslissingsbomen. Dit levert uiteindelijk drie parameters van zorgzwaarte op: Begeleidingsintensiteit, Permanentie en Nachtpermanentie.

Begeleidingsintensiteit heeft betrekking op de mate waarin de persoon met een handicap ondersteuning nodig heeft van andere personen. Er worden zeven niveaus van begeleidingsintensiteit weerhouden gaande van 'er is geen nood aan

ondersteuning' tot 'er wordt dagelijks zeer intensieve ondersteuning geboden in functie van uitzonderlijke ondersteuningbehoefte'.

Permanentie heeft betrekking op de mate waarin de persoon met een handicap overdag nood heeft aan de beschikbaarheid van, feitelijke aanwezigheid van of aan toezicht door andere personen. Er worden acht niveaus van permanentie weerhouden, gaande van 'de persoon heeft geen enkele vorm van permanentie nodig' tot 'de persoon heeft nood aan voortdurend toezicht en dit binnen een beveiligde infrastructuur en omkadering. Dit impliceert een gespecialiseerd setting'.

Nachtpermanentie houdt verband met de mate waarin de persoon met een handicap tijdens de nacht nood heeft aan de beschikbaarheid, feitelijke aanwezigheid van of aan toezicht door andere personen. Er worden vijf niveaus van nood aan nachtpermanentie weerhouden, gaande van 'gedurende de nacht wordt geen ondersteuning geboden, er is niemand aanwezig noch stand-by' tot 'tijdens de nacht is iemand fysiek aanwezig, er wordt toezicht uitgeoefend en er wordt meermaals per nacht intensieve ondersteuning geboden in functie van gedrag en/of verzorging of verpleging'.

Belangrijke opmerking bij deze drie parameters van zorgzwaarte is dat in de verschillende gradaties ervan ook uitspraken vervat zitten over de vorm van ondersteuning en over de domeinen waarop de ondersteuning zich moet richten. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

Permanentie niveau 3: de persoon met ondersteuningsbehoefte steeds iemand moet kunnen bereiken of oproepen die onmiddellijk fysiek aanwezig kan zijn om ondersteuning te bieden.

Begeleidingsniveau 1: er is een behoefte aan ondersteuning op vlak van administratie, financiën en organisatie van het dagelijkse leven (begeleidingsintensiteit niveau één, maximaal één keer per week ondersteuning).

Nachtpermanentie niveau 4: Tijdens de nacht is iemand fysiek aanwezig, er wordt toezicht uitgeoefend en er wordt meermaals per nacht intensieve ondersteuning geboden in functie van gedrag en/of verzorging of verpleging.

Conclusie: Het ZZI komt tot een uitspraak op basis van meerdere instrumenten. De gegevens die worden ingeschaald hebben betrekking op ondersteuningsbehoefte op verschillende domeinen zoals waargenomen door informant(en)/beoordelaar (SIS, Schaal Vanermen, Vragenlijst Zelfredzaamheid), adaptieve vaardigheden (zelfredzaamheid, (para)medische handelingen) en probleemdomeinen (storend gedrag, sociaal-emotioneel functioneren).

Het ZZI doet een uitspraak over de benodigde hoeveelheid ondersteuning in termen van drie parameters van zorgzwaarte: Begeleidingsintensiteit, Permanentie en Nachtpermanentie.

De drie parameters onderscheiden niet rechtstreeks verschillende domeinen met nood aan hulp. Er is geen systematische opdeling van verschillende domeinen met nood aan

hulp. In de beschrijvingen van de verschillende parameters zitten wel domeinen vervat waarop de hulpverlening zich best richt.

De vorm van hulpverlening zit eveneens vervat in de verschillende parameterbeschrijvingen.

- Doelgroep

Het is de bedoeling dat het ZZI in de toekomst deel zal uitmaken van de inschrijvingsprocedure van het VAPH en wordt afgenomen bij alle personen die een zorgvraag stellen aan het VAPH. Dit instrument zal niet worden afgenomen van personen die enkel een vraag tot materiële bijstand stellen.

Het ZZI is ontwikkeld voor meerderjarige personen met een handicap.

Conclusie:

- Volwassenen
- Personen met een handicap

- (Theoretische) achtergrond

Het ZZI heeft zijn ontstaansgeschiedenis in het kader van de zorgvernieuwing waarbij het VAPH op zoek ging naar een instrument om de ondersteuningsnood van personen met een handicap op een zo objectief mogelijke manier in kaart te brengen. Dit instrument moet de verschillende multidisciplinaire teams in staat stellen om de zorgzwaarte van een persoon met handicap op een objectieve en uniforme manier te bepalen van alle zorgvragers in heel Vlaanderen.

Gezien de grote diversiteit onder personen met een handicap en ernst van de handicap en tegelijkertijd de noodzaak om tot een goede en eenduidige indeling m.b.t. zorgzwaarte te komen is het volgens het VAPH belangrijk om tot een enkel instrument te komen waarmee een inschatting gemaakt kan worden van alle meerderjarige personen met een handicap, ongeacht de soort handicap of problematiek die hen treft. Dit is het gevolg van de overtuiging dat de mate waarin iemand ondersteuning nodig heeft beter gevat kan worden door te kijken naar de concrete mogelijkheden en beperkingen die iemand in het dagelijkse leven ondervindt dan naar de aard van de aandoening die aan de oorsprong van die beperkingen ligt.

Het ZZI zit nog in de experimentele fase, maar doorliep toch reeds een aantal fasen:

Conceptfase: eerste afbakening van indicatoren voor zorgzwaarte en selectie van mogelijke meetinstrumenten, met als resultaat een eerste set van beslissingsbomen.

Toetsingsfase of test fase 1: aan een kleine groep voorzieningen worden meetinstrumenten, afgeleide indicatoren en (eerste aanzetten van) beslissingsbomen voorgelegd om te zien hoe plausibel het geheel overkomt.

Testfase 2: 54 cliënten uit acht voorzieningen worden ingeschaald met het nieuwe instrument.

Testfase 3: 89 cliënten uit residentiële voorzieningen, begeleid wonen, zelfstandig wonen en 9 PAB Budgethouders worden ingeschaald door 10 multidisciplinaire teams. Hierbij wordt ook de bruikbaarheid van het ZZI nagegaan en wordt de meerwaarde van 2 schalen nagegaan. Als resultaat van deze fase is het ZZI licht aangepast, waarbij er 2 verschillende protocollen zijn ontwikkeld.

Testfase 4: inschaling van 170 zorgvragers in het kader van het PGB-experiment met het vernieuwde ZZI.

Testfase 5: statistische consolideringfase, bijstellen van beslissingsbomen en vastleggen van de geselecteerde meetinstrumenten.

Testfase 6: uittesten van het vernieuwde ZZI op 1297 personen uit diensten inclusieve ondersteuning, beschermd wonen of geïntegreerd wonen en op een representatieve steekproef van 350 zorgvragers van het VAPH.

Op dit ogenblik wordt het ZZI nog verder uitgetest en indien nodig extra op punt gesteld (experimentele fase).

Zoals aangegeven heeft het ZZI als doel het meten van de zorgzwaarte van personen die een zorgvraag stellen aan het VAPH. Zorgzwaarte wordt omschreven als 'de mate waarin een persoon ondersteuning nodig heeft om zo adequaat mogelijk te kunnen functioneren in het dagelijkse leven'. Met zo 'adequaat mogelijk' wordt 'overeenkomend met wat gangbaar en algemeen aanvaard is binnen de ruime sociaal-maatschappelijke context waarbinnen de persoon leeft' en tevens 'rekening houdend met de mogelijkheden, beperkingen en wensen van de persoon' bedoeld.

Zorgzwaarte wordt gezien als de resultante van drie parameters: begeleidingsintensiteit, permanentie en nachtpermanentie. Hierbij worden een aantal gradaties of intensiteiten onderscheiden.

Conclusie:

- Theoretisch kader
- Instrument in ontwikkeling
  
- Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal

Papier-en-potlood en computerbased.

In de handleiding wordt aangegeven dat het ZZI moet worden afgenomen door een gekwalificeerd inschaler. Deze inschaler dient opgeleid te zijn op het terrein van de gezondheids- en/of welzijnszorg en moet beschikken over een diploma in de humane wetenschappen (master of bachelor). Bovendien moet deze persoon reeds enige ervaring hebben met zowel psychodiagnostische methoden en technieken als met ondersteuning van personen met een handicap. Het is daarnaast noodzakelijk dat de inschaler een training heeft gevolgd in het afnemen van het ZZI en in het bijzonder in het correct afnemen van de Supports Intensity Scale. In het kader van de inschalingen voor het VAPH dient de inschaler deel uit te maken van een multidisciplinair team dat

een overeenkomst heeft met het VAPH en voldoet aan de kwaliteitseisen van het VAPH.

Bij de afname van het ZZI dienen de persoon met handicap zelf, de inschaler en minstens één (maar in de meeste gevallen twee) bijkomende informant(en) aanwezig te zijn. De aanwezigheid van twee informanten is noodzakelijk voor een correcte afname van de Supports Intensity Scale die onderdeel uitmaakt van het ZZI. Deze informanten moeten de persoon die ingeschaald wordt reeds drie maanden kennen (bij voorkeur langer) en moeten recent in de gelegenheid geweest zijn om deze persoon in een of meerdere settings gedurende langere tijd te observeren. Deze informanten moeten goed op de hoogte zijn van de specifieke ondersteuningsnoden van de in te schalen persoon.

'Het kan hierbij gaan om een familielid of naaste van de persoon met een handicap, een vaste begeleider, supervisor, leerkracht, kennis of vriend, iemand die samenwoont met de persoon met een handicap ...'

De persoon zelf kan als één van beide informanten optreden indien deze in staat is tot adequate zelfreflectie en communicatie.

Als ideale omstandigheid voor de inschaling wordt geadviseerd steeds zowel een informant uit het persoonlijk netwerk van de persoon als een informant uit professionele kring bij de inschaling te betrekken.

De inschaler moet voldoende informanten raadplegen om een goed zicht te krijgen op de ondersteuningsnoden van de persoon met een handicap. Hiervoor kan hij bijkomende informanten raadplegen.

Het ZZI kan het best worden omschreven als een set van schalen, instructies en beslissingsbomen die toelaat om eenduidig en objectiveerbaar de zorgzwaarte van iedere (meerderjarige) persoon met een handicap te drukken in een aantal parameters.

Er worden verschillende schalen gebruikt in het ZZI. Deze zijn de Schaal Intensiteit van Ondersteuningsbehoeften (Supports Intensity Scale), de Barthel ADL-index en de Elida schaal (vragenlijst zelfredzaamheid), de Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen, de Schaal Vanermen, en de Screeningslijst sociaal-emotioneel functioneren (zie 'schalen en items'). De resultaten van de verschillende schalen worden ingegeven in de geconstrueerde beslissingsbomen, wat uiteindelijk scores op de parameters begeleidingsintensiteit, permanentie en nachtpermanentie oplevert.

Er zijn twee protocollen ontwikkeld voor het ZZI aangezien uit de testfases bleek dat niet alle schalen voor iedere doelgroep een even goede indicator van zorgzwaarte zijn. Bij protocol A ligt het accent eerder op ondersteuningsnoden die het gevolg zijn van verstandelijke, cognitieve en/of gedragsmatige beperkingen. Bij protocol B gaat het over de noden die het gevolg zijn van motorische, fysieke of zintuiglijke beperkingen. Bij het bepalen van de zorgzwaarte zit het grote verschil tussen deze twee doelgroepen (en bijhorende protocollen) niet zozeer in de indicatoren op zich, maar eerder in de manier waarop deze indicatoren gemeten worden (met uitzondering van ondersteuningsnoden bij sociaal-emotioneel functioneren die niet in kaart worden gebracht in protocol B).

De gemiddelde afnameduur bij getrainde en ervaren inschalers bedraagt 126 minuten bij protocol A en 104 minuten bij protocol B.

- **Kwaliteit van de handleiding**

De handleiding beschrijft waarvoor het ZZI is bedoeld, namelijk het meten van zorgzwaarte van personen die een zorgvraag stellen aan het VAPH. Verdere gebruiksmogelijkheden of beperkingen worden per deelinstrument kort besproken.

De psychometrische gegevens zijn weergegeven in de handleiding.

Er is geen casusbeschrijving in de handleiding.

De verschillende schalen en deelinstrumenten worden afzonderlijk besproken in de handleiding. Hierbij gaat telkens aandacht naar het instrument als onderdeel van het ZZI, een korte voorstelling, de handleiding, praktische aanwijzingen en de afnameduur.

In de handleiding worden tenslotte instructies gegeven voor de afname van het ZZI. Zo wordt aangegeven wanneer welk protocol dient te worden gehanteerd, hoe het ZZI moet worden geïntroduceerd bij de personen met een handicap, in welke volgorde de schalen het best worden afgenomen en hoe de gegevens moeten worden teruggekoppeld. Ook per schaal zijn er richtlijnen geformuleerd.

- **Schalen en items**

Vragenlijst Zelfredzaamheid:

Met de Vragenlijst Zelfredzaamheid als onderdeel van het ZZI wordt de zelfredzaamheid van een persoon met een handicap als indicator van zorgzwaarte opgenomen. Deze vragenlijst is samengesteld op basis van twee vragenlijsten die peilen naar zelfredzaamheid, de Barthel ADL-index en de Elida-schaal. Beide vragenlijsten zijn geïntegreerd in deze Vragenlijst Zelfredzaamheid met 57 items en elf schalen. Om de basiszelfredzaamheid in kaart te brengen is de Barthel ADL-Index gebruikt. Naast de basiszelfredzaamheid wordt ook de algemene zelfredzaamheid in kaart gebracht. Dit gebeurt op basis van de Elida-schaal.

Deze schalen zijn opgenomen omdat uit het onderzoek bleek dat het aspect zelfredzaamheid nog onvoldoende tot uiting kwam in de globale SIS-scores.

Supports Intensity Scale:

Op basis van de SIS wordt mede de algemene ondersteuningsnood als indicator voor zorgzwaarte gemeten in het ZZI. De scores van de SIS worden gebruikt bij de bepaling van zowel bepaalde gradaties in begeleidingsintensiteit als in permanentie.

Schaal Vanermen:

Met de schaal Vanermen, ook wel vragenlijst (para)medisch verzorgende handelingen genoemd, worden de medische ondersteuningsnoden gemeten als indicator voor de zorgzwaarte. De auteurs vonden namelijk dat een aantal medische behoeften niet of onvoldoende aan bod komen in de SIS-scores.

Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen:

Uit eerdere testfasen van het ZZI bleek dat specifieke gedragsproblemen via de SIS onvoldoende aan bod komen. Om een ruimere inschatting te kunnen maken van de eventuele aanwezige gedragsproblemen werd de Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen opgenomen in het ZZI.

Screeningslijst sociaal-emotioneel functioneren:

In alle verzamelde feedback, zowel tijdens het project zorggradatie als tijdens de ontwikkeling van het ZZI, kwam het element sociaal-emotioneel functioneren naar voor als een belangrijke extra beïnvloedende factor bij het inschatten van de zorgzwaarte van een persoon met een verstandelijke handicap. Dit sociaal-emotioneel functioneren wordt in het ZZI ingeschaald op basis van de zelfontwikkelde Screeningslijst sociaal-emotioneel functioneren. Met deze screeningslijst kan duidelijk worden gemaakt dat er een belangrijke indicatie is voor een problematische discrepantie tussen iemands cognitief en sociaal-emotioneel functioneren.

- Normering

In de handleiding wordt de normering niet behandeld. Er kan wel worden vanuit gegaan dat de gradaties van parameters zijn opgebouwd op basis van de verschillende conceptfasen (zie theoretische achtergrond) van het ZZI. Dit betekent dat de parameterscores zijn bekomen op basis van een representatieve steekproef van het cliënteel van het VAPH. Hierover zijn echter geen verdere gegevens bekend op basis van de handleiding.

De normering is (vermoedelijk klinisch) kwantitatief van aard. De score op de verschillende schalen resulteren in een kwantitatieve score voor de verschillende parameters.

Conclusie:

- Klinisch kwantitatief

- Betrouwbaarheid

Geen informatie.

- Validiteit

Geen informatie.

- Kostprijs

Geen informatie.



## **Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF)**

*VGF. Experimentele gebruikershandleiding van de Vragenlijst gezinsfunctioneren.*

*NIZW/PI Research.*

*Ten Brink, van der Steege, van der Haar, Jagers, Veerman en Baartman.*

*2000, Utrecht: NIZW Uitgeverij.*

### **Beschrijving instrument**

#### ▪ Gebruiksdoel

Met de Vragenlijst gezinsfunctioneren (VGF) wordt informatie verzameld over het functioneren van gezinnen met (ernstige) opvoedingsproblemen. In de handleiding worden twee gebruikersdoelen geformuleerd:

1. De VGF als hulpmiddel bij het verzamelen en analyseren van informatie.

De VGF kan in de eerste plaats behulpzaam zijn in de fase van het verzamelen en analyseren van informatie. Op een aantal manieren kunnen de scores helpen een beeld van de problematiek in het gezin te vormen en samen met het gezin tot doelen te komen.

2. Nagaan of intensieve gezinshulp de meest gepaste hulp is.

3. De VGF als hulpmiddel bij het evalueren van behandelingen.

Bij elke evaluatie kan het zinvol zijn de VGF opnieuw in te vullen. De uitkomsten van de verschillende meetmomenten kunnen dan worden vergeleken en bezien of er vooruitgang, stagnatie of achteruitgang te zien is. In de evaluatie staat de vraag centraal of de behandeling zich richt op de goede gebieden.

De VGF bestaat uit 95 vragen, onderverdeeld in elf schalen die vier delen vormen (zie schalen en items).

De auteurs onderscheiden op drie niveaus van scores die kunnen worden geïnterpreteerd: het niveau van de totaalscore, van de schaal en van de individuele vragen.

Aan de hand van de totaalscore kan een antwoord worden gevonden op de vraag of thuisbehandeling wel mogelijk en/of nodig is. De totaalscore geeft in eerste instantie een indicatie van de ernst van de situatie in het gezin. Een hoge score duidt op relatief weinig problemen en een lage score op relatief veel problemen. In tweede instantie wordt deze score vergeleken met de norm. Op basis van cut off-criteria kan worden nagegaan of thuisbehandeling een afdoende aanbod is of dat aanvullende hulpverlening nodig is. Bij relatief veel problemen is het zaak dat expliciet met de teamleider of werkbegeleider wordt nagegaan of thuisbehandeling een afdoende aanbod is of dat aanvullende hulpverlening nodig is. De auteurs stellen dat het kind in deze situatie wellicht elders beter kan worden behandeld. Uit onderzoek blijkt dat deze vraag relevant is bij een totaalscore onder 2,69. Bij relatief weinig problemen, ofwel

een totaalscore boven de 3,55 is het goed om na te gaan of intensieve thuisbehandeling in het betreffende gezin niet te veel van het goede is.

Op schaalniveau toont het profiel van de VGF de visie van de hulpverlener op het huidige functioneren van het gezin. Dit kan een hulpmiddel zijn bij het stellen van doelen. Op het profielformulier zijn twee profielen voorgedrukt. Dit geeft het gebied aan (een standaarddeviatie boven en onder de gemiddelde scores) waarbinnen de gezinnen van intensieve ambulante gezinsbehandeling op de betreffende schalen scoren. Deze scores kunnen als checkmiddel worden gebruikt bij het stellen van doelen. De vraag die zich hier stelt is of de behandeling op de juiste aandachtspunten focust.

Tot slot kan het zinvol zijn op het niveau van de vragen de VGF te bekijken. De vragen kunnen afzonderlijk worden geanalyseerd door alle vragen die laag of hoog scoren eruit te lichten.

**Conclusie:** De VGF verzamelt informatie over verschillende domeinen op basis van 95 vragen die worden beoordeeld met een meerpuntenschaal. Het is de bedoeling dat de beoordelaar (hulpverlener) per vraag aangeeft in welke mate zich een probleem voordoet. De verschillende domeinen hebben betrekking op het functioneren van het gezin en opvoeding (basiszorg, sociale contacten, opvoedingsvaardigheden, veiligheid) en de ouders (jeugdbeleving, individueel functioneren, partnerrelatie). De vragenlijst vormt de basis van de verschillende eindscores.

De VGF maakt het mogelijk op basis van de totaalscore een uitspraak te doen of al dan niet een intensieve gezinsinterventie is aangewezen. Echter, dit geeft slechts in beperkte mate een indicatie van de benodigde hoeveelheid hulp. Het doet eerder een uitspraak over de vorm van de hulpverlening, met name intensieve gezinsinterventie.

Op basis van de domeinscores kan een inschatting worden gemaakt van de domeinen waarop de hulpverlening zich best richt.

- Doelgroep

Gezinnen met (ernstige) opvoedingsproblemen of multi-probleemgezinnen. De VGF is in eerste instantie gebruikt en verder ontwikkeld voor hulpverleners binnen de intensieve ambulante gezinsbehandeling. Volgens de auteurs is de vragenlijst mogelijk ook binnen andere hulpverleningsvormen te gebruiken.

**Conclusie:**

- Gezinnen
- (ernstige) opvoedingsproblemen of multi-probleemgezinnen

- (Theoretische) achtergrond

De VGF is het vervolg op de Probleem Inventarisatielijst (PIL). Deze vragenlijst uit 1987 werd ontwikkeld om de kenmerken van multi-probleemgezinnen in kaart te brengen. In 1994 is de PIL op een aantal punten gewijzigd. De vragenlijst is toen

uitgegeven als de Vragenlijst gezinsfunctioneren. Deze versie bestond uit 105 vragen die ware ondergebracht in vier clusters: basiszorg, sociaal netwerk, opvoeding en ouderfunctioneren. Naar aanleiding van een aantal problemen met de homogeniteitsbetrouwbaarheid van een aantal subschalen, is besloten om een aantal schalen te verwijderen en enkele nieuwe te introduceren. De vernieuwde indeling bestaat uit drie clusters met elk twee schalen en in totaal 65 vragen. Daarnaast zijn vijftien losse vragen uit de oorspronkelijke lijst overgenomen. Deze vragen zijn niet in schalen ondergebracht. De schaalindeling uit 1994 was psychometrisch meer verantwoord dan de oorspronkelijke indeling uit 1987. In de praktijk bleek deze echter onbevredigend. De schalen werden in de praktijk als te weinig aansprekend bevonden. Om deze reden is de besloten de schaalstructuur van de VGF nog eens te onderzoeken, met als resultaat de huidige VGF.

Op basis van literatuur nemen de auteurs enkele begrippen onder loep. De kenmerken van multi-probleemgezinnen komen aan bod. De auteurs besluiten dat er al met al nog veel onduidelijkheid bestaat over de definitie van multi-probleemgezinnen. Dit zou enerzijds te maken hebben met de afhankelijkheid van de definitie en waarden en opvattingen in de maatschappij. Anderzijds is er nog weinig gedegen onderzoek gedaan naar de gemeenschappelijke kenmerken van multi-probleemgezinnen. Concluderend wordt gesteld dat indien men een volledig beeld wil krijgen van het functioneren van een multi-probleemgezin, er aan zo veel mogelijk aspecten die door verschillende auteurs worden gevonden aandacht moet worden geschonken. Deze aspecten hebben betrekking op demografische gegevens, zorg en opvoeding, gezinsstructuur, sociaal netwerk, kenmerken van de ouder, werksituatie ouder, relatie tussen de ouders en kenmerken van het kind.

De hulpverlener als informant in het diagnostisch proces wordt eveneens doorgelicht. De auteurs wijzen op enkele gevaren die ermee gepaard gaan zoals een al te persoonsgebonden oordeel van de hulpverlener en verschillende hulpverleners die verschillende begrippenkaders hanteren. Bovendien stellen de auteurs dat er steeds meer vraag is naar gestandaardiseerde gezinsdiagnostische instrumenten.

Er wordt ingegaan op de reeds bestaande Nederlandse gezinsvragenlijsten voor hulpverleners. De combinatie van variabelen (COM-procedure), het Pedagogisch Signalerings Instrumentarium (PSI), de Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie (VSPS), het Gezinsdiagnostisch Screeningsinstrument (GSI) en de Vragenlijst Voor Ouderfunctioneren (VVO) worden kort besproken en vergeleken met elkaar en de VGF. De auteurs concluderen dat geen enkele van de vijf besproken vragenlijsten een breed beeld geeft van het functioneren van multi-probleemgezinnen. In vergelijking met de andere Nederlandse vragenlijsten geeft de VGF wel een breder beeld van multi-probleemgezinnen. Opvallend vinden de auteurs dat met name aspecten van het ouderfunctioneren door de VGF in kaart worden gebracht. Kenmerken van het kind en van de gezinsstructuur blijven in de VGF buiten beschouwing. Volgens de auteurs kan de VGF dan ook beter gezien worden als een vragenlijst die het ouderfunctioneren in multi-probleemgezinnen in kaart brengt.

In de discussie geven de auteurs aan dat een gedegen theoretische onderbouwing van de VGF ontbreekt. Dit zien zij als het zwak punt dat bij het gebruik ervan in gedachten moet worden gehouden.

Conclusie:

- Theoretisch kader
  - Geëvolueerd instrument
- 
- Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal

Papier-en-potlood.

In de handleiding wordt vermeld dat een professionele hulpverlener die het gezin goed kent en de mogelijkheid heeft in het gezin te observeren om voldoende informatie over alle gezinstaken van het gezin te verzamelen de VGF dient in te vullen.

De score op de VGF geeft de visie van de hulpverlener weer op het functioneren van het betreffende gezin, op het moment van invullen. Dit beeld biedt aanknopingspunten bij het opstellen van doelen en het evalueren van een behandeling (zie verder).

De vragenlijst bevat onder andere een moederdeel en een vaderdeel. De moeder- en vaderfiguur waarop de vragen uit deze delen van toepassing zijn hoeven niet per se de biologische ouders te zijn. In de VGF worden hiermee de personen bedoeld die op het moment van de invullen de verzorgende moeder- of vaderrol vervullen in het gezin. Welke delen worden ingevuld is afhankelijk van de samenstelling van het gezin. Indien geen moeder- of vaderfiguur aanwezig is in het gezin moet het overeenkomstige moeder- of vaderdeel niet worden ingevuld.

De vragenlijst kan in principe op elk moment in een behandeling worden ingevuld. Een voorwaarde hierbij is dat de hulpverlener over voldoende informatie over alle gezinstaken van het gezin beschikt, onder andere door observatie in het gezin. Een aantal momenten zou zich in het bijzonder verlenen voor het invullen van de VGF. Een eerste mogelijkheid is het moment dat de hulpverlener een beeld heeft van het gezin en doelen voor de behandeling met de gezinsleden opstelt. Vervolgens kan de VGF worden ingevuld op de momenten dat de hulpverlening wordt geëvalueerd. In de jeugdzorg zou dit volgens de auteurs eens om de zes maanden zijn. Ook na het afsluiten van de hulpverlening kan de VGF worden ingevuld. Bij opvolgmetingen moet de hulpverlener de meest recente situatie in het gezin als uitgangspunt nemen. Dit biedt vergelijkingsmogelijkheden waardoor veranderingen in het functioneren van het gezin (voortgang, stagnatie of achteruitgang) in kaart worden gebracht. Een belangrijk aandachtspunt dat wordt gegeven is dat de bij de opvolgmetingen de hulpverlener over voldoende actuele informatie over het gezin moet beschikken.

De vragen worden gescoord op een vijfpuntenschaal gaande van 'de uitspraak geldt geheel niet voor dit gezin' tot 'de uitspraak geldt zeer sterk voor dit gezin'. Indien een vraag niet kan worden ingevuld kan een aparte score worden gegeven. In de handleiding worden een aantal vragen uit de VGF toegelicht.

Het testmateriaal van de VGF bestaat uit een bundel die de verschillende delen met bijhorende instructies, vragen en scoringsmogelijkheden bevat. Vanachter in bundel

bevinden zich de toelichting bij de scoring van de VGF, de scoringsleutel en het VGF-profiel.

In de handleiding wordt geen informatie gegeven over de afnametijd van de VGF.

- **Kwaliteit van de handleiding**

Zowel de gebruiksmogelijkheden als enkele beperkingen zijn opgenomen in de handleiding. Voor de gebruiksmogelijkheden zie de sectie 'gebruiksdoel'. Mogelijke beperkingen van de VGF worden in de handleiding behandeld onder 'vijf kritische opmerkingen over de VGF'. Hieruit kan worden opgemaakt dat de VGF geen antwoord geeft op alle vragen die over een gezin te stellen zijn. Hierdoor zou de VGF vaak onderdeel zijn van een breder diagnostisch instrumentarium. Een andere mogelijke beperking is een beperkte interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Het kan namelijk gebeuren dat hulpverleners dezelfde situatie een andere score toekennen. Een derde beperking is een aantal onduidelijke en moeilijk te scoren vragen. De auteurs stellen dat deze vragen toch een waardevolle bijdrage leveren aan het beeld van het functioneren van een gezin. Er wordt wel aan tegemoet gekomen door een aantal vragen extra toe te lichten in de handleiding.

De onderzoeken naar en gegevens over de psychometrische gegevens worden in de handleiding beschreven in verschillende hoofdstukken.

De handleiding bevat aan een aantal instructies i.v.m. het invullen van de delen en vragen. Er worden een aantal voorbeelden van scores gegeven. Ook i.v.m. het berekenen van de verschillende scores worden instructies gegeven. Het gebruik van de VGF wordt aan de hand van een praktijkvoorbeeld geïllustreerd.

- **Schalen en items**

De 95 vragen van de VGF kunnen in elf schalen worden ondergebracht. Iedere schaal bevat vragen waarvan uit statistische analyses is gebleken dat ze iets zeggen over eenzelfde begrip. De elf schalen zijn:

Basiszorg:

De mate waarin er regelmaat in de dagstructuur van het gezin aanwezig is.

De mate waarin de kwaliteit van de leefomgeving van het gezin (woning, kleren, eten) en de verzorging voldoende is.

De mate waarin de ouders zorgen voor toezicht op hun kinderen.

Sociale contacten:

De mate waarin het gezin contacten heeft met officiële instanties, in de buurt en met familie en kennissen.

De mate van ondersteuning die het gezin van deze partijen ervaart.

Opvoedingsvaardigheden – moeder/vader:

De mate waarin de moeder/vader oog heeft voor en biedt wat de kinderen nodig hebben.

De mate waarin de moeder/vader de kinderen activeert en beloont.

De mate waarin de moeder/vader een positieve sfeer weet te creëren en plezier beleeft aan de kinderen.

De mate waarin de moeder/vader de kinderen leiding, ordening en structuur geeft en zich verantwoordelijk voelt voor de kinderen.

Veiligheid in het gezin – moeder/vader:

De mate waarin er sprake is (van vermoedens) van mishandeling en/of seksueel misbruik.

De mate waarin de moeder/vader de hiërarchische grenzen in een gezin kan hanteren.

De mate waarin de moeder/vader geen wens uiten/hebben tot uithuisplaatsing van het (de) kind(eren).

Jeugdbeleving – moeder/vader:

De mate waarin de moeder/vader positief gestemd is over haar/zijn jeugd.

De mate waarin moeder/vader vindt dat haar/zijn ouders het 'goed' hebben gedaan.

Individueel functioneren – moeder/vader:

De mate waarin de moeder/vader zich lichamelijk en psychisch 'gezond' voelt.

De mate waarin de moeder/vader de situatie in het gezin lijkt aan te kunnen.

De mate waarin de moeder/vader zichzelf competent vindt de situatie aan te kunnen.

Partnerrelatie:

De mate waarin de ouders zich door elkaar gesteund en gewaardeerd voelen.

De mate waarin er overleg is tussen de ouders en zij op één lijn zitten.

De mate waarin de ouders tevreden zijn over hun relatie.

De elf schalen zijn verdeeld over vier delen:

Deel A: Algemeen deel.

Deel B: Deel voor beide ouders.

Deel M: Deel voor de moeder.

Deel V: Deel voor de vader.

Welke delen worden ingevuld is afhankelijk van de samenstelling van het gezin. Wanneer in of buiten het gezin een vader- en moederfiguur aanwezig zijn, dan worden alle delen ingevuld. Indien alleen een moederfiguur aanwezig is, dan worden de A en

M ingevuld. Indien alleen een vaderfiguur aanwezig is, worden enkel de A en V delen ingevuld.

- Normering

Aan de hand van het scoringsformulier worden de totaalscores en schaalscores van een gezin vergeleken met een klinische normgroep. De normgroep bestaat uit gezinnen die intensieve ambulante gezinsbehandeling volgden. In de handleiding wordt niet expliciet ingegaan op de normgroep. Uit de gegevens met betrekking tot de psychometrische eigenschappen kan worden afgeleid dat de normgroep bestaat uit 677 gezinnen die aangemeld zijn voor een van volgende behandelingen: Families First, Intensieve Gezinsbehandeling, Zeer Intensieve Gezinsbehandeling, Videogezinstraining en Boddaert. Met deze normgroep kan de hulpverlener inschatten of intensieve gezinsbehandeling afdoende is of dat een lichtere of zwaardere vorm van hulpverlening geïndiceerd is.

Conclusie:

- Klinische kwantitatieve norm
- Voldoende groot normgroep

- Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de schalen en de totaalscore is gemeten aan de hand van principale componenten analyse. De interne consistentie (alfacoëfficiënt) varieert van 0,26 (Individueel functioneren vader) en 0,93 (Basiszorg), wat wisselend te noemen is. In totaal scoren drie schalen onder de 0,70: Individueel functioneren moeder (0,66), Veiligheid in het gezin vader (0,64) en Individueel functioneren vader (0,26).

De alfacoëfficiënt van de totale lijst, berekend over 111 vragenlijsten, is hoog: 0,94. In deze analyses werden enkel vragenlijsten betrokken waarbij voldoende vragen werden ingevuld. Voldoende betekent: twee of minder oningevulde vragen bij de delen A, M en V, één of geen oningevulde vraag bij deel B.

In het hoofdstuk vier (Deel 1) van de handleiding staat te lezen dat het kan gebeuren dat er veel verschil is in beoordeling van situaties tussen hulpverleners. Er worden geen onderzoeksresultaten gepresenteerd om dit te onderbouwen. Echter, het wijst op een mogelijk probleem voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Conclusie:

- Inter-itemrelatie: voldoende scores gevonden in buitenlandsonderzoek
- Interbeoordelaar: slecht/onduidelijk
- Test-hertest: geen informatie

- Validiteit

Twee soorten validiteit zijn onderzocht: de begripsvaliditeit en de criteriumgeoriënteerde validiteit.

Om te bepalen of de gevonden clusters en schalen werkelijk bepaalde aspecten van het gezinsfunctioneren meten, is de samenhang berekend tussen scores op de gevonden clusters en schalen van de VGF met scores op schalen van andere vragenlijsten over het gezinsfunctioneren (begripsvaliditeit). Het betreft de Nijgeemse Ouderlijke Stress Index (NOSI) en de Vragenlijst Meegemaakte gebeurtenissen (VMG). Daarnaast zijn de correlaties berekend tussen scores op de VGF en de Child Behavior Checklist (CBCL). De correlaties tussen de clusters en schalen van de VGF enerzijds en de CBCL, NOSI en VMG anderzijds zijn erg laag (gemiddeld -0,01, variërend van -0,23 tot 0.13). Geen van de correlaties is significant. Deze resultaten geven geen ondersteuning voor de begripsvaliditeit van de VGF. Verklaringen die worden gegeven zijn het verschil in informanten en de aard van de onderzoeksgroep.

Het onderzoek naar de criteriumgeoriënteerde validiteit levert wel betekenisvolle resultaten op. Er is nagegaan in hoeverre de gevonden schalen en clusters onderscheid maken verschillende soorten hulpbehoevende gezinnen. Een aantal schalen laten relevante verschillen tussen de groepen (Families First, Intensieve Gezinsbehandeling, Zeer Intensieve Gezinsbehandeling, Videogezinstraining en Boddaert) zien. De auteurs geven zelf aan dat de criteriumgeoriënteerde validiteit nog nader onderzocht zou moeten worden met grotere groepen gezinnen per behandelvorm. Daarbij zou ook de diversiteit van de behandelvormen uitgebreid kunnen worden.

### Conclusie:

- Begripsvaliditeit: slechte validiteitsgegevens
  - Criteriumvaliditeit: voldoende validiteitsgegevens op basis van één soort onderzoek
- 
- Kostprijs<sup>4</sup>

Handleiding: 14 euro.

Vragenlijst set van 25 exemplaren: 29 euro.

---

<sup>4</sup> Bron: [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

## **De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie**

*De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie. Handleiding bij het gebruik van de VSPS. Versie 4.2.*

*E.M. Scholte*

*2000, Delft: Eburon.*

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

De auteurs stellen dat een hulpverlener met behulp van de VSPS een jeugdige met psychosociale (gedrags)problemen een geschikt hulpaanbod kan doen. Doorheen de handleiding worden meerdere gebruiksdoelen geformuleerd:

#### 1. Inventariseren van de probleemsituatie van een jeugdige

Aan de hand van een meervoudig risicomodel kan de psychosociale (probleem)situatie van jeugdigen in kaart worden gebracht. De VSPS verzamelt, inventariseert psychosociale (probleem)factoren van een jeugdige. Dit kan aanleiding geven om bepaalde onderdelen nader te onderzoeken. De gegevens van zo een aanvullend onderzoek kunnen in de probleeminventarisatie worden opgenomen.

#### 2. Bepalen van hulpdoelen

Het VSPS-risicoprofiel kan niet alleen inzicht geven in de kern van de probleemsituatie van de jeugdige, maar ook bijdragen aan de bepaling van de doelen van de hulpverlening. Omdat het VSPS-risicoprofiel een overzicht geeft van de probleemsituatie van de jeugdige, kan de hulpverlener de doelen eenvoudigweg bepalen door bij elke VSPS-risicofactor na te gaan of een vermindering van het gesignaleerde risico tot een zinvolle eindsituatie van hulpverlening leidt.

#### 3. Bepalen welke vorm van hulp nodig is

Doelen en middelen zijn in de VSPS nauw verbonden. Bepaalde doelen (of klassen van doelen) verwijzen doorgaans naar bepaalde middelen (of klassen van middelen). Het bepalen van middelen ligt in het verlengde van het bepalen van de doelen. Het bestaat namelijk uit het aangeven van de weg waarlangs de hulpverlener het doel denkt te bereiken. De VSPS maakt geen lineaire afleiding van doelen naar middelen. Het doet wel suggesties omtrent in te zetten hulpmiddelen. Dit gebeurt op basis van gemiddelde risicoprofielen van groepen jeugdigen die een bepaald type hulp kregen. Door het VSPS-profiel van voor hulp aangemelde individuele jeugdigen te vergelijken met deze 'gemiddelde' profielen, krijgt men een indruk van het soort hulp dat in zulke situaties 'doorgaans' aangeboden wordt.

Het vertalen van de normprofielen is volgens de auteurs echter, door het grote aantal risicofactoren van de VSPS, in de praktijk geen eenvoudige zaak. Daarvoor is in een

tabel weergegeven welke probleemkenmerken (aard en intensiteit) de diverse hulpvormen (pleeggezin, therapie ambulant, thuisbehandeling, normaal tehuis, behandelingstehuis of intensief tehuis) typeren.

#### 4. Bepalen van het effect van de hulpverlening

Via follow-up vergelijking van de VSPS-risicoprofielen van individuele jeugdigen, kan worden bepaald of over een periode vooruitgang werd geboekt, en ja, op welk gebied.

Met de VSPS als registratie-instrument worden de risicofactoren in de psychosociale leefsituatie van voor hulp aangemelde jeugdigen in kaart gebracht. Dit vindt plaats door de in het meervoudig risicomodel gespecificeerde risicofactoren onder elkaar te zetten, en aan te geven welke factoren een gunstige, of een ongunstige invloed hebben op de (gedrags)ontwikkeling van de jeugdige.

De VSPS is opgebouwd volgens een piramidestructuur (zie schalen en items). De top is onderverdeeld in vier hoofdgebieden. Deze hoofdgebieden zijn elk onderverdeeld in een aantal onderwerpen, dat op zijn beurt weer bestaat uit een aantal concrete vragen (beoordeeld met een meerpuntenschaal de mate waarin het bevraagde kenmerk voorkomt: gaande van niet of nauwelijks tot zeer duidelijk of wekelijks tot dagelijks aanwezig).

Het eerste hoofdgebied heeft betrekking op algemene gegevens. Het gaat hier om demografische en biografische gegevens van de jeugdige en het gezin.

Het tweede hoofdgebied beslaat de persoon van de jeugdige (gedragsontwikkeling, gezondheid en persoonlijkheid). Deze deelgebieden zijn eveneens onderverdeeld in meerdere factoren.

Hoofdgebied drie betreft de sociale omgeving van de jeugdige. Er wordt gepeild naar het functioneren van het primaire, secundaire en tertiaire leefmilieu van de jeugdige. Ook deze deeldomeinen worden in factoren geoperationaliseerd.

Hoofdgebied vier is het hulpverleningsplan. De eerste drie hoofdgebieden geven de feiten weer over de psychosociale (gedrags)problemen van de jeugdige, en de achtergronden en de mogelijke oorzaken daarvan. De volgende stap is het uitschrijven van een plan van actie ter verbetering van de probleemsituatie. Dit vindt plaats in het hulpverleningsplan.

Het totaalbeeld van (risico)factoren wordt het 'VSPS-risicoprofiel' genoemd. Dit profiel is identiek aan het VSPS-profielformulier. Het verschil is echter dat de gebruiker nu het risico op de diverse factoren heeft aangegeven.

Profiel- of risicoscores kunnen waarden aannemen van nul (risico niet aanwezig; het bijhorende aspect vormt geen probleem; er is geen hulp nodig) tot en met vijf (risico zeer duidelijk aanwezig; het bijhorende aspect vormt een groot probleem; er is dringend hulp nodig). Deze scores bevatten de mate waarin een bepaalde risicofactor een probleem vormt en aandacht van de hulpverlening behoeft.

De mate waarin een bepaalde risicofactor bedreigend is, wordt mede bepaald door de ontwikkelingsfase waarin de jeugdige zich bevindt. In de handleiding worden de belangrijkste fasespecifieke ontwikkelingsproblemen beschreven. Zwakke en sterke psychosociale aspecten kunnen worden opgespoord door het risicoprofiel van een bepaalde jeugdige te vergelijken met de profielen van wie de biografische kenmerken (leeftijd, sekse, en dergelijke) vergelijkbaar zijn. Deze vergelijking vindt plaats in het zogeheten genormeerde VSPS-risicoprofiel.

Verder moet worden opgemerkt dat lage scores een bijzondere positie innemen. Deze impliceren dat het desbetreffende aspect niet of nauwelijks een probleem is. In zo een geval is het zinvol na te gaan of dat aspect als een beschermende factor kan worden gebruikt.

Toegekende risicoscores worden op het VSPS-profielformulier afgedrukt achter de bijhorende VSPS-factoren. Ze worden ook grafisch weergegeven als een balkje, dat langer is naarmate het toegekende risico. Het computerprogramma van de VSPS kan genormeerde VSPS-profielscores afdrukken. Op dit profiel drukt een balkje naar rechts een relatief problematisch aspect uit. Een balkje naar links duidt op een relatief gunstig aspect.

De VSPS heeft daarnaast ook als doel het bepalen van de hulpdoelen en hulpmiddelen voor de jeugdige. Dit gebeurt op basis van het procesmatig model 'planmatig werken' zoals verduidelijkt in de sectie 'theoretische achtergrond'.

Het voornemen om binnen een vastgelegde periode bepaalde doelen of eindsituaties te bereiken, vormt een essentiële voorwaarde van het planmatig handelen. Het doelgericht handelen zelf bestaat uit het inzetten van geschikte middelen. Het VSPS-risicoprofiel kan bijdragen aan de bepaling van de doelen van de hulpverlening. De kern van een planmatige hulpverlening bestaat uit het op doelgerichte wijze verbeteren van de psychosociale probleemsituatie van de jeugdige. Omdat het VSPS-risicoprofiel een overzicht geeft van de probleemsituatie van de jeugdige, kan de hulpverlener de doelen eenvoudigweg bepalen door bij elke risicofactor na te gaan of een vermindering van het gesignaleerde risico tot een zinvolle eindsituatie van hulpverlening leidt.

Daarbij geldt weer als regel dat hoe hoger een VSPS-profiel score is, hoe problematischer het bijhorende aspect. In principe kan een hulpverlener de doelen van de hulpverlening derhalve bepalen door alle VSPS-risicofactoren met een score van 3 en hoger naast elkaar te zetten en zich vervolgens af te vragen of vermindering van de gesignaleerde problemen op de korte dan wel op de lange termijn een wenselijke eindsituatie vormt.

De verwezenlijking van deze doelen wordt nagestreefd met het inzetten van geschikte middelen. Daarbij geeft de term 'geschikt' al aan dat er een nauwe samenhang bestaat tussen doelen en middelen. De bepaling van de hulpverlening ligt in het verlengde van het bepalen van de doelen. Het bepalen van de hulpmiddelen bestaat volgens de auteurs uit het aangeven van de weg waarlangs de hulpverlener het doel (beoogde eindsituatie) denkt te kunnen bereiken: door welke activiteit of middelen welke voorzieningen kunnen de gesignaleerde problemen verminderen, of welke inzet leidt tot de gewenste psychosociale eindsituatie.

De VSPS heeft hiervoor gemiddelde profielen ontwikkeld van groepen jeugdigen die een bepaald type hulp kregen. Door het VSPS-profiel van voor hulp aangemelde jongeren te vergelijken met deze gemiddelde profielen krijgt men een indruk van het soort hulp dat in zulke situaties doorgaans wordt aangeboden. Daarnaast weet men ook welk type jeugdige gemiddeld gezien welk soort hulp krijgt. Dit zou de keuze voor het hulpaanbod vergemakkelijken. Het is echter niet zo dat het gemiddelde hulpaanbod per definitie ook het meest effectieve is. De auteurs geven hiervoor als reden aan dat van veel middelen in de jeugdhulpverlening het effect nog niet werd onderzocht. Hierdoor is het niet mogelijk om koppelingen te maken in de trant van: bij problematiek X heeft hulpaanbod Y het meeste succes.

Er worden gemiddelde VSPS-risicoprofielen weergegeven voor pleeggezinplaatsing, ambulante psychotherapie, begeleiding of behandeling thuis, opname in een tehuis voor opvoeding en verzorging, opname in een behandelingstehuis, en opname in een rijksinternaat voor intensieve behandeling. Deze gemiddelde VSPS-risicoprofielen worden daarnaast ook gecompriëerd aangeboden. In deze profielen worden de risicofactoren nu per risicogebied (aspect) samengenomen.

Vooralsnog heeft het opgestelde hulpplan slechts nog een theoretisch of 'ideaal' karakter. Het plan moet volgens het schema van het planmatig werken ook nog praktisch haalbaar zijn. Niet alleen moeten de vooropgestelde oplossingen voorhanden zijn, ook moet de cliënt bereid zijn om met het hulpaanbod in zee te gaan. Alvorens het 'ideale' hulpplan feitelijk uitgevoerd kan worden, dient vastgesteld te worden of het cliëntstelsel het voorgestelde hulpaanbod aanvaardt.

Conclusie: Met de VSPS worden verschillende risicofactoren bij de jeugdige en zijn omgeving ingeschaald (met een meerpuntenschaal) om een inschatting te maken van de benodigde hulpverlening. De risicofactoren hebben betrekking op het gedrag, de gezondheid en de persoonlijkheid van de jeugdige, op het functioneren van het primaire, secundaire en tertiaire leefmilieu.

Het invullen van de VSPS levert een risicoprofiel op waarbij alle verschillende risicofactoren een score van 1 tot 5 krijgen toebedeeld. Zo wordt per factor de mate aangegeven waarin een bepaalde risicofactor een probleem vormt en aandacht van de hulpverlening behoeft. Zo doet de VSPS een uitspraak over factoren/domeinen met nood aan ondersteuning/hulp.

Een uitspraak over de benodigde hulpverlening op basis van de VSPS gebeurt door het vergelijken van gemiddelde profielen met het profiel van een voor hulp aangemelde jeugdige. Er worden gemiddelde profielen aangeboden voor een zestal hulpverleningsvormen. Er wordt geen expliciete uitspraak gedaan over de hoeveelheid benodigde hulp maar dit zit wel impliciet vervat in de hulpverleningsvormen waarvoor een profiel beschikbaar is.

- Doelgroep

De doelgroep bestaat uit jeugdigen met psychosociale problemen die voor hulp zijn aangemeld. De VSPS is bedoeld voor hulpverleners die werkzaam zijn in de psychosociale jeugdzorg.

De uitgebreide versie (zie verder) van de VSPS is van toepassing op kinderen vanaf 6 jaar (of eigenlijk 4).

De korte versie (zie verder) van de VSPS is wel geschikt voor de basisdiagnostiek (inventarisatie van de psychosociale probleemsituatie) bij kinderen onder de 6 jaar. Ook bij jonge kinderen kunnen immers de VSPS-risicofactoren in kaart worden gebracht. De betrouwbaarheid van de korte VSPS is geringer dan die van de uitgebreide. De korte VSPS geeft wel een betrouwbaarder beeld dan diagnostiek zonder het gebruik van de VSPS.

Conclusie:

- (4) 6 tot 18 jarigen
- Psychosociale problemen
  
- (Theoretische) achtergrond

De VSPS beoogt een oplossing te bieden voor een probleem dat vanuit de samenleving wordt aangekaart. Er klinkt volgens de auteurs een roep om meer duidelijkheid over de kwaliteit van de orthopedagogische hulpverlening aan jeugdigen met psychosociale (gedrags)problematiek.

Het gebruik van de VSPS in de praktijk heeft in de afgelopen jaren een aantal suggesties ter verbetering opgeleverd. Deze werden grotendeels in de laatste versie 4.2 verwerkt. Naast vele detailverbeteringen vond een aantal belangrijke wijzigingen plaats.

In de handleiding wordt de theoretische achtergrond van de VSPS beschreven. Om jeugdigen met psychosociale problemen een geschikt hulpaanbod te kunnen doen, dient de hulpverlener informatie te hebben over de psychosociale (probleem)situatie van de jeugdige. Alvorens hulpverlening gericht in gang kan worden gezet dient eerst een analyse van de (probleem)situatie van de jeugdige te worden gemaakt. Dit wordt 'basisdiagnostiek' genoemd.

De problemen van de jeugdigen in voorzieningen voor psychosociale jeugdzorg zijn doorgaans echter zeer uiteenlopend van aard. Verder kunnen allerlei aspecten in de leefsituatie van de jeugdige, in steeds wisselende mate, een rol spelen bij het tot stand komen en het in stand houden van de problemen. Daarnaast kunnen ontwikkelingsbedreigende omstandigheden op het ene gebied soms worden vereffend door gunstige omstandigheden op en een ander gebied.

Door deze complexiteit is basisdiagnostiek vaak geen eenvoudige zaak. De vraag die zich dan ook voordoet is: op welke aspecten moet in de basisdiagnostiek precies worden gelet? De VSPS biedt het antwoord hierop met het meervoudig risicomodel (Scholte, 1991), dat de basis vormt van de VSPS. Het kent drie niveaus van algemeenheid. Het hoogste niveau geeft de algehele samenhang weer tussen de belangrijke risicogebieden die een rol spelen in de psychosociale (gedrags)ontwikkeling van jeugdigen: namelijk het gedrag, de persoonlijkheid, het gezinsmilieu, de schoolsituatie, de vrije tijd en de vriendengroep. Er wordt een

onderscheid gemaakt tussen structurele en veranderbare factoren en tussen risico- en beschermende factoren. Het middelste niveau expliciteert welke risicofactoren op elk niveau van deze vijf hoofdgebieden een rol spelen. Onder de structurele risicofactoren vallen een aantal biologisch-genetische, sociaal-structurele en individueel-historische risicokenmerken. De veranderbare risicofactoren bevatten risicokenmerken van internaliserend en externaliserend gedrag, gezinsfactoren, schoolfactoren, vriendengroep en persoon van de jeugdige. Het laagste niveau geeft weer uit welke kenmerken de risicofactoren van het middelste niveau zijn opgebouwd. Deze elementaire risicokenmerken worden in kaart gebracht met de VSPS-itemlijsten. De ontwikkeling van gedrags- en emotionele problematiek bij jeugdigen kan aan de hand van dit model worden geschetst. Er wordt uitgegaan van een samenhang tussen de risicofactoren. Zo is er wederzijdse causaliteit en kan probleemgedrag van de jeugdige als risicofactor worden beschouwd.

Door de psychosociale (probleem)situatie van jeugdigen systematisch aan de hand van het meervoudig risicomodel te onderzoeken, kan worden voorkomen dat er probleemfactoren of gunstige omstandigheden over het hoofd worden gezien. De probleeminventarisatie dient echter niet alleen systematisch te verlopen, maar moet ook zo objectief mogelijk zijn. De VSPS werd ontworpen om de basisdiagnostiek in dit opzicht te ondersteunen.

De brede inventarisatie kan aanleiding geven om bepaalde onderdelen nader uit te diepen met behulp van psychodiagnostisch onderzoek. Omdat het hier gaat om een diepgaande analyse van bepaalde onderdelen van de psychosociale situatie van de jeugdige, wordt dit aanvullend onderzoek aangeduid met de term 'specifieke diagnostiek'. Ook deze gegevens worden in de probleeminventarisatie van de VSPS opgenomen.

De verzamelde gegevens worden vervolgens zodanig samengevat dat een overzicht ontstaat van de sterke en zwakke aspecten, zowel in de persoon van de jeugdige als in diens sociale omgeving. Het aldus verkregen inzicht in de kern van de probleemsituatie wordt de basisdiagnose genoemd.

Dit inzicht kan vervolgens worden gebruikt om te bepalen welke vorm van hulp nodig is. Het bepalen van de vorm en de intensiteit van hulpverlening die de beste oplossing geeft voor de problemen van de jeugdige wordt de 'indicatiestelling' genoemd. De hulpverlening aan jeugdigen met psychosociale (gedrags)problematiek wordt niet zomaar in gang gezet, maar heeft uitdrukkelijk de bedoeling de probleemsituatie van de jeugdige te verbeteren. In de basisdiagnostiek wordt de oorzaak van de problemen opgespoord en in de indicatiestelling wordt aangegeven welke hulp de meeste kansen biedt om de probleemsituatie te verbeteren. Bij de indicatiestelling gaat de hulpverlener er dus vanuit dat de vooropgestelde oplossing effectief zal zijn. Kenmerkend voor een professionele aanpak van de hulpverlening is dat deze doelgericht of planmatig plaatsvindt.

In grote lijnen kan planmatig werken in de hulpverlening worden onderverdeeld in vier fasen: problemdiagnose, opstellen hulpverleningsplan (bepalen hulpverleningsdoelen, bepalen hulpmiddelen, bepalen haalbaarheid), uitvoeren hulpplan en periodieke evaluatie.

Conclusie:

- Theoretisch kader
- Geëvolueerd instrument

- Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal

Computer-based.

Er worden geen expliciete eisen gesteld i.v.m. de testleider. In het hoofdstuk 'psychometrische aspecten' is wel te lezen dat het gebruik van de korte VSPS hogere eisen aan de beoordelaar stelt (zeer goed ter zake onderlegd en getraind zijn). Bij de doelgroepbeschrijving werd reeds aangehaald dat de VSPS is bedoeld voor hulpverleners in de psychosociale jeugdzorg. Het is deze hulpverlener die de VSPS dient in te vullen.

Op basis van welke informatie of informanten dit dient te gebeuren wordt niet aangegeven in de handleiding. De wijze waarop de informatie moet worden verzameld is onduidelijk.

De VSPS kent een korte en een uitgebreide procedure om de scores te bekomen. In de uitgebreide procedure vult de gebruiker voor elke VSPS-risicofactor een korte achterliggende vragenlijst in (itemlijst). Deze bestaat telkens uit vijf tot negen vragen. De antwoordalternatieven in deze lijsten hebben een getal meegekregen lopend van nul tot en met drie. Op basis van de gegeven antwoorden wordt vervolgens een risicoscore berekend. In grote lijnen kent de VSPS twee soorten vragen, namelijk vragen zonder voorgestructureerde antwoordmogelijkheden (open vragen) en vragen met voorgestructureerde antwoordmogelijkheden (meerkeuzevragen). In de korte procedure beoordeelt of scoort de gebruiker direct, zonder hulp van de achterliggende VSPS-itemlijsten, in welke mate de VSPS-factoren een risico inhouden.

Het VSPS-risicoprofielformulier bestaat uit enkele bladzijden A4, waarop de scores op alle risicofactoren van het meervoudig risicomodel onder elkaar zijn gezet. Per factor vermeldt een score welk risico er is. Op deze wijze ontstaat een breed zicht van de gunstige en ongunstige factoren in de psychosociale (probleem)situatie van de jeugdige. In de praktijk komen de profiel- of risicoscores overeen met de mate waarin een bepaalde factor een probleem vormt en aandacht van de hulpverlening behoeft.

Het VSPS-profielformulier is samen met de vragenlijsten van de korte en de uitgebreide procedure ondergebracht in het computerprogramma VSPS (MS-DOS en WINDOWS versie). Er is voor beide programma's een uitgebreide gebruikershandleiding bijgevoegd in de bijlage van de handleiding. Deze gebruikershandleiding bevat instructies voor de installatie van het programma, het starten van het programma, het invoeren van gegevens en hoe het VSPS-risicoprofiel kan worden benaderd.

Het invullen van de korte VSPS kost ongeveer een half uur tot een uur. Het invullen van de uitgebreide VSPS neemt gemiddeld 2 tot 4 uur in beslag. De tijd die het kost

voor het verzamelen van de gegevens voor het invullen van de vragenlijst, is hierin nog niet opgenomen<sup>5</sup>.

- Kwaliteit van de handleiding

De handleiding bevat heel wat informatie over de te volgen procedure en de verschillende onderdelen. In hoofdstuk één wordt het doel en de achtergrond beschreven. Vervolgens wordt beoogd richtlijnen te geven voor het gebruik van de VSPS. Hoofdstuk twee omschrijft het meervoudig risicomodel. In hoofdstuk drie wordt de opbouw van de VSPS als diagnostisch registratie-instrument beschreven. Hoofdstuk vier behandelt het planmatig handelen in de jeugdhulpverlening en het daarop geënte hulpverleningsplan. Hier wordt ook vermeld hoe de VSPS bij de indicatiestelling kan worden gebruikt. Hoofdstuk vijf geeft de definities van de begrippen van de VSPS en het risicoprofiel weer. Hoofdstuk zes tenslotte beschrijft een aantal psychometrische kenmerken van de VSPS.

In de handleiding wordt geregeld gebruik gemaakt van casussen.

De gebruiksmogelijkheden (zie hierboven) worden niet overzichtelijk weergegeven maar zijn doorheen de handleiding wel te achterhalen. Ook beperkingen worden niet overzichtelijk behandeld. In het kader van huidig onderzoek heeft de belangrijkste beperking die wordt gegeven betrekking op de normprofielen. De gepresenteerde profielen zijn ontleend aan gemiddelde probleemsituaties van jeugdigen die in een bepaalde voorziening werden geplaatst. In de gepresenteerde normeringen wordt derhalve verondersteld dat jeugdigen met psychosociale gedragsproblemen gemiddeld gezien in een op hun problematiek toegesneden voorziening werden geplaatst. Nog niet ingecalculeerd is of de diverse hulpvoorzieningen ook daadwerkelijk gunstig effect hebben op de ontwikkeling van de jeugdigen. Daarnaast zal het verband tussen het VSPS-profiel en het hulpaanbod in de praktijk niet zo rechtlijnig zijn als de normprofielen wellicht suggereren. Dat is het gevolg van de meervoudige bepaaldheid van psychosociale problematiek, de wisselende beschikbaarheid van hulpvormen en de persoonlijke inbreng van de hulpverlener en de cliënt.

- Schalen en items

De VSPS is opgebouwd volgens een piramidestructuur. De top is onderverdeeld in vier hoofdgebieden. Deze hoofdgebieden zijn elk onderverdeeld in een aantal onderwerpen, dat op hun beurt weer bestaat uit een aantal concrete vragen.

---

<sup>5</sup> Bron: [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

- Hoofdgebied 1: Algemene gegevens

Het gaat hier om de demo- en biografische gegevens van de jeugdige en zijn gezin. Het betreft de leeftijd, sekse, etniciteit, sociaal-economische status en dergelijke.

- Hoofdgebied 2: Gedrag, gezondheid en persoonlijkheid

Dit gebied beslaat de persoon van de jeugdige.

Het betreft hier allereerst de gedragsontwikkeling van de jeugdige dat is onderverdeeld in drie groepen met in totaal negen risicofactoren. De eerste groep risicofactoren verwijst naar de op de eigen persoon gerichte (internaliserende, emotionele of intrapsychische gedragsproblemen, zoals somberheid, angsten en sociale angst. De tweede groep omvat de op de buitenwereld gerichte (externaliserende of 'acting out') gedragsproblemen, zoals overbeweeglijk, agressief en anti-sociaal gedrag. De derde groep heeft betrekking op overige psychosociale gedragsaspecten zoals ontwikkelingsachterstanden, randpsychiatrische klachten en seksuele gedragsproblematiek.

Verder wordt een aantal vragen gesteld over eventuele gezondheidsproblemen van de jeugdige. De factor gezondheid van de jeugdige wordt opgesplitst in twee onderdelen, met name 'vroegere ontwikkeling' en 'actuele gezondheid'. Onder de risicofactor vroegere ontwikkeling worden alle risicovolle levensgebeurtenissen en ontwikkelingsproblemen gerangschikt die in het verleden plaatsvonden zoals problemen tijdens de zwangerschap, ziekenhuisopname, problemen bij de geboorte, ontwikkelingsachterstanden en dergelijke. Onder de risicofactor actuele gezondheid worden alle gezondheidsproblemen gerangschikt waarmee de jeugdige rond de aanmelding kampte, inclusief zindelijkheidsproblemen, evenals alle gebeurtenissen die wijzen naar gezondheidsklachten in het heden.

Voorts bestaat de mogelijkheid om psychiatrische klachten te vermelden en wordt een aantal persoonlijkheidskenmerken geïnventariseerd. Dit verwijst naar die persoonlijkheidskenmerken van de jeugdige, die in combinatie met ongunstige omgevingscondities het risico verhogen op psychosociale gedragsproblematiek. Het betreft de volgende aspecten: problematische zelfcontrole, problematisch zelfbeeld, problematische zelfbepaling en ineffectieve zelfhandhaving.

- Hoofdgebied 3: Sociale omgeving

Dit gebied betreft de sociale omgeving van de jeugdige.

Als eerste wordt gevraagd naar het functioneren van het primaire leefmilieu en de bronnen van steun en stress die zich daarin voordoen. Onder het primaire leefmilieu wordt de sociale leefeenheid verstaan, die op het moment van de aanmelding van de jeugdige de primair verzorgende functie voor hem vervult.

Er zijn enkele structurele aspecten van het primaire leefmilieu (sociaal-structurele aspecten van de leefeenheid die niet of moeilijk via psychosociale interventies te

wijzigen zijn). Het gaat hierbij om zaken als inkomen, arbeidssituatie, gezinsvolledigheid, gezinsomvang en dergelijke.

Problemen van primaire opvoeders is een ander aspect van het primaire leefmilieu dat aan bod komt. Het omvat emotionele, gedrags- en persoonlijke problemen van de primaire opvoeders.

Een volgend aspect zijn de problemen met broers en/of zussen (alle thuis- en niet thuiswonenden). Ook dit aspect omvat de emotionele, gedrags- en persoonlijke problemen.

Het onderdeel risicovolle gezinsaspecten heeft betrekking op de probleemaspecten in het gezin van de jeugdige, die samenhangen met problematische onderlinge relaties of omgang tussen de leden van het gezin. Het betreft de risicofactoren relatie primaire opvoeders, opvoeder-kind relatie, overige gezinsrelaties, gezinscommunicatie, gedragsbegeleiding, opvoedingsstijl en opvoedingsklimaat.

Het sociaal netwerk en sociale steun zijn andere aspecten van het primaire leefmilieu die worden bevraagd. Hier worden de risicofactoren gebrek aan sociale steun gezin en gebrek aan sociale steun jeugdige onderscheiden.

Ten slotte zijn er enkele bijzondere risicofactoren (in het gezin). Het betreft risicofactoren in volgende onderdelen: bijzondere risicofactoren, culturele verschillen, pedagogische onmacht, vroegkinderlijke verwaarlozing, mishandeling, seksueel misbruik, eerste hulpverlening en (eerder en actuele) politie- en justitiecontacten.

Nadien wordt gevraagd naar het functioneren van het secundaire leefmilieu. Dit verwijst naar de school die de jeugdige rond de aanmelding bezocht of naar het werk dat hij op dat moment had.

De risicofactoren zijn weerhouden bij de onderdelen schoolmotivatie, schoolprestaties, gedragsproblemen op school, relaties met klasgenoten, relaties met leerkrachten, onderwijsstijl, leerachterstanden, werkmotivatie, relaties op het werk en toekomstbeeld.

Het tertiaire leefmilieu komt eveneens aan bod. Dit verwijst naar de vrijetijdssituatie van de jeugdige. De risicofactoren op dit gebied hebben betrekking op problemen in de besteding van de vrije tijd en op de moeilijkheden in de omgang met leeftijdsgenoten die in de vrije tijd worden ontmoet. Specifiek betreft het de factoren vrijetijdsbesteding, relaties met leeftijdsgenoten, vriendengroep en probleemgedrag van de vrienden/kennissen.

- Normering

Er zijn zowel absolute (klinisch kwalitatieve) als empirische (klinisch kwantitatieve) normen beschikbaar voor de VSPS. Bij de korte versie van de VSPS werd via afspraken een betekenis aan de VSPS-scoregetallen toegekend. Zo betekent een profielscore nul dat er geen hulp nodig is, en score drie dat hulp nodig is en een score van vijf dat direct hulp nodig is. Bij de korte VSPS hebben de profielscores dus bij elke

factor en voor iedere jeugdige dezelfde betekenis. Dit wordt in de VSPS een theoretische of absolute normering genoemd.

Bij de empirische normering worden individuele testscores vergeleken met de scores die in normgroepen werden behaald. Indien de VSPS-vragenlijsten een achterliggende itemlijst hebben, kan het computerprogramma desgevraagd genormeerde risicoscores berekenen. De gebruikte steekproef betreft een groep van 415 jeugdigen uit de ambulante jeugdzorg (peiljaren 1996-1998). De gemiddelde leeftijd van de groep is 12,9 jaar (sd = 4,5 jaar, range 4 – 18 jaar). De groep omvat 48% meisjes en 32% allochtone jeugdigen).

Een aantal VSPS-factoren hebben een gemiddelde rond het absolute schaalgemiddelde van 2,5. Er zijn echter ook factoren die onder en boven dit absolute gemiddelde vallen. Ook lopen de standaarddeviaties van de diverse factoren uiteen. Het is daarom aangewezen bij het gebruik van de uitgebreide versie naast de uitslagen van het absolute profiel tevens een empirische normering te beschouwen.

Conclusie:

- Zowel algemeen kwalitatieve als klinisch kwantitatieve normen
- Voldoende grote normgroep

▪ Betrouwbaarheid

De interne consistentie van de uitgebreide versie van de VSPS werd onderzocht bij een populatie jeugdigen van zes RIAGG's, Adviesbureaus en Instellingen voor Gezinsvoogdij in Haarlem en Rotterdam. De populatie bestond uit een aselechte steekproef van 300 jeugdigen die door 60 hulpverleners werden beoordeeld. De gemiddelde leeftijd van de jeugdigen was 14,9 jaar, en de verhouding meisjes bedroeg 1 op 1. Een kwart van de jeugdigen was afkomstig uit etnische minderheden. De interne consistentie (Cronbach's alpha) van het merendeel der dimensies kan goed (0,70 tot 0,80) tot zeer goed (0,80 en hoger) worden genoemd. Ze varieert van 0,70 tot 0,90. Tevens zijn de item-rest correlaties voldoende ( $> 0,30$ ).

De interne consistentie (Cronbach's alpha) van de gedrags- en persoonlijkheidsschalen van de VSPS werd onderzocht in een populatie van 250 adolescenten in residentiële centra voor lichamelijk gehandicapte en chronisch zieke jeugdigen. Daarbij werd voor de gedragsschalen een gemiddelde interne consistentie van 0,86 gevonden. Bij de persoonlijkheidsschalen was de interne consistentie gemiddeld 0,80.

Daarnaast zijn de hoofddimensies (internaliserend probleemgedrag, externaliserend probleemgedrag, risicovolle persoonlijkheid, problemen van ouders, risicovol gezinsklimaat, gebrek aan begeleiding/supervisie, risicovolle schoolomgeving en risicovolle vrienden/vrije tijd) van de VSPS op hun interne consistentie onderzocht. Alle risicofactoren zijn hiervoor opgedeeld volgens de grondstructuur van de gebruikte psychosociaal ontwikkelingsmodel. Hiervoor baseert men zich op een aselechte steekproef bestaande uit jeugdigen uit de Gezinsvoogdij. Deze groep had een gemiddelde leeftijd van 14,5 jaar en de verhouding jongens/meisjes was 1 op 1. 15% was afkomstig uit een etnische minderheidsgroep. De steekproef varieert van 150 tot 89 deelnemers afhankelijk van de hoofddimensie. De gemiddelde Cronbach's alpha

van de dimensies varieert van 0,75 (externaliseren) tot 0,88 (schoolomgeving en vrienden/vrije tijd).

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is zowel voor de korte als de uitgebreide versie onderzocht. Hiervoor heeft een twintigtal gezinsvoogdij-maatschappelijk werkers aan de hand van een rapport van de raad voor de Kinderbescherming dezelfde casus laten beoordelen, en wel eerst met de korte versie van de VSPS en daarna met de uitgebreide versie.

Uit de resultaten blijkt dat de korte versie over de gehele linie gezien tot een geringere overeenstemming in beoordeling leidde dan de uitgebreide versie. De gemiddelde interbeoordelaarsovereenstemming bij de korte versie bedraagt 55%. Bij toepassing van de uitgebreide versie ligt het gemiddelde overeenstemmingspercentage op 78%. De auteurs geven zelf aan dat het hier beperkt onderzoek betreft. De bovenstaand interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd namelijk bepaald op basis van slechts twintig gezinsvoogden, die allen eenzelfde casus beoordeelden via de korte en de uitgebreide VSPS.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de gedrags- en persoonlijkheidschalen van de VSPS werd tevens onderzocht in de eerdergenoemde populatie van 250 adolescenten in residentiële centra voor lichamelijke gehandicapte en chronisch zieke jeugdigen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd hier bepaald aan de hand van intraklassecorrelatiecoëfficiënt. Voor de gedragsschalen werd een gemiddelde overeenstemming gevonden van 0,77 tussen twee groepen onafhankelijke beoordelaars. Bij de persoonlijkheidsschalen was deze overeenstemming gemiddeld 0,70.

### Conclusie:

- Inter-itemrelatie: voldoende/goede scores gevonden in buitenlands onderzoek
- Interbeoordelaar: voldoende/goede scores gevonden in buitenlands onderzoek
- Test-hertest: Geen informatie

### ▪ Validiteit

De predictieve validiteit van de VSPS is onderzocht om na te gaan in hoeverre het via de VSPS verkregen inzicht in de probleemsituatie van de jeugdige kan worden gebruikt om te bepalen of een ambulante thuisbehandeling redelijk is, of dat het verstandiger is om tot uithuisplaatsing over te gaan. Daarvoor is onderzocht of de VSPS-risicofactoren empirisch kunnen voorspellen of jeugdigen een ambulante behandeling krijgen, uit huis zijn geplaatst in een residentiële centrum voor opvoeding/verzorging, of opgenomen zijn in een centrum voor residentiële behandeling. Dit is gebeurd aan de hand van discriminant analyse.

Van 136 jeugdigen uit de onderzoeksgroep zijn volledige gegevens van de criterium- en predictorvariabelen voorhanden. 35% van de jeugdigen werd ambulant begeleid, 42% is uithuis geplaatst in een tehuis voor opvoeding/verzorging en 23% werd opgenomen in een behandelingsstehuis. Uit de resultaten van de discriminantanalyse blijkt dat het criterium – het krijgen van ambulante hulp, de opname in een tehuis

voor opvoeding/verzorging, of de plaatsing in een behandeltehuis – aan de hand van twee statistische functies kan worden voorspeld (canonische correlaties van 0,74, resp. 0,69, P-waarden < 0,01 resp. < 0,05). Het blijkt dat met behulp van beide functies ongeveer 80% van de jeugdigen in de juiste criteriumgroep wordt geplaatst. Bij een onafhankelijke steekproef wordt met discriminantfuncties nog steeds van 70% van de jeugdigen de juiste hulpvorm voorspeld.

De bovenstaande bevindingen geven geen definitief uitsluitel over het predictieve vermogen van de VSPS bij uithuisplaatsing en behandeling. Het resultaat wordt namelijk mede bepaald door de betrouwbaarheid van het criterium. Die is in dit geval twijfelachtig, omdat uit onderzoek blijkt dat de jeugdigen in de jeugdzorg niet altijd juist worden geplaatst.

Wanneer een betrouwbaar criterium wordt genomen, blijkt het predictief vermogen van de VSPS aanzienlijk hoger te liggen. Zo voorspelt de VSPS in 93% van de gevallen het CBCL-criterium 'klinische versus niet klinische groep' accuraat.

Vervolgens is nagegaan welke inhoudelijke betekenis aan deze functies moet worden toegekend. Nadere bestudering van de  $\beta$ - en de correlatiecoëfficiënten werpt hier een licht op. Samenvattend wordt in de handleiding geconcludeerd dat de jeugd in de drie onderzochte hulpvormen als volgt kan worden getypeerd: De jeugd zowel in behandelings- als de opvoedingstehuizen wordt in vergelijking met de jeugd in ambulante hulp gekenmerkt door ernstiger gezins- en schoolproblematiek. De jeugd in de behandelingstehuizen onderscheidt zich op zijn beurt van de jeugdigen in de opvoedingstehuizen door hun ernstiger gedrag-, persoonlijkheids- en derdemilieuproblematiek. Verder neemt de jeugd in de ambulante zorg wat betreft gedragsproblematiek een middenpositie in tussen de jeugd in behandelingstehuizen en de jeugd in de tehuizen voor opvoeding en verzorging.

Conclusie:

- Begripsvaliditeit: voldoende/goede meerdere validiteitsgegevens op basis van buitenlands onderzoek
- Criteriumvaliditeit: voldoende/goede meerdere validiteitsgegevens op basis van buitenlands onderzoek

- Kostprijs

VSPS 4.2 Softwarelicentie: 395 euro (+ 25 euro indien men de software op cd-rom wenst te ontvangen)<sup>6</sup>. Een VSPS4.2 software licentie is verkrijgbaar als een individuele licentie (één licentie) met een geldigheidsduur van twee jaar.

VSPS 4.2 Handleiding: 29,50 euro<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Bron: [www.nippo.nl](http://www.nippo.nl)

<sup>7</sup> Bron: [www.eburon.nl](http://www.eburon.nl)



## **Checklist MST/FFT(/MDFT)**

*Checklist MST/FFT. De ontwikkeling van een indicatie-instrument voor MST en FFT in de vorm van een checklist.*

*Oudhof, ten Berge, Berger.*

*2009, Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.*

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

Deze checklist dient ter ondersteuning en onderbouwing van de afweging om bij individuele casuïstiek waar een ambulante intensieve gezinsinterventie nodig is, MST (Multi System Therapy), FFT (Functional Family Therapy), MDFT (Multidimensional Family Therapy) of andere ambulante gezinsinterventie in te zetten. De checklist kan een leidraad zijn voor de informatieverzameling en ondersteunt de besluitvorming in de casuïstiekbespreking of het teamoverleg.

De checklist wordt gebruikt als ondersteunend hulpmiddel bij de indicatiestelling. De checklist is geen objectief meetinstrument, maar biedt aandachtspunten en richtlijnen ter ondersteuning van de professionele beoordeling en besluitvorming.

Samenvattend worden er 2 gebruikersdoelen geformuleerd:

#### 1. Informatie ordenen en beoordelen

De checklist dient ter ondersteuning van het ordenen en beoordelen van relevante informatie. Het invullen van de checklist vindt plaats na het invullen van bijvoorbeeld de STEP in zaken waarin een ambulante intensieve gezinsinterventie wordt overwogen.

#### 2. Afweging maken (besluitvorming)

De ingevulde checklist helpt het team of de zorgaanbieder de indicatie MST, FFT, MDFT of een andere ambulante intensieve gezinsinterventie in te zetten.

De checklist is niet bedoeld voor het verzamelen van relevante informatie. Daarvoor zijn er andere instrumenten beschikbaar.

De verschillende criteria in de checklist worden met ja/nee gescoord.

De uiteindelijke afweging over de benodigde hulp is een professioneel oordeel op basis van de beoordeling van de criteria uit de checklist. De checklist is puur ondersteunend voor deze professionele oordeelsvorming en kent geen weging of verplichting tot gebruik. Vervolgens moet gekeken worden naar het pragmatisch criterium of aanbod ook aanwezig en (direct) beschikbaar is.

Conclusie: De checklist MST/FFT(/MDFT) ondersteunt de beslissing tot het inzetten van zeer specifieke gezinsinterventies. Op basis van vaste criteria moet worden bepaald welke gezinsinterventie is aangewezen. Verschillende criteria richten zich op

de ernst van de problematiek van de cliënt. Ook de houding van de cliënt t.o.v. de indicatie wordt beoordeeld. In de interventies zit een oordeel over de benodigde vorm (welke interventie) en hoeveelheid van hulp (elke interventie impliceert een hoeveelheid hulp) vervat. De checklist MST/FFT(/MDFT) doet geen uitspraak over verschillende domeinen met nood aan hulp.

- Doelgroep

De checklist MST/FFT(/MDFT) is bedoeld voor casussen waar een ambulante intensieve gezinsinterventie wordt overwogen en is zowel in forensisch als niet-forensisch kader toe te passen. Er wordt aangeraden om de checklist zeker te gebruiken bij complexe casuïstiek, bij twijfelgevallen en bij het inwerken van nieuwe collega's.

Aan de hand van de checklist kan de hulpverlener komen tot een indicatie MST, FFT, MDFT of een andere ambulante gezinsondersteuning. De doelgroep van de checklist is dan ook afhankelijk van de doelgroepen van deze hulpverleningen. Voor MST, FFT en MDFT moeten jongeren minimaal 11 jaar oud zijn. Voor MDFT zouden versies (MDFT Preventief en Engaging Moms) bestaan die ook bij kinderen jonger dan 11 jaar kunnen worden ingezet. Sommige andere ambulante gezinsinterventies kunnen ook bij jongere kinderen ingezet worden (bijvoorbeeld Families First, ambulante spoedhulp, Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling, IOG- Erger Voorkomen). MST kan alleen ingezet worden als de jongere jonger is dan 17,5 jaar. FFT en MDFT zijn inzetbaar bij jongeren tot en met 21 jaar. De gezinsinterventies

De MST en MDFT stellen een IQ boven de 70 van de jongere als vereiste. FFT stelt geen grenzen aan een minimum IQ. Wel moet verbale communicatie mogelijk zijn.

Conclusie:

- Minderjarigen
  - Gezinsproblemen met crimineel of antisociaal gedrag van de minderjarigen
- 
- (Theoretische) achtergrond

In een eerste fase van de ontwikkeling van de checklist is getracht de indicatiecriteria te verhelderen. Om de verschillen tussen FFT en MST in kaart te brengen is de literatuur (methodiekbeschrijvingen en effectonderzoek) bestudeerd. Vervolgens zijn experts uit het veld geraadpleegd voor ervaringen uit de praktijk.

In een tweede fase is een conceptversie van de checklist MST/FFT ontwikkeld. Zowel uit de literatuur als uit de expertmeeting is geconcludeerd dat er weinig harde (inhoudelijke) onderscheidende criteria met betrekking tot de doelgroep voor MST en FFT zijn. Het onderscheid tussen MST/FFT en andere ambulante intensieve gezinsinterventies is duidelijker (aard en ernst problematiek) dan het onderscheid tussen MST en FFT. Het gevolg is dat het niet haalbaar is geacht een instrument te ontwikkelen met objectieve inhoudelijke criteria waar een 'score' voor de keuze MST dan wel FFT uitrolt. De onderscheidende criteria zouden het best als checklist dienen.

In het voorjaar van 2009 is een kleine pilootstudie uitgevoerd met de eerste werkversie van de checklist MST/FFT. De aanpassingen hebben geresulteerd in een herziene, definitieve versie van de checklist MST/FFT.

Op basis van de checklist MST/FFT is nadien de checklist MST/FFT/MDFT ontstaan. Aan de checklist MST/FFT, de eerste versie is, is de MDFT toegevoegd aangezien de doelgroep van de MDFT grotendeels overeenkomt met MST en FFT. De checklist MST/FFT/MDFT moet wat betreft inhoud en bruikbaarheid nog worden getoetst en mogelijk worden aangepast.

Conclusie:

- Theoretisch kader
  - Recent ontwikkeld
- 
- Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal
- Papier-en-potlood.

Er worden in de handleiding geen specifieke vereisten gesteld aan de testleider. De checklist is bedoeld voor professionals of hulpaanbieders.

De wijze waarop en bij wie informatie moet worden verzameld wordt niet behandeld in de handleiding.

De checklist bestaat uit een overzicht van criteria die onderscheidend zijn voor MST/FFT(/MDFT) versus andere ambulante intensieve gezinsinterventies en criteria die onderscheidend zijn voor MST, FFT en MDFT. Een aanvullende bijlage bevat een toelichting van de in de checklist genoemde criteria.

De checklist bestaat uit twee stappen: eerst worden formele en inhoudelijke criteria weergegeven om te beoordelen of MST/FFT(/MDFT) of andere ambulante intensieve gezinsinterventies aangewezen is. Tijdens de eerste stap wordt inzichtelijk gemaakt of MST/FFT(/MDFT) een goede vorm is van hulp is of dat naar andere ambulante intensieve gezinsinterventie gekeken moet worden. De checklist maakt niet inzichtelijk welke andere ambulante gezinsinterventie geschikt is. Wanneer MST, FFT of MDFT aangewezen is, volgen in de tweede stap de criteria om te beoordelen welke van de drie interventies het beste aansluit bij de problematiek van de jongere. De verschillende criteria worden met ja/nee gescoord.

De uiteindelijke afweging over de benodigde hulp is een professioneel oordeel op basis van de beoordeling van de criteria uit de checklist. De checklist is puur ondersteunend voor deze professionele oordeelsvorming en kent geen weging of verplichting tot gebruik.

De afnametijd wordt niet vermeld.

- Kwaliteit van de handleiding

Er worden gebruiksmogelijkheden (zie hoger) en beperkingen aangegeven. Zo wordt aangegeven dat de checklist niet bedoeld is voor het verzamelen van relevante informatie. Daarvoor worden andere instrumenten voorgesteld. De checklist kan wel worden ingezet bij het ordenen van beschikbare informatie. Als beperkingen stellen de auteurs daarnaast dat de betrouwbaarheid en validiteit van de checklist moet worden onderzocht en dat de huidige beschikbare kennis ter onderbouwing van de checklist beperkt is.

Er worden geen psychometrische gegevens aangereikt aangezien deze niet zijn onderzocht.

Er wordt geen casus uitgewerkt in de handleiding.

Er worden instructies gegeven voor het gebruiken en scoren van de checklist. Zo wordt verduidelijkt in welke volgorde en hoe de criteria moeten worden beoordeeld. In een bijlage is er een toelichting van alle te beoordelen criteria. Er wordt daarnaast een kort overzicht van bruikbare bestaande instrumenten gegeven die input kunnen leveren bij het verzamelen, ordenen van informatie voor het beoordelen van de criteria. Het betreft verschillende instrumenten (bijvoorbeeld Waagschaal Jeugd, Washington State, Tijdelijk Risicotaxatie Instrument Jeugdreclassering, enzovoort), is het afhankelijk van de professional zelf en zijn werklocatie of een bepaald instrument ingezet mag en kan worden.

### ▪ Schalen en items

De checklist MST/FFT(/MDFT) bestaat uit twee stappen. Stap 1 maakt inzichtelijk of MST/FFT(/MDFT) een goede vorm is van hulp is of dat naar andere ambulante intensieve gezinsinterventie gekeken moet worden. Hiervoor zijn enkele onderscheidende criteria opgesteld:

#### Formele criteria:

- Jongere < 11 jaar
- Forensisch kader

#### Inhoudelijke criteria:

- Matig tot ernstig delinquent/antisociaal gedrag
- Matig tot hoog recidiverisico
- Ernstig of complexe gezinsproblemen en/of relatieproblemen
- Problematiek op verschillende leefdomeinen
- Psychopathologie
- Veiligheidsrisico's voor jongere zelf en/of omgeving
- Motivatie voor hulp ontbreekt bij jongere en ouders
- (Zwaardere) stoornis autistisch spectrum
- Verslavingsproblematiek als substantieel probleem
- Jongere maakt (op korte termijn) deel uit van het gezinssysteem

Wanneer MST, FFT of MDFT aangewezen is, volgen in stap 2 criteria om te beoordelen welke van de drie interventies het beste aansluit bij de problematiek van de jongere:

Formele criteria:

- Leeftijd en IQ
- a) jongere > 17,5 jaar + IQ > 70 (FFT of MDFT)
- b) jongere > 17,5 jaar + IQ 55 – 70 (FFT)
- c) jongere < 17,5 jaar + IQ 55 – 70 (FFT)
- d) jongere < 17,5 jaar + IQ > 70 (MST, FFT of MDFT)

Inhoudelijke criteria:

Indien optie A of B, dan: FFT, tenzij:

- Actieve tegenwerking jongere
- Jongere maakt naar verwachting binnen 2 sessies nog geen deel uit van gezinssysteem
- Ernstig delinquent/antisociaal gedrag in combinatie met een hoog recidiverisico, ernstige pedagogische onmacht in combinatie met andere problemen in andere systemen en/of een hoge mate van veiligheidsrisico's
- Hoog recidiverisico
- Ernstige pedagogische onmacht in combinatie met problemen in andere systemen
- Hoge mate van veiligheidsrisico's

Bij optie D: MDFT in plaats van MST indien:

- Verslavingsproblematiek als substantieel probleem

- Normering

Niet van toepassing.

- Betrouwbaarheid

Niet onderzocht.

Conclusie:

- Inter-itemrelatie: geen informatie
- Interbeoordelaar: geen informatie
- Test-hertest: geen informatie

- Validiteit

Aan de hand van een pilotstudie is de eerste werkversie van de checklist MST/FFT onderzocht op zijn face-validiteit. Het doel was informatie te verkrijgen van een eerste

indruk in hoeverre professionals (bureaus jeugdzorg) het instrument inhoudelijk relevant, inhoudelijk dekkend, hanteerbaar en beslissingsondersteunend vinden. Twintig geretourneerde evaluatieformulieren zijn zowel op kwantitatieve als kwalitatieve wijze geanalyseerd.

Over het algemeen waren er volgens de auteurs weinig onduidelijkheden in de checklist en de toelichting. Over enkele inhoudelijke criteria waren er opmerkingen (in hoeverre deze correct weergegeven waren), zoals ondergrens leeftijd, motivatie jongere en ouders en mate van veiligheidsrisico's. Vaak werd hier genoemd dat het in de praktijk soms anders gaat of dat het wisselt per instelling.

De herziene versie van de checklist op basis van deze pilot-studie is niet verder onderzocht.

Conclusie:

- Begripsvaliditeit: geen informatie
- Criteriumvaliditeit: geen informatie
  
- Kostprijs

De checklist MST/FFT/MDFT en handleiding zijn online beschikbaar.

## **MATE 2.0.**

*Handleiding en protocol voor afname, scoring en gebruik van de MATE.*

*Schippers, G.M., Broekman, T.G. en Buchholz, A.*

*2007.*

*Nijmegen: Bureau Bêta.*

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

De MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) heeft als doel het op valide en betrouwbare wijze vaststellen van patiëntkenmerken ten behoeve van het (1) stellen van de indicatie voor zorg en behandeling en (2) van de evaluatie van verleende zorg en behandeling. De MATE richt zich op patiënten met een verslavingsproblematiek, maar bevat onderdelen die evenzeer van toepassing zijn bij niet-verslaafde personen in de geestelijke gezondheidszorg.

In de eerste plaats is de MATE bedoeld voor triage en evaluatie in de verslavingszorg. Verder kan de MATE gebruikt worden voor de vaststelling in hoeverre iemand actief is en participeert in de samenleving, de externe factoren die daarop van invloed zijn, de zorgbehoeften die daaruit voortvloeien bij mensen met psychische aandoeningen in het algemeen en voor de beslissing welke specifieke vormen van zorgverlening en behandeling geïndiceerd zijn. Er worden enkele gebruikersdoelen geformuleerd:

#### 1. Administratieve doeleinden

Bedoeld is de identificatie van de persoon ten behoeve van de zorgadministratie. De MATE is een meetinstrument en niet bedoeld voor administratie.

#### 2. Opsporen van belangrijke aandoeningen

Bedoeld is het identificeren van problemen of aandoeningen anders dan de primaire klacht die mede van belang kunnen zijn bij de behandeling van de primaire klacht of aandoening (verslaving). Te denken valt aan somatische en psychische comorbiditeit. Deze functie vereist instrumenten die, zonder al te diep te gaan en dus zonder te diagnosticeren, aanwijzingen geven van comorbiditeit die nadere diagnostiek verdient. De MATE spoort de belangrijkste aandoeningen op die voorkomen in samenhang met verslaving.

#### 3. Triage

Bedoeld wordt het nemen van een beslissing over toewijzing naar grove categorieën, bijvoorbeeld naar intensiteit van zorg en behandeling, zoals ambulante of klinische behandeling. Triage heeft ook betrekking op de beslissing te verwijzen naar bepaalde vormen van zorg en behandeling, bijvoorbeeld voor maatschappelijke rehabilitatie en vaardigheidstrainingen.

### 4. Diagnostiek

Bedoeld is de identificatie van aard en ernst van de aandoening(en) van de persoon, zoals afhankelijkheid en misbruik. De MATE beperkt zich wat betreft de diagnostiek tot afhankelijkheid en misbruik van psychoactieve middelen volgens de DSM-IV.

### 5. Monitoren en evaluatie

Bedoeld wordt het volgen (monitoren) van de veranderingen bij de persoon om te zien of er evoluties optreden in de relevante symptomen en in belangrijke domeinen teneinde de zorg en behandeling te kunnen evalueren. De MATE volgt veranderingen op alle relevante aandoeningen en belangrijke domeinen.

De MATE bestaat uit tien modules. Een module is een op zichzelf staand deelinstrument (zelfrapportage vragenlijst of interview). Om die reden is de MATE niet volledig nieuw, maar grotendeels samengesteld uit bestaande deelinstrumenten.

Met de MATE worden de volgende twintig scores samengesteld:

- Kenmerken somatische comorbiditeit
- Onder psychiatrische of psychologische behandeling
- Kenmerken psychiatrische comorbiditeit
- Afhankelijkheid
- Misbruik
- Ernst afhankelijkheid/misbruik
- Lichamelijke klachten
- Persoonlijkheid
- Beperkingen – Totaal
- Beperkingen – Basaal
- Beperkingen – Relationeel
- Positieve externe invloed
- Negatieve externe invloed
- Zorg & ondersteuning bij beperkingen
- Zorgbehoefte
- Verlangen
- Depressie
- Angst
- Stress
- Depressie Angst Stress – Totaal

Zorgbeslissingen op grond van onbewerkte gegevens uit de mate:

De auteurs stellen dat veel gegevens uit de MATE ook zonder dat ze bewerkt worden behulpzaam kunnen zijn bij de beoordeling van de aard en hoeveelheid aan te bieden zorg en bij andere beslissingen. Instellingen dienen eigen beslisparadigma's te ontwikkelen voor het aanbieden van zorg en behandelmethodieken gekoppeld aan beoordelingen op de afzonderlijke MATE domeinen en factoren.

Indicaties voor somatisch-medisch en psychiatrisch/psychologisch consult:

De MATE is ingericht voor het nemen van een beslissing over het verwijzen naar een somatisch-medisch en psychiatrisch/psychologisch consult in het kader van de intake.

De auteurs bieden een beslisparadigma aan ter suggestie.

Zorgzwaartesuggestie:

De MATE is ingericht om de triage en zorgzwaarte te ondersteunen. De MATE maakt het mogelijk het in Nederland door het kwaliteitsprogramma Resultaten Scoren ontwikkeld intakeprotocol toe te passen. Dit protocol bevat een beslisboom voor het toewijzen van personen aan niveaus van zorg en behandeling gericht op verslavingsgedrag. Deze beslisboom is gebaseerd op vier dimensies in de problematiek van de persoon (probleemdomeinen), namelijk ernst van de verslaving (modules 1 en 4), ernst van de comorbide psychopathologie (module 2), mate van sociale desintegratie (ernstscores uit modules 7 en 8) en verslavingbehandelingsgeschiedenis (module 3). De beslisboom wijst een patiënt toe aan één van vier niveaus van zorgzwaarte: kort ambulante behandeling, ambulante behandeling, deeltijds of klinische behandeling of lange ambulante zorg.

Er worden scores bepaald voor de vier dimensies. Er is geen totale zorgzwaarte suggestiescore. Behalve voor behandelgeschiedenis wordt op iedere dimensie een dichotome score berekend, namelijk hoge/niet-hoge ernst van verslaving, hoge/niet-hoge ernst van comorbide psychopathologie, hoge/niet-hoge ernst van sociale desintegratie en een score voor behandelingsgeschiedenis.

Op grond van de weergegeven algoritmes in de MATE kan met behulp van de beslisboom een zorgzwaarte worden bepaald. Deze zorgzwaarte kan door de triagist worden overgenomen, of hij kan ervan afwijken.

De modules van de MATE hebben verschillende tijdvakken (geldigheidsduur), variërend van een week tot vijf jaar. Veel modules hebben betrekking op de afgelopen maand. Strikt genomen is een groot deel van de MATE niet langer geldig dan 30 dagen. Volgens de auteurs wil dit niet zeggen dat de MATE na die periode in alle gevallen geheel ongeldig of onbruikbaar is geworden. Men dient zelf te beoordelen of de informatie nodig voor zorgtoewijzing nog voldoende geldig is na een langere periode. Bij twijfel zou een deel van de MATE kunnen worden herhaald met behulp van de MATE-MONITOR.

Conclusie: De MATE maakt het mogelijk een uitspraak te doen inzake benodigde hoeveelheid hulp in termen van zorgzwaartesuggestie. Het baseert zich hiervoor op meerdere domeinen inzake de problematiek van de persoon (probleemdomeinen). De beslisboom schaaft scores in uit modules 1, 2, 3, 4, 7 en 8.

Daarnaast wordt in modules 7 en 8 ook specifiek gepeild naar de zorgbehoeften (volgens de beoordelaar) van de cliënt. Dit levert slechts ruwe scores op ter interpretatie.

Op basis van de MATE kan een uitspraak gedaan worden op domeinen met nood aan hulp. De vier dimensiescores uit de zorgzwaartesuggestie geven aan waar zich een probleem voordoet. De vorm van de benodigde hulpverlening wordt niet aangegeven.

- Doelgroep

De MATE richt zich op patiënten in de verslavingszorg, maar bevat onderdelen die evenzeer van toepassing zijn bij niet-verslaafde personen in de geestelijke gezondheidszorg.

Voor twaalf tot vijftien jarigen is de MATE-J ontwikkeld. Hieruit kan men concluderen dat de MATE 2.0 bedoeld is patiënten in de verslavingszorg vanaf zestien jaar.

Conclusie:

- 16 en ouder (MATE-J: 12 – 15 jaar)
- Verslavingsproblematiek
- Geestelijk welzijn (psychische aandoening bij zorgzwaartesuggestie)

- (Theoretische) achtergrond

Achtergrond van de ontwikkeling van de ontwikkeling van de MATE is de wenselijkheid een instrumentarium ter beschikking te hebben dat in Europa is ontwikkeld, bij de tijd is, conceptueel en empirisch voldoende onderbouwd is en dat wat betreft terminologie en metingen niet apart staat, maar goed geïntegreerd is in de algemene en geestelijke gezondheidszorg.

De MATE is ontwikkeld onder leiding van een stuurgroep van wetenschappers en clinici door het AIAR en Bureau Bêta te Nijmegen in samenwerking met verslavingszorginstelling TACTUS in Overijssel.

Bij de ontwikkeling van de MATE zijn een aantal uitgangspunten gehanteerd die van belang zijn bij het vaststellen van patiëntkenmerken in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Het instrument dient:

1. Functioneel te zijn voor de praktijk van de zorg

Metten van patiëntkenmerken in de zorg gebeurt voor een aantal doeleinden. Als functies zijn te onderscheiden: administratieve doeleinden, opsporen van belangrijke aandoeningen, triage, diagnostiek en monitoren en evaluatie.

2. Acceptabel te zijn voor personen bij wie het wordt afgenomen en zowel behoeften als compensatiemogelijkheden te meten

De MATE is ingericht met het oogmerk om functioneel te zijn voor professionele zorgverlening maar ook om zoveel als mogelijk acceptabel te zijn bij wie het wordt afgenomen. Om die reden is het instrument zo kort en zuinig als mogelijk opgebouwd, maakt het gebruik van zo eenvoudig mogelijke vragen, zie zoveel mogelijk transparant zijn en een vanzelfsprekend belang hebben. De MATE levert uitslagen die ook voor de geïnterviewde persoon inzichtelijk zijn. De MATE stelt niet alleen tekorten en problemen vast, maar ook factoren die ondersteunend en mogelijk compenserend zijn. De MATE maakt duidelijk onderscheid tussen zorgbehoefte zoals waargenomen door de geïnterviewde en zorgbehoefte zoals vastgesteld door de hulpverlener en inventariseert beide. Ten slotte informeert de MATE naar aspecten die mogelijk nauwelijks voor hulpverlening in aanmerking komen, maar wel voor de persoon betekenis kunnen hebben, zoals bijvoorbeeld behoefte aan spiritualiteit.

3. Gebaseerd op een helder conceptueel kader

De MATE is zoveel als nuttig en mogelijk gebaseerd op de begrippenkaders die worden aangereikt door de WHO (World Health Organization). De MATE koos voor de ICF als grondslag voor de samenstelling van een interview naar het functioneren. ICF staat voor International Classification of Functioning, Disability and Health en maakt deel uit van een familie van classificaties die is ontwikkeld door de WHO. Aan de ICF ligt het biopsychosociaal model ten grondslag. Het classificatiesysteem van de ICF is neutraal en verwijst zowel naar tekorten, beperkingen en functioneringsproblemen als naar positieve en sterke aspecten.

Uitzondering in de aansluiting van de MATE bij de WHO terminologie is de diagnostiek van afhankelijkheid en misbruik. Hier is niet gekozen voor de WHO – ICD, maar voor de DSM-IV.

4. Uitwisseling van informatie en kennis bevorderen, ook internationaal, en dus gebaseerd op de beste beschikbare (deel)instrumenten

De MATE wil zoveel als mogelijk aansluiting vinden bij de nationaal en internationaal erkende meetsystemen teneinde maximaal de mogelijkheid voor uitwisseling en wetenschappelijk onderzoek te bieden. Om die reden is de MATE niet volledig nieuw, maar grotendeels samengesteld uit bestaande instrumenten. De MATE is dus ook niet 1 instrument, maar een reeks samenhangende op zichzelf staande deelinstrumenten. De modulaire opbouw maakt de MATE flexibel bij nieuwe ontwikkelingen. De deelinstrumenten, modules genoemd in de MATE, zijn gekozen op grond van de volgende criteria: 1) psychometrisch solide, 2) zo kort en toegankelijk mogelijk, en 3) publiek toegankelijk.

Er zijn diverse ontwikkelingen met de MATE:

Internationaal: Er is een Duitse bewerking van de MATE 1.0. ter beschikking.

MATE-Crimi: Er is een versie ontwikkeld van de MATE voor justabelen.

MATE-Monitor: Inmiddels is een eerste versie gereed van de MATE-Monitor, speciaal ingericht voor de evaluatie van zorg en behandeling, waarbij MATE als nulmeting kan fungeren de MATE-Monitor als reguliere vervolgmetingen op gezette tijden. De MATE-Monitor zal met aanvullende handleiding en protocol gepubliceerd worden.

MATE-Follow Up: In het bijzonder voor wetenschappelijk onderzoek zal de MATE-Follow Up worden ontwikkeld, waarmee gebruik en problematiek kan worden vastgesteld over een nader te bepalen periode.

MATE-J: Er bestaan plannen voor het ontwikkelen van een MATE-J voor jeugdigen van twaalf tot vijftien jaar.

Conclusie:

- Theoretisch kader
- Geëvolueerd instrument
  
- Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal

Papier-en-potlood. De uitwerking en de scoring van de MATE kan ook elektronisch gebeuren.

De MATE is een semigestructureerd interview dat bestaat uit tien modules. Een module is een op zichzelf staand deelinstrument (zelfrapportage vragenlijst of interview). Om die reden is de MATE niet volledig nieuw, maar grotendeels samengesteld uit bestaande deelinstrumenten. De specifieke meetmethode per module wordt verder (schalen en items) kort toegelicht.

In de handleiding worden geen vereisten of kenmerken i.v.m. de testleider geformuleerd

De MATE is een beoordelingsinstrument. De interviewer beoordeelt en is vrij in de manier waarop de informatie verkregen wordt. In het algemeen geldt dat vragen niet letterlijk gesteld hoeven te worden. Indien de benodigde informatie met zekerheid bekend is, dan kan de interviewer het antwoord ook invullen zonder de vraag te stellen. Bij enkele vragen wordt hierop een uitzondering gemaakt. Deze vragen moeten zoveel mogelijk letterlijk gesteld worden.

De uitslag van de MATE wordt gegeven in twintig MATE-scores. In het protocol worden precieze instructies gegeven voor de uitwerking en berekening. De scores worden op meerdere formulieren genoteerd.

De MATE-scores zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en staan daarmee vast. De wijze van toepassing van de MATE-scores bij het nemen van beslissingen in de praktijk staat echter niet vast en zal afhangen van specifieke doelstelling en context. De gebruiker moet zelf bepalen voor welke beslissing welke gegevens gehanteerd worden. De MATE biedt ruimte aan verschillende toepassingen en schrijft die niet voor. Er worden wel een aantal voorstellen gedaan, onder andere met gebruikmaking van een aantal samengestelde scores. Het protocol van de MATE beperkt zich echter tot vaststelling van de MATE-scores, omdat de samengestelde scores en gebruiksvoorstellen worden beschouwd als mogelijke toepassingen en niet als inherent aan de MATE als meetinstrument.

Ervaring met de MATE in verschillende setting leert dat de afnameduur van een volledige MATE bij het merendeel van de geïnterviewden 45 minuten à 1 uur is.

- **Kwaliteit van de handleiding**

De gebruiksdoeleinden worden duidelijk en uitgebreid beschreven. Daarbij is er ook ruimte voor een aantal beperkingen. Het blijkt dat de MATE niet bedoeld is voor de assessment in lichamelijke of psychiatrische crisissituaties. De MATE bevat ook geen somatische of psychiatrische diagnostiek, anders dan voor verslaving, ze spoort wel potentiële gevallen op ten behoeve van nadere diagnostiek.

Er worden duidelijke instructies en aanbevelingen geformuleerd in de handleiding. De instructies voor de testleider zijn concreet. Zo worden regelmatig problemen, vragen, tips en voorbeelden besproken. Instructies worden gegeven voor de afname en scoring van de MATE. Ook het MATE scoreformulier wordt toegelicht.

Definities en ankerpunten worden verstrekt voor modules 7 en 8.

In de handleiding worden regelmatig casussen aangehaald.

De psychometrische gegevens zijn niet in de handleiding weergegeven. Er wordt verwezen naar volgend rapport: Schippers, G.M. en Broekman, T.G. 2007. *MATE. Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation. Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment*. Nijmegen: Bureau Bêta. Dit rapport is online beschikbaar en wordt aangewend voor de bespreking van normering, betrouwbaarheid en validiteit.

- **Schalen en items**

De tien modules van de MATE zullen hieronder worden besproken. De meetmethode van de modules wordt eveneens kort belicht. Voornamelijk op modules 7 en 8 wordt nader ingegaan aangezien deze inzoomen op zorgbehoeften. Tevens wordt bij de modules aangegeven waartoe ze bijdragen.

1. Middelen: Gebruik

Module 1 van de Mate is een interview dat het gebruik van de psychoactieve middelen in de afgelopen periode en in de loop van het leven vaststelt. Inventarisatie vindt plaats in een matrix waarin de middelen worden benoemd en het gebruik en de

gebruikersgewoonte kunnen worden genoteerd. Ook gebruik van nicotine wordt bevraagd. Naast middelengebruik is gokken in de lijst opgenomen. Eetproblemen zijn niet opgenomen.

De inventarisatie van het middelengebruik wordt zowel gebruikt voor het vaststellen van de verslavingsernst als voor het meten van verandering.

### 2. Indicaties psychiatrisch / medisch consult

Het interview in module 2 van de MATE helpt vast te stellen of nadere medische of psychiatrische zorg of behandeling dan wel diagnostiek geïndiceerd is.

### 3. Verslavingsbehandelingsgeschiedenis

Module 3 stelt aan de hand van een interview vast of en hoeveel eerdere behandelingen voor verslaving de persoon heeft ondergaan in de afgelopen vijf jaar. Het gaat om klinische of ambulante behandelingen gericht op verslavingsdrang, uitgevoerd door een professional en waarbij veranderafspraken over middelengebruik zijn gemaakt.

Het vaststellen van de verslavingsbehandelingsgeschiedenis wordt gehanteerd voor triage naar zorgzwaarte in het kader van het stepped care principe.

### 4. Middelen: Afhankelijkheid & Misbruik

De diagnose afhankelijkheid en/of misbruik wordt geteld met behulp van interviewvragen in module 4. Deze module bevat vragen uit sectie Alcohol & Drugs van de CIDI 2.1 (WHO) overeenkomstig met de DSM-IV. De CIDI maakt het mogelijk, na de juiste training, met behulp van gestandaardiseerde vragen tot een diagnose te komen. Het formulier van de MATE staat toe een diagnose van 1 middel vast te stellen.

De diagnose is van belang voor de toegang tot de verslavingszorg en wordt ook gebruikt voor het vaststellen van ernst van de verslaving.

### 5. Lichamelijke klachten

In module 5 van de MATE worden lichamelijke klachten geïnventariseerd met behulp van de MAP-HSS (Maudsley Addiction Profile-Health Symptoms Scale). Het is een vragenlijst waar de persoon het voorkomen van 10 lichamelijke symptomen met voorgegeven antwoorden kan aangeven.

Deze lijst is vooral van belang om verandering in het lichamelijke klachtenpatroon te meten.

### 6. Persoonlijkheid

Indicatie voor persoonlijkheidsproblematiek wordt in module 6 van de MATE vastgesteld met behulp van de SAPAS (Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale). Dit korte interview met acht ja/nee vragen geeft een globale indicatie. De uitslag kan worden gebruikt bij beslissing over toewijzing naar aard van de behandeling.

### 7 en 8. MATE-IKZ: ICF-Kernset&Zorgbehoeften

De MATE-IKZ is het onderdeel van de MATE dat vaststelt in hoeverre iemand actief is en participeert in de samenleving, de externe factoren die daarop van invloed zijn en

de zorgbehoeften die daaruit voortvloeien. Deze module is uitdrukkelijk niet uitsluitend geschikt voor mensen met (mogelijk) verslavingsproblemen, maar is ingericht voor alle personen met (mogelijk) psychische aandoeningen. De MATE-IKZ is gebaseerd op de Internationale classificatie van het menselijk functioneren, de ICF. Menselijk functioneren verwijst naar in de ICF naar functies en anatomische eigenschappen, maar ook naar activiteiten en participatie, dat wil zeggen naar de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven. Dit functioneren is het onderwerp van de MATE-IKZ. Behalve naar activiteiten en participatie (module 7) bevat de ICF een classificatie van de externe factoren in de fysieke en sociale omgeving die een ondersteunende of belemmerende invloed kunnen hebben op elk domein van functioneren van de persoon (module 8).

De MATE-IKZ meet slechts een selectie (kernset) uit die domeinen en factoren. De kernset is geselecteerd op grond van relevantie voor personen met (mogelijk) chronische psychische problematiek. Ze bestaan uit negentien subdomeinen uit component d van de ICF 'Activiteiten en participatie' en vier factoren uit component e, de op activiteiten en participatie van invloed zijnde 'externe factoren'. Deze domeinen zijn geselecteerd omdat ze van belang worden geacht voor de mensen die worden gezien in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg.

Module 7 van de MATE-IKZ kent negentien subdomeinen. Hierbij worden volgende kenmerken beoordeeld:

- De beperking in de uitvoering van, ofwel de moeite die de persoon heeft met de betrokken activiteit of participatie (van geen tot volledig).
- De hoeveelheid zorg of ondersteuning (wanneer van toepassing) die de persoon krijgt van diensten of instituties (van geen tot volledig).
- De behoefte aan zorg die de interviewer vindt dat de persoon nodig heeft (al dan niet).
- De behoefte aan zorg die de persoon zelf vindt nodig te hebben (al dan niet).
- Taak van de instelling, namelijk of de instelling bereid en in staat is de betreffende zorg te bieden (al dan niet).

De verschillende schalen (met items) die hierbij aan bod komen zijn:

- Tussenmenselijke interacties en relaties (aangaan en onderhouden relaties, contact maken met en omgaan met andere mensen in het algemeen)
- Belangrijke levensgebieden (volgen van opleiding of uitvoeren werk, economische zelfstandigheid)
- Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven (recreatieve activiteiten of vrijetijdsbesteding, activiteiten in het kader van religie of spiritualiteit)
- Huishouden (verwerven en behouden van woonruimte, uitvoeren van huishoudelijke taken)
- Zelfverzorging (persoonlijke verzorging, hygiëne of verzorging van kleding, zelfbescherming tegen kou, donkerte en vocht, voedzaam eten en drinken en onderhouden van lichamelijke conditie, verkrijgen en opvolgen van adviezen en

behandeling van de gezondheidszorg, verhoeden van gezondheidschade dat zich uit in riskant gezondheidsbedreigend gedrag)

- Algemene taken en eisen (het hebben van dagritme en het uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen, het omgaan met stress of crisissituaties)
- Leren en toepassen van kennis (iets leren, toepassen van het geleerde, denken, oplossen, van problemen en beslissen)

Module 8 van de MATE-IKZ beoordeelt op de vier geselecteerde factoren:

- De grootte van de positieve respectievelijk negatieve invloed (van geen tot volledig) van de factor, waarvan de aard nader moet worden belicht.
- De behoefte aan zorg die de interviewer vindt dat de persoon nodig heeft (al dan niet).
- De behoefte aan zorg die de persoon zelf vindt nodig te hebben (al dan niet).
- Taak van de instelling, namelijk of de instelling bereid en in staat is de betreffende zorg te bieden (al dan niet).

De verschillende schalen (met items) die hierbij aan bod komen zijn:

- Ondersteuning en relaties (aanwezigheid personen die steunend zijn en een positieve invloed hebben op het herstelproces, aanwezigheid personen die een negatieve invloed hebben op het herstelproces, verlies van een belangrijke relatie tijdens het laatste jaar met negatief effect op het herstelproces)
- Attitudes (negatief) (negatieve rol van in herstelproces van algemeen maatschappelijk negatieve bejegening van verslaafden)
- Diensten, systemen en beleid (overig) (verwikkeld in juridische zaken die een positieve invloed hebben op herstelproces, verwikkeld in juridische zaken die een negatieve invloed hebben op herstelproces)
- Andere (andere externe factoren met positieve invloed op herstelproces, andere externe factoren met negatieve invloed op herstelproces)

#### 9. Z.1. Middelen: Verlangen

Als onderdeel van het bepalen van de verslavingsernst is als module 9 van de MATE opgenomen de verkorte OCDS (Obsessive-Compulsive Drinking Scale). De OCDS is een zelfinvullijst van vijf items.

De uitslag wordt gebruikt voor het vaststellen van de verslavingsernst (belangrijk voor triage naar zorgzwaarte) en kan behulpzaam zijn bij de beslissing over het voorschrijven van medicaties voor verslaving.

#### 10. Z.2. Depressie, Angst en Stress

Mate module 10 is een zelfinvullijst ter opsporing van personen met mogelijk voor behandeling in aanmerking komende angst- of stemmingsstoornissen en/of stresssymptomen. De DASS (Depression Anxiety Stress Scale) is gekozen omdat hier

een korte versie van bestaat die half zolang is als de oorspronkelijke DASS (21 items) en vrijwel niets inboet aan betrouwbaarheid en validiteit.

De uitslag van de DASS wordt gebruikt voor het bepalen van de ernst van de psychiatrische comorbiditeit, van belang voor triage naar zorgzwaarte. Voorts kan er verandering in de symptomen mee gemeten worden.

- Normering

Klinisch kwantitatieve normen inzake de zorgzwaartesuggestie.

- Betrouwbaarheid

Er zijn twee studies gedaan om de betrouwbaarheid van de MATE-ICN (module 7&8 van de MATE: ICF kernset&zorgbehoeften) te onderzoeken, één met een cohorte van druggebruikers die worden gevolgd bij het GGD Amsterdam en één als deelonderzoek van TACTUS.

Om de betrouwbaarheid en bruikbaarheid bij een groep van druggebruikers te onderzoeken, is de MATE-ICN geïntroduceerd in het GGD Amsterdam als een onderdeel van de Amsterdam Cohort Study. 224 personen vulden de HATS (anxiety and depression scale) in en 170 werden geïnterviewd met de MATE-ICN (2005). 30 gecodeerde audio opnames van het MATE-ICN interview zijn in de analyses gebruikt. De interbeoordelaarsbetrouwbaar op basis van de interklassecorrelatiecoëfficiënt is voldoende tot goed te noemen. De ICC varieert van .75 tot .92 voor de verschillende modulescores van de MATE-ICN.

In het deelonderzoek van TACTUS werden de MATE-ICN en andere instrumenten afgenomen, kort na het veelvuldig gebruikte MATE-interview in een sample van 159 patiënten (75% mannen) (2005). Patiënten werden twee keer geïnterviewd en beoordeeld door verschillende onafhankelijke interviewers. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, gecombineerd met de test-hertest betrouwbaarheid van de MATE-ICN scoort hier lager (ICC van .34 tot .73). Slechts drie van de zeven MATE scores halen een voldoende ICC ( $\geq .60$ ).

Voor de overige modules van de MATE worden geen onderzoeken ter ondersteuning van de betrouwbaarheid weergegeven.

Conclusie:

- Inter-itemrelatie: Geen informatie
- Interbeoordelaar: Onvoldoende scores in buitenlands onderzoek
- Test-hertest: Geen informatie

- Validiteit

Voor het validiteitsonderzoek van de MATE-ICN is gebruik gemaakt van het hierboven beschreven TACTUS onderzoek. Naast de MATE-ICN werden de WHODAS-II, de WHOQOL-Bref en de CIDI afgenomen bij de patiënten.

De World Health Organisation Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) meet het dagdagelijks functioneren op zes activiteitsdomeinen. De samenhang van de drie domeinen van beperkingen (totaal, basaal en relationeel) met de zes domeinen van de WHODAS-II is onderzocht (N=159). De correlaties variëren van .20 tot .67 met een gemiddelde van .58. Dit is eerder goed.

De World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL) is een internationaal cross-cultureel vergelijkbaar instrument voor het meten van de kwaliteit van het leven. Het meet iemands individuele perceptie in de context van zijn/haar cultuur en waarden, en zijn/haar persoonlijke doelen, normen en zorgen. De korte versie (BREF) van het instrument comprimeert 26 items die volgende domeinen beogen te meten: fysieke gezondheid, psychologische gezondheid, sociale relaties en omgeving. De correlaties tussen deze domeinen van de WHOQOL-BREF en de domeinen met betrekking tot beperkingen (totaal, basaal en relationeel) variëren van -.43 tot -.71 (N=159). Dit is goed.

Van de 159 is bij 148 patiënten de CIDI afgenomen voor het vaststellen van psychiatrische diagnoses. Bij de helft van de personen (n=73) werd een diagnose gesteld. Stemmings- en angststoornissen vormen het grootste deel. Om de MATE scores te valideren die gerelateerd zijn met psychiatrische stoornissen en met de scores voor beperkingen – totaal op de MATE-ICN zijn deze vergeleken met de CIDI categorieën. Een psychiatrische diagnose gaat gepaard met een hogere score op de MATE. Het blijkt evenwel dat de MATE minder geschikt is voor specifieke uitspraken i.v.m. deze stoornissen.

Voor het overige wordt geen onderzoek ter ondersteuning van de validiteit weergegeven.

### Conclusie:

- Begripsvaliditeit: goede/voldoende validiteitsgegevens op basis van één soort onderzoek (op een beperkt aantal modules)
  - Criteriumvaliditeit: geen informatie
- 
- Kostprijs

Online beschikbaar: [www.mateinfo.eu](http://www.mateinfo.eu)

## Care and Needs Scale (CANS)

*Manual for the Care and Needs Scale (CANS). Version 7.*

*Tate, R.L.*

*Sydney, Australia, 2010.*

### Beschrijving instrument

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

De Care and Needs Scale (CANS) is een achtdelige categorische schaal met twee secties: een Needs Checklist en een Support Levels. De CANS is ontworpen om het niveau van nood aan zorg te meten bij personen met een traumatisch hersenletsel.

De Needs Checklist brengt het type van de zorg en nood aan ondersteuning in kaart. Deze sectie bevat 24 items die verschillende activiteiten vertegenwoordigen. De items zijn opgedeeld in vijf hiërarchisch groepen volgens het niveau van beperkingen van de persoon met een traumatisch hersenletsel. De clinicus dient die items aan te vinken die van toepassing zijn op de cliënt:

Groep A:

- tracheostomy management
- nasogastric/PEG feeding
- bed mobility (e.g., turning)
- wanders/gets lost
- exhibits behaviors (including distress) that have the potential to cause harm to self and others
- has difficulty in communicating basic needs due to language impairments
- toileting/continence
- feeding
- transfers/mobility (including stairs and indoor surfaces)

Groep B:

- personal hygiene/toileting
- bathing/dressing
- simple food preparation

Groep C:

- shopping
- housework/ home maintenance
- medication use
- money management
- everyday devices (e.g., telephone, television)
- transport and outdoor surfaces
- parenting skills
- interpersonal relationships
- leisure and recreation/play
- employment/school

Groep D:

- informational supports (e.g., advice)
- emotional supports

Een laatste groep heeft betrekking op personen die geen nood hebben aan zorg of ondersteuning.

Groep E:

Lives fully independently, with or without physical or other aids (e.g., hand rails, diary notebooks), and allowing for the usual kind of informational and emotional supports the average person uses in everyday living.

Supports Level bevat acht niveaus van ondersteuning, opnieuw hiërarchisch gegroepeerd. Als de Needs Checklist is ingevuld, wordt die informatie gebruikt om, op basis van het klinisch oordeel, het niveau van nood aan ondersteuning te bepalen. Het niveau van ondersteuning is gerelateerd met de tijd die de cliënt alleen kan worden gelaten. De niveaus van ondersteuning zijn:

Level 7: Cannot be left alone.

Needs nursing care, assistance and/or surveillance 24 hours per day.

Level 6: Can be left alone for a few hours.

Needs nursing care, assistance and/or surveillance 20-23 hours per day.

Level 5: Can be left alone for part of the day, but not overnight.

Needs nursing care, assistance, supervision and/or direction 12-19 hours per day.

Level 4: Can be left alone for part of the day and overnight.

Needs a person each day (up to 11 hours) for assistance, supervision direction and/or cueing for occupational activities, interpersonal relationships and/or living skills.

Level 3: Can be left alone for a few days of the week.

Needs contact for occupational activities, interpersonal relationships, living skills or emotional support a few days a week.

Level 2: Can be left alone for almost all week.

Needs contact for occupational activities, interpersonal relationships, living skills or emotional support at least once a week.

Level 1: Can live alone, but not intermittent (i.e. less than weekly) contact for occupational activities, interpersonal relationships, living skills or emotional support.

Level 0: Can live in the community, totally independently.

Does not need contact.

Op het CANS-formulier wordt duidelijk dat er een overlap is tussen de hiërarchisch groepering uit de activiteiten checklist (sectie 1) en het niveau van ondersteuning (sectie 2):

<u>Needs Checklist (sectie 1)</u>	<u>CANS Levels (sectie 2)</u>
Groep A	Levels 4, 5, 6 of 7
Groep B	Level 4
Groep C	Levels 1, 2, 3 of 4
Groep D	Levels 1, 2 of 3
Groep E	Level 0

Deze overlap is ontworpen zodat het overeenkomt met de klinische realiteit waar de ondersteuningsnood voor elke activiteit ligt in een range van minimale hoeveelheid aan ondersteuning tot maximale ondersteuning, afhankelijk van het aantal factoren. Het uitgangspunt is dat het niveau van ondersteuning niet minder kan zijn dan geïndiceerd door het niveau van de groep waarin de hoogste activiteitsbeperking is onderschreven.

De Supports Levels zijn de scores van de CANS. Er worden zes specifieke punten benadrukt bij het invullen van de CANS:

1. Het niveau van ondersteuning nodig voor een activiteit (zoals bv. feeding uit groep A) zal variëren naar gelang een aantal factoren, waaronder (maar niet beperkt tot) de volgende:
  - de ernst van de beperking in de activiteit,
  - de combinatie van effecten van al de beperkingen (het geheel kan meer zijn dan de som van de delen)
  - contextuele factoren, zoals de beschikbaarheid van sociale steun.
2. Activiteiten uit verschillende groepen kunnen hetzelfde niveau van zorg ondersteuning vereisen. Het type van ondersteuning zal wel variëren.
3. Een beoordeling op de CANS refereert naar de huidige situatie van de cliënt. Een verandering in de situatie van de cliënt kan het niveau van nood aan ondersteuning beïnvloeden. Een nieuwe meting is dan ook aangewezen.
4. De CANS levels vertegenwoordigen een klinisch oordeel met betrekking tot de nood aan ondersteuning (eerder dan de ontvangen ondersteuning). De ondersteuning die een persoon effectief ontvangt is dus niet gelijk aan de aangewezen ondersteuning zoals aangegeven door de CANS.
5. In elk van de groepen van de Needs Checklist staat op het CANS invulformulier een bijkomend item 'andere'. Dit moet het mogelijk maken om verzachtende factoren op te nemen die gerelateerd zijn met het letsel en die gevolgen hebben voor de ondersteuningsnoden.
6. Er zijn omstandigheden waarbij het klinisch oordeel nodig is om de CANS in te vullen.

Conclusie: Ten eerste moet de beoordelaar bepalen tot welke groep (niveau van functioneren) de cliënt behoort door aan te vinken bij welke probleemdomeinen en adaptieve vaardigheden zich een probleem voordoet. Vervolgens kan de beoordelaar bepalen welk niveau van ondersteuning (support level) vereist is voor de cliënt. Het is de (subjectieve) inschatting van de beoordelaar inzake het benodigde niveau van hulp dat wordt ingeschaald.

De toewijzing van een support level maakt het mogelijk een uitspraak te doen over de benodigde hoeveelheid van hulp waarbij ook de domeinen waarop de hulp zich moet focussen wordt gesuggereerd.

- Doelgroep

De doelgroep van de CANS bestaat uit personen met een traumatisch hersenletsel. Een pediatrie versie (PCANS) is in ontwikkeling. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de huidige CANS bedoeld is voor volwassenen.

Conclusie:

- Volwassen
- Traumatisch hersenletsel

▪ (Theoretische) achtergrond

De aanzet tot de ontwikkeling van de CANS is ontstaan uit het gebrek aan geschikte schalen die adequaat de variatie in en mate van nood aan zorg meten bij personen met een traumatisch hersenletsel. De schaal is ontworpen in overeenstemming met de huidige conceptualisering van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, WHO, 2001). Items van de Needs Checklist brengen acht van de negen domeinen van de Activities/Participation component van de ICF in kaart (alle domeinen met uitzondering van d1: learning and applying knowledge). De Support Levels peilt naar drie van de vijf omgevingsfactoren: e1: products and technology, e3: supports and relationships en e5: services, systems and policies. De CANS kwam tot stand op basis van de klinische en onderzoekservaringen van de auteur, en op basis van de literatuur over bestaande schalen voor handicap en outcome.

Een pediatrische versie van de CANS (PCANS) is in ontwikkeling (Soo, Tate, et al., 2008). Er is reeds onderzoek gedaan naar de psychometrische kwaliteit en normering (Soo, Tate, et al., 2010). De PCANS is een bewerking van de Care and Needs Scale (CANS). De structuur van de PCANS is direct afgeleid van deze van de CANS. Enkele aanpassingen waren nodig, zowel aan de checklist als aan het conceptuele raamwerk van het meten van nood aan ondersteuning in een ontwikkelingscontext.

Het aanpassen van de CANS naar de PCANS gebeurde in fasen, over een periode van twee jaar. Eerst is de 24-items checklist herbekeken in een groep van ervaren klinici met multidisciplinaire achtergrond in de revalidatie van hersenletsels in de pediatrie. drie originele items uit de CANS werden ongeschikt bevonden (parenting, informational support en emotional support), één item werd opgesplitst (employment/school) en de drie 'other' items bleven behouden. In een volgende stap van deze eerste fase zijn de items uit de CANS uitgebreid zodat de variatie van de activiteiten vanuit een ontwikkelingsperspectief worden gedekt. Zo is elk item van de CANS geëvalueerd in de context van wat van een kind mag verwacht worden op een bepaalde leeftijd. In een tweede fase is een pilootstudie opgestart waarin de PCANS werd uitgetest. Ouders van normaal ontwikkelende kinderen (n = 19, leeftijd 5 - 18 jaar) werden gevraagd te antwoorden of kind nood had aan ondersteuning voor elk van de activiteiten. Op basis van deze pilootstudie is de checklist verder verfijnd en herbekeken. In de finale fase is de lijst van activiteiten geclusterd in vier leeftijdscategorieën: 5 - 7 jaar, 8 - 11 jaar, 12 - 14 jaar en 15 - 18 jaar. In elke leeftijdscategorie zijn drie niveaus van vaardigheden vastgesteld per activiteit: onafhankelijkheid verwacht voor deze leeftijd, opkomende onafhankelijkheid en geen onafhankelijkheid verwacht voor deze leeftijd. Deze procedure resulteerde in de voorlopige eindversie van de PCANS, die 130 activiteiten samenbrengt in een checklist van 25 items.

Conclusie:

- Theoretisch kader
- Recent ontwikkeld

- Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal

Papier-en-potlood.

De CANS is een checklist die wordt ingevuld door een clinicus met gedetailleerde kennis over de cliënt. In de handleiding wordt aangegeven dat de CANS moet worden ingevuld door een gezondheidsspecialist (clinicus) met werkervaring in een revalidatiecentrum voor mensen met een traumatisch hersenletsel. Wat dit concreet inhoudt wordt niet aangegeven (bv. minimum aantal jaar ervaring). Voorts worden geen kenmerken of vereisten gesteld aan de clinicus.

Dit vereist niet noodzakelijk een direct interview met de cliënt (hoewel het ook kan met een gestructureerd interview bij een goede informant). De CANS kan ook worden ingevuld op basis van het medische rapport van een cliënt, schalen van handicaps enzoverder.

Het invulformulier bestaat uit één pagina, waarbij links op het blad de Needs Checklist is gepositioneerd en rechts de overeenkomstige Support Levels.

Ten eerste moet de clinicus alle typen van nood aan zorg en ondersteuning identificeren op basis van de checklist met 24 items uit de eerste sectie. Deze informatie wordt vervolgens gebruikt om te bepalen in welke mate er nood is aan zorg en ondersteuning (sectie 2).

- Kwaliteit van de handleiding

De gebruiksmogelijkheden en beperkingen worden niet duidelijk vermeld.

De psychometrische gegevens worden samenvattend gepresenteerd in de handleiding.

Er zijn wel heel wat casussen aanwezig in de handleiding die het gebruik van de CANS verduidelijken. Zo is er per Support Level een gevalbeschrijving uitgewerkt.

Er worden zes specifieke punten benadrukt die van belang zijn bij het invullen van de CANS. Maar specifieke instructies over hoe de CANS dient te worden ingevuld worden niet gegeven. Zo wordt geen omschrijving gegeven van de verschillende items die moeten worden gescoord. Ook hoe de informatie moet worden verzameld is niet aangegeven.

- Schalen en items

Zie 'gebruikersdoel en uitkomstvariabelen'.

- Normering

Niet van toepassing.

- Betrouwbaarheid

In de handleiding wordt verwezen naar een artikel uit 2007 voor de rapportering van de betrouwbaarheidsstudies op twee onafhankelijke steekproeven met twee hersenletsel revalidatie units. In de handleiding zelf is een samenvatting van deze studies weergegeven:

- in een steekproef met 30 cliënten blijkt een zeer goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij beoordelingen van verschillende leden van een multidisciplinair team (ICC = 0,93 - 0,96),
- evenals in een tweede onafhankelijke steekproef met 40 cliënten uit een tweede hersenletsel revalidatie unit waarbij de beoordelingen van een multidisciplinair team (gebaseerd op hun kennis over de persoon met een hersenletsel) werden vergeleken met een klinisch onderzoeker die klinische beoordelingen maakte gebaseerd op de beoordelingen van het multidisciplinair team en een interview van een familielid (ICC = 0,92)
- de 1 week test-hertestbetrouwbaarheid in de eerste steekproef (n = 30) is goed (ICC = 0.98).

Proxy ratings zijn onderzocht in de tweede steekproef (n = 40):

- coëfficiënten tussen klinici en een familielid lijken voldoende (ICC = 0,59 - 0,72)
- zoals te verwachten zijn de patiënt-proxy coëfficiënten substantieel lager tussen cliënten en hun familieleden (ICC = 0,49) of klinici (ICC = 0,37 - 0,52).

Conclusie:

- Inter-itemrelatie: niet van toepassing?
- Interbeoordelaar: voldoende/goede scores gevonden op basis van buitenlands onderzoek
- Test-hertest: Onduidelijke scores?

- Validiteit

Er wordt in de handleiding naar twee studies (2004 en 2010) verwezen waarin onderzoek naar de validiteit van de CANS plaatsvond. Een samenvatting van deze studies wordt in de handleiding gepresenteerd.

Er is gelijktijdigheidsonderzoek (concurrent validity) gedaan naar de CANS en andere instrumenten die handicaps en gemeenschapsparticipatie meten in een steekproef van 67 personen met een ernstige hersenletsel (gemiddeld 23 jaar eerder gediagnosticeerd). De CANS is vergeleken met de Supervison Rating Scale (SRS), de Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART) en de Sydney

Psychosocial Reintegration Scale (SPRS). De CANS toonde hierbij een sterke correlatie (Spearman coorelatiecoëfficiënt) met de SRS (0,75), de CHART (0,46 - 0,80) en de SPRS (0,61 - 0,85). De spreiding van de CANS gegevens over de verschillende categorieën lijkt goed. 28% had geen ondersteuningsnoden, 46% had ondersteuningsnoden minder dan op dagelijkse basis en de overige 25% had ondersteuningsnoden op dagelijkse basis.

De COTAN (Evers, Lucassen, et al., 2010) stelt dat op dergelijke wijze verkregen validiteitsgegevens voor de criteriumvaliditeit minder geschikt zijn, omdat op zijn minst onduidelijk is of zij een adequate schatting geven van de werkelijke validiteit van de test.

Een tweede studie onderzocht de validiteit van de constructen van de CANS. Men vond dat de CANS in staat is om het onderscheid te maken tussen subgroepen in termen van functionele onafhankelijkheid op het vlak van mobiliteit en basis activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en op het vlak van de domeinen van de originele SPRS. Niveau van mobiliteit en basis ADL werden geclassificeerd als onafhankelijk, bijstand (supervisie, steun, of stand-by) en afhankelijk. Vergelijkingen werden gemaakt tussen onafhankelijk en bijstand, en bijstand en afhankelijk. Niveaus van de SPRS bestaan uit goed, beperkt en zwak voor elk van de domeinen van beroepsactiviteiten, interpersoonlijke relaties en vaardigheden voor het dagelijkse leven, en voor een totale score. Vergelijkingen werden gemaakt tussen goed en beperkt, en beperkt en zwak. De resultaten tonen dat de Kruskal-Wallis analyses significante ( $p < 0,001$ ) verschillen opleveren zowel voor de functionele onafhankelijkheid als de SPRS. Mann-Whitney U test toonde significante verschillen voor beide vergelijkingen met functionele onafhankelijkheid. Voor de SPRS zijn alle vergelijkingen significant, behalve bij beroepsactiviteiten tussen beperkt en zwak.

Een andere studie onderzocht verder de validiteit in drie steekproeven (1 intramuraal, 2 thuiswonend) uit twee hersenletsel revalidatie units. Validerende instrumenten zijn de SRS, Functional Independence Measure (FIM), SPRS en de Disability Rating Scale (DRS). Convergente/Divergente validiteit is onderzocht met de Mini-Mental State Examination (MMSE), Shipley Institute of Living Scale (SILS) en NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI). De resultaten worden hieronder samenvattend weergegeven:

- geen significant plafond- (12%) of vloereffect (0%) werden gevonden in de ambulante steekproeven ( $n = 68$ ).
- criterium (met gelijktijdigheidsonderzoek) validiteit in de gecombineerde thuiswonend steekproeven ( $n = 68$ ) is vastgesteld met alle instrumenten: SRS ( $r_s=0,68$ ), FIM Total ( $r_s=-0,59$ ) (Motor  $r_s=-0,55$ ; Cognitive  $r_s=-0,54$ ), SPRS Total ( $r_s=-0,54$ ) (Occupational  $r_s=-0,54$ ; Relationships  $r_s=-0,43$ ; Living skills  $r_s=-0,58$ ) en DRS ( $r_s=0,64$ ).
- criterium (voorspellende) validiteit is onderzocht in de intramurale steekproef ( $n=40$ ) en vastgesteld tussen de CANS beoordelingen genomen op de dag van ontslag uit de unit en valideringsmetingen genomen zes maanden na het ontslag: SRS ( $r_s=0,43$ ), FIM Total ( $r_s=-0,41$ ) (Motor  $r_s=-0,38$ ; Cognitive  $r_s=-0,40$ ), SPRS

Total ( $r_s=-0,47$ ) (Occupational  $r_s=-0,47$ ; Relationships  $r_s=-0,42$ ; Living skills  $r_s=-0,47$ ), DRS ( $r_s=0,42$ ) en CANS bij ontslag vs CANS zes maanden later ( $r_s=0,49$ ).

- construct (discriminant) validiteit in de gecombineerde community steekproeven is onderzocht rekening houdend met de ernst van het hersenletsel en mediaan spiltst om de FIM (op score 117) en DRS (op score 3). Statistische significante groepverschillen werden gevonden alle variabelen ( $p < 0,001$ ): PTA ( $z = 2,56$ ), FIM ( $z = 3,73$ ) en DRS ( $z = 4,74$ ).
- construct (convergente/divergente) validiteit is onderzocht in 1 van de community steekproeven ( $n = 38$ ). Zoals de auteurs verwachtten waren er hogere correlatie coëfficiënten met gelijkaardige constructen zoals MMSE totaal ( $r_s= -0,46$ ) en lagere correlatie coëfficiënten met ongelijke constructen zoals SILS ( $r_s= -0,26$ ) en NEO-FFI variërend van Agreeableness ( $r_s= 0,07$ ) tot Extraversie ( $r_s= 0,16$ ).
- responsiviteit is onderzocht in de intramurale steekproef ( $n = 40$ ). Er zijn significante verschillen gemeten ( $z = -4,56$ ,  $p < 0,01$ ) tussen het CANS niveau bij het ontslag op de revalidatie unit ( $M=4,10$ ,  $SD=1,69$ ) en zes maanden follow-up ( $M=2,45$ ,  $SD=1,78$ ), met een sterke effectgrote ( $d=0,95$ ).

Conclusie:

- Begripsvaliditeit: voldoende validiteitsgegevens op basis van één soort onderzoek
- Criteriumvaliditeit: voldoende/goede meerdere validiteitsgegevens op basis van buitenlands onderzoek
  
- Kostprijs

De CANS is online beschikbaar.



## **Developmental Disabilities – Support Assessment Profile (DD-SNAP)**

*DD-SNAP.*

*Developmental Disabilities - Support Needs Assessment Profile.*

*Examiner's Guide.*

*Butner, North Carolina: Murdoch Center Foundation, 2002 (derde editie).*

*Hennike, J.M., Myers, A.M., Realon, R.E., en Thompson, T.J.*

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

De Developmental Disabilities - Support Needs Assessment Profile (DD-SNAP) is een behoeftenbeoordelingsinstrument dat de individuele nood aan ondersteuning en hulp van personen met een beperking meet.

De DD-SNAP pretendeert geen diagnostisch instrument te zijn, en is ook niet ontwikkeld ter vervanging van diagnostische beoordelingsinstrumenten.

De DD-SNAP is onderverdeeld in drie grote secties: achtergrond informatie, DD-SNAP-profiel en DD-SNAP Support Summary (zie schalen en items). Het is met name de tweede sectie die informatie oplevert i.v.m. de benodigde zorgzwaarte/zorgintensiteit. De scores die deze sectie oplevert worden hier beschreven.

Het DD-SNAP-profiel bevat een grafisch overzicht voor de ingevulde DD-SNAP scores en alle drie domeinroosters die worden gebruikt voor de registratie van de individuele noden.

Eerst moeten de drie domeinroosters worden beoordeeld. Het betreft de domeinen ondersteuning dagelijks leven, gezondheidszorg en gedrag. Elk domeinrooster is op zijn beurt onderverdeeld in drie tot vier domeinitems met in totaal elf items. Elk item moet worden beoordeeld met een meerpuntenschaal waarbij elke score kwalitatief is beschreven. De meerpuntenschaal (level of supports) weerspiegelen de intensiteit van benodigde ondersteuning, met level 1 als minimum en level 5 als maximum. De beoordelaar identificeert op die wijze het level dat het best de individuele nood omschrijft. De beoordelaar moet bij de beoordeling steeds focussen op de ondersteuningsnoden van het individu, en niet op de hulp die momenteel wordt ontvangen of nood aan bijkomende hulp.

*Domein 1: Ondersteuning dagelijks leven.*

Dit domein omvat vier domeinitems: supervisie, benodigde bijstand, leeftijd gerelateerd, en mate van structuur voorzien door anderen.

Supervisie: Supervisie beschrijft het aantal uren dat een hulpverlener per dag beschikbaar moet zijn om het individu bij te staan bij dagelijkse activiteiten of om de veiligheid van de persoon te garanderen. Het kritische verschil tussen levels 1, 2 en 3 is het getal van acht uur.

Level 1 geeft aan dat het individu per dag nood heeft aan acht uur supervisie, maar minder dan zestien uur.

Level 2 stelt dat het individu nood heeft aan zestien uur ondersteuning per dag.

Levels 3, 4 en 5 geven aan dat supervisie meer dan 16u per dag nodig is. Level 3 en 4 verschillen in de nood aan een hulpverlener die 's nachts al dan niet wakker is bij de supervisie.

Nood aan gespecialiseerde, continue monitoring van het individu wordt in level 5 beschreven.

Benodigde bijstand: Dit domein beschrijft het type van benodigde bijstand overheen verschillende types van vaardigheden. Het onderscheidt wordt enerzijds gemaakt tussen minimale bijstand, gedeeltelijke bijstand en complete bijstand. Daarnaast wordt ook het onderscheid gemaakt tussen vier types van vaardigheden: zelfhulp (handen wassen, eten, toilet ...), dagelijkse leven (koken, kuisen, was ...), beslissingen (plannen, aankopen doen ...) en complexe vaardigheden (financiële planning, medische planning, vakantieplanning ...).

Level 1 geeft aan dat zo goed als geen bijstand nodig is, met uitzondering van bijstand bij erg complexe taken als financiële planning. Het individu kan de meeste zelfhulp en dagelijkse activiteiten.

Level 2 refereert naar minimale bijstand in de vorm van verbale aanwijzingen of gebaren nodig voor de uitvoering van een gedrag (bv. herinnering voor het poetsen van tanden). Het individu kan sommige zelfhulp en dagelijkse activiteiten zelf uitvoeren maar heeft bij vele van deze taken toch ondersteuning nodig.

Level 3 refereert naar gedeeltelijke bijstand in de vorm van praktische begeleiding voor delen van opdrachten, zoals het wassen van de benen en dergelijke. Het individu heeft bijstand nodig om de meeste zelfhulp en dagelijkse activiteiten uit te voeren.

Level 4 geeft aan dat complete bijstand nodig. De hulpverlener voert hele taken uit, zoals het wassen van een individu.

Level 5 betekent extreme bijstandsnood, bepaald door het gehele gebrek aan participatie van een individu bij een taak.

Leeftijd gerelateerd: Dit domein gaat van level 1 tot waarbij de leeftijd van het individu wordt gescoord. Level 1: 16,01 jaar en ouder; level 2: 6,01 tot 16 jaar; level 3: 2,01 tot 6 jaar; level 4: 0 tot 2 jaar).

Mate van structuur voorzien door anderen: De items uit dit domein refereren naar vaardigheden nodig voor het plannen en zorgen voor niet dagdagelijkse activiteiten. Er worden drie levels onderscheiden:

Level 1: Bijstand is vereist enkel voor speciale activiteiten zoals vakantie of doktersbezoeken. Typisch voor dit level is dat het individu het opgesteld schema zelf kan opvolgen.

Level 2: De meeste tot alle activiteiten moeten worden gepland voor de persoon. Hierbij is er hulp nodig voor een goede opvolging van de opgestelde planning.

Level 3: Alle speciale activiteiten moeten worden gepland en geïnitieerd.

*Domein 2: Ondersteuning gezondheidszorg.*

Dit domein onderscheidt vier domeinitems: ondersteuning door artsen, ondersteuning door verpleging, paramedische ondersteuning en materiële ondersteuning.

Ondersteuning door artsen: Dit domein refereert naar die noden die worden ingevuld door een arts. Nood aan tand of chiropratische ondersteuning wordt niet meegerekend. Het wordt de beoordelaars aangeraden te kijken naar de situatie van het individu van het voorbije jaar bij de inschatting van dit domein. Er zijn vier levels (geen level 3):

Level 1: Nood aan jaarlijkse routinematige medische gezondheidszorg.

Level 2: Het individu heeft één of meerdere chronische gezondheidsproblemen die tot vier keer per jaar monitoring vereisen.

Level 4: Het individu heeft één of meerdere chronische gezondheidsproblemen die meer dan vier keer per jaar monitoring vereisen door een arts.

Level 5: Dit level wordt enkel gescoord als het individu medisch extreem kwetsbaar is en nood heeft aan continue en snelle toegang tot een arts. (bv. ziekenhuissetting).

Ondersteuning door verpleging: Dit domein bevat vijf items die verwijzen naar (hulp)activiteiten die worden voorzien door verpleegsters/verplegers. Enkel die activiteiten worden bedoeld die volgens de wetgeving door verplegend personeel dienen worden opgenomen. Bij de beoordeling van de vijf levels moet de beoordelaar inschatten of de verpleegster/verpleger aanwezig dient te zijn wanneer de hulp wordt geboden.

Level 1: Enkel jaarlijkse routine hulp.

Level 2: . Één tot drie keer per maand.

Level 3: wekelijks.

Level 4: Dagelijkse.

Level 5: Meerdere keren per dag tot continu.

Paramedische ondersteuning: Met paramedische ondersteuning worden diensten bedoeld die worden voorzien door een logopedist, fysisch therapeut, diëtist ... Er worden twee levels onderscheiden:

Level 1: Geen of minder dan wekelijkse ondersteuningsnood.

Level 2: Nood aan paramedisch ondersteuning één of meerdere keren per week.

Materiële ondersteuning: Dit domein refereert naar de nood aan ondersteuning voor het onderhoud van materiële bijstand zoals bij een rolstel, communicatie apparatuur ... Hiervoor zijn twee levels weerhouden. Level 1 moeten worden gescoord indien er geen nood is op dit domein. Level 2 moet worden gescoord indien de persoon minimaal maandelijks bijstand behoeft voor het onderhoud van zijn materieel.

*Domein 3: ondersteuning van gedrag.*

In dit domein worden drie items onderscheiden: geestelijke gezondheidszorg, ernst van het gedrag en directe interventie.

Geestelijke gezondheidszorg: Dit domein meet de individuele ondersteuningsnoden aan hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg. De levels of support worden hoger naarmate er nood is aan meer expertise van de hulpverlener en naarmate er nood is aan een meer langdurige interventie. In totaal zijn er vijf levels:

Level 1: Het individu heeft geen nood aan hulpverlening uit de geestelijke gezondheidszorg, of er slechts nood aan een tijdelijke ondersteuning ten gevolge van een acute conditie (bv. rouw, gewichtsverlies, episode van depressie ...).

Level 2 weerspiegelt een nood aan een meer langdurige interventie voorzien door eender welke hulpverlener uit de geestelijke gezondheidszorg (geen diploma vereist).

Level 3 refereert naar de nood aan een formeel gedragsinterventieplan ontwikkeld door een hulpverlener zoals bv. een psycholoog.

Level 4: Het individu heeft nood aan een hulpverlener uit de geestelijke gezondheidszorg met expertise in het behandelen van ernstige gedragsproblemen waarbij een alomvattend gedragsplan wordt opgesteld. Dit level vereist dat de hulpverlener direct toezicht houdt op de gedragsinterventie.

Level 5 wordt enkel gescoord indien het individu nood heeft aan team van hulpverleners met expertise in het behandelen van ernstige gedragsproblemen waarbij direct toezicht wordt gehouden op de gedragsinterventie (met frequente nood aan nieuwe metingen). De hulpverlener moet 24u per dag bereikbaar zijn en moet dagelijks in contact staan met de voor het plan verantwoordelijke personeelsleden.

Ernst van het gedrag: Dit domein beschrijft de ernst van ongepast gedrag van een individu zoals, maar niet beperkt tot, storend, agressief en zelfpijnigend gedrag. De vijf levels zijn:

Level 1: Geen significant ongepast gedrag.

Level 2: Mild storend gedrag, maar niet schadelijk voor anderen of zichzelf.

Level 3: Het gedrag van de persoon is schadelijk voor anderen en/of zichzelf. Het betreft gedragingen zoals slaan, stampen, bijten ... . Ook gedrag dat andere angstig maakt past hier.

Level 4: De persoon stelt levensbedreigend gedrag dat een onmiddellijk gevaar op kritische schade vormt. Bv. suïcidaal gedrag, brandstichting, extreem agressief gedrag ... .

Level 5 wordt enkel gescoord indien een individu een speciaal gecontroleerde omgeving vereist ten gevolge van het ernstige probleemgedrag.

Directe interventie: De items in dit domein beschrijven de nood aan ondersteuning door personeel en de intensiteit van een gedragsinterventie voor het ongepast gedrag van een individu. Er zijn opnieuw vijf levels onderscheiden:

Level 1: De persoon heeft geen nood aan een interventie in dit domein.

Level 2: Het ongepast gedrag vereist enkel routine interventie, zoals een aanpassing of stopzetting van het gedrag. Level 2 kan de nood aan deeltijdse geïndividualiseerde personeelsopvolging bevatten.

Level 3: De persoon heeft nood aan speciale interventies zoals een helm, handschoenen, kussens ...ter bescherming van zichzelf.

Level 4 wordt gescoord als de persoon een interventie vereist die meteen volgt op het ongepast gedrag. Zulke interventie kunnen het gebruik van helmen, handschoenen ... en meer formele time-out interventies inhouden. Ook de nood een geïndividualiseerde preventieve interventie techniek hort hier thuis.

Level 5 wordt enkel gescoord indien ten gevolge van het moeilijke gedrag van de persoon een één-op-één supervisie, 24 uur per dag, vereist is voor de implementatie van een interventieprocedure.

Nadat alle domeinitems zijn beoordeeld, wordt het grafisch profiel overzicht ingevuld. Het grafisch profiel overzicht plaatst alle domeinen met bijhorende items naast elkaar (horizontaal) en de getallen van de level supports zijn eronder gezet (verticaal) waardoor een rooster is gevormd. De gescoorde level supports per domeinitem moeten door de beoordelaar worden omcirkeld. De omcirkelde scores moeten met een lijn worden verbonden.

Vervolgens moet de hoogste domeinitemscore in een domein worden geïdentificeerd. Dit cijfer van één tot vijf wordt overgenomen als domein score.

Tenslotte wordt opnieuw het hoogste cijfer geïdentificeerd, maar dit keer van de drie domein scores. Dit cijfer van één tot vijf vormt het overall level of eligibility support. Het is de finale DD-SNAP score voor een individu.

Conclusie: De DD-SNAP is gebaseerd op een combinatie van informatie. Enerzijds is er een beoordeling van de benodigde nood aan ondersteuning voor een persoon op verschillende domeinen. Anderzijds wordt een support level eveneens beschreven in termen van problemen of mogelijkheden van de cliënt (bv. medisch kwetsbaar, ernst probleemgedrag).

De DD-SNAP doet een uitspraak over de algemene benodigde hoeveelheid hulp (overall level of eligibility support), benodigde hoeveelheid hulp per domein (domein score) en benodigde hoeveelheid hulp per domeinitem (domeinitemscore). In de verschillende kwalitatieve beschrijvingen van de level supports zit eveneens informatie vervat over de vorm van hulp. Zo wordt bijvoorbeeld een uitspraak gedaan over de nood aan supervisie of aan een gedragsinterventie.

- Doelgroep

Personen met een ontwikkelingsstoornis.

Conclusie:

- Kinderen en volwassenen?
- Ontwikkelingsstoornissen

- (Theoretische) achtergrond

De ontwikkeling van de DD-SNAP begon in 1997 onder de naam NC-SNAP. Het instrument kwam als respons op de nood aan een betrouwbaar 'needs assessment instrument'. Het was de North Carolina Developmental Disabilities Policy Work Group die de nood identificeerde en tijdens discussies botste op het gebrek aan een wijdverspreid instrument. Na uitgebreide literatuurstudies werd het Murdoch Center Foundation belast met de ontwikkeling, onderzoek en testing in de praktijk van een instrument dat beoogt valide, betrouwbaar en makkelijk in gebruik te zijn voor het meten van iemands niveau of intensiteit van nood aan hulpverlening bij personen met een ontwikkelingsstoornis. In 2002 werd de naam NC-SNAP veranderd in DD-SNAP, als weerspiegeling van het dan reeds wijdverspreide gebruik van het instrument buiten North Carolina.

Conclusie:

- Geëvolueerd instrument: De DD-SNAP wordt in meerdere staten gebruikt.

- Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal

Papier-en-potlood.

De DD-SNAP bestaat uit een beoordelingsformulier. Het formulier brengt vier pagina's samen waarop de verschillende secties kunnen worden ingevuld en gescoord.

De DD-SNAP moet worden ingevuld door een gecertificeerd DD-SNAP beoordelaar. Algemeen geldt dat de meest aangewezen persoon voor het invullen van de DD-SNAP de individuele case manager of Qualified Developmental Disabilities Professional is. Strikt gezien is er geen opleidingsniveau vereist om een DD-SNAP beoordelaar te worden. Het is op basis van een DD-SNAP training dat een persoon een erkend beoordelaar kan worden.

Terwijl het invullen van het instrument in een korte tijd kan gebeuren, moet de beoordelaar goed voorbereid met kennis van het individu zijn. Informatie dient te worden gehaald bij het individu zelf, ouders, familieleden, bewakers, of hulpverleners. Meerdere informanten mogen worden gebruikt. Bij tegenstrijdige informatie moet de beoordelaar de discussie met beide informanten aangaan of bijkomende informatie zoeken. Overige informatie afkomstig van andere evaluaties en testen kan ook worden gebruikt. De wijze waarop informatie moet worden verzameld wordt niet verduidelijkt. Er is geen interviewformat beschikbaar.

De DD-SNAP zou op zijn minst jaarlijks, of op het moment dat er verandering optreedt in de individuele noden, moeten worden heringevuld.

In de handleiding wordt een procedure beschreven die als kwaliteitscontrole kan dienen. De bedoeling van de procedure is na te gaan of de DD-SNAP gebaseerd is op de juiste informatie. Samenvattend gebeurt de procedure door een onafhankelijk DD-SNAP gecertificeerd beoordelaar die de DD-SNAP opnieuw invult. Deze 'controle beoordelaar' kent de oorspronkelijke beoordelaar niet, noch de te beoordelen persoon. Aan de hand van een interview, bij voorkeur afgenomen van het individu, dient als basis van de nieuwe, controle beoordeling.

- Kwaliteit van de handleiding

Er wordt slechts in beperkte mate ingegaan op de gebruiksmogelijkheden: de auteurs stellen dat de DD-SNAP een behoeftenbeoordelingsinstrument is dat de individuele nood aan ondersteuning en hulp van personen met een beperking meet. Wat betreft de beperkingen stellen de auteurs dat de DD-SNAP geen diagnostisch instrument wil zijn, en ook niet ontwikkeld is ter vervanging van diagnostische beoordelingsinstrumenten.

Er worden geen psychometrische gegevens verstrekt.

Een casus wordt slechts in zeer beperkte wijze uitgewerkt. Er wordt met name enkel een voorbeeld gegeven van een ingevuld DD-SNAP grafisch profiel overzicht. Voorts worden bij de verduidelijking van de verschillende supports levels enkele voorbeelden verschaft.

De domeinen en items zijn verduidelijkt.

Er worden slechts weinig instructies gegeven over de wijze waarop informatie moet worden verzameld. Daarnaast bevat de handleiding wel een hoofdstuk 'Answers to frequently asked questions' waarin ook vaak gestelde vragen worden behandeld met betrekking tot de invulling van bepaalde items (bv. natural supports) en moeilijkheden in bepaalde situaties (bv. tegenstrijdige informatie).

- Schalen en items

De DD-SNAP is onderverdeeld in drie grote secties:

Sectie 1: Achtergrond informatie

Deze sectie dient voor het verzamelen van algemene achtergrond informatie van het individu dat wordt beoordeeld, van de beoordelaar en de datum van afname.

Volgende items worden in deze sectie gescoord: naam individu, social security nummer, uniek ID nummer, Case nummer, geboortedatum, leeftijd, adres, telefoonnummer, land, bevoegde instantie, significante informele steun (ja/nee), huidig DD system ondersteuning (eerste contact, ontvangt ondersteuning, wachtlijst, ontvangt ondersteuning maar op wachtlijst), naam beoordelaar, telefoonnummer beoordelaar, certificaat nummer beoordelaar, en de datum van afname.

## Sectie 2: DD-SNAP-profiel

Deze sectie werd reeds beschreven in 'gebruiksdoel en uitkomstvariabelen'. Hieronder volgt meer informatie over de bijhorende instructies en een korte herhaling van de verschillende items per domein.

Het DD-SNAP-profiel beslaat een deel van pagina één, en de volledige pagina's twee en drie. Het DD-SNAP-profiel bevat grafisch profiel overzicht voor de ingevulde DD-SNAP scores en alle drie domeinroosters die worden gebruikt voor de registratie van de individuele noden.

Eerst moeten de drie domeinroosters worden beoordeeld. Het betreft de domeinen ondersteuning dagelijks leven, gezondheidszorg en gedrag. Elk domeinrooster is op zijn beurt onderverdeeld in drie tot vier domeinitems met in totaal elf items. Elk item moet worden beoordeeld met een meerpuntenschaal waarbij elke score kwalitatief is beschreven. De meerpuntenschaal (level of supports) weerspiegelen de intensiteit van benodigde ondersteuning, met level 1 als minimum en level 5 als maximum.

De DD-SNAP wordt ingevuld door het lezen van de beschrijvingen vertrekkende bij level 1 naar hogere levels. De beoordelaar identificeert op die wijze het level dat het best de individuele nood omschrijft. Deze procedure dient de beoordelaar voor elk item te volgen. Level 1 tot 4 vertegenwoordigen noden die op een continuüm liggen die slechts licht van elkaar verschillen. Level 5 daarentegen verwijst naar een nood aan ondersteuning die ongewoon extreem is en buitengewoon veel ondersteuning vergt.

De beoordelaar moet bij de beoordeling steeds focussen op de ondersteuningsnoden van het individu, en niet op de hulp die momenteel wordt ontvangen of nood aan bijkomende hulp.

### *Domein 1: Ondersteuning dagelijks leven.*

Dit domein omvat vier domeinitems: supervisie (vijf support levels), benodigde bijstand (vijf support levels), leeftijd gerelateerd (vier support levels), en mate van structuur voorzien door anderen (drie support levels).

### *Domein 2: Ondersteuning gezondheidszorg.*

Dit domein onderscheidt vier domeinitems: ondersteuning door artsen (vier support levels), ondersteuning door verpleging (vijf support levels), paramedische ondersteuning (twee support levels ) en materiële ondersteuning (twee support levels).

### *Domein 3: ondersteuning van gedrag.*

In dit domein worden drie items onderscheiden: geestelijke gezondheidszorg (vijf support levels), ernst van het gedrag (vijf support levels) en directe interventie (vijf support levels).

Nadat alle domeinitems zijn beoordeeld wordt het grafisch profiel overzicht ingevuld. Het grafisch profiel overzicht plaatst alle domeinen met bijhorende items naast elkaar (horizontaal) en de getallen van de level supports zijn eronder gezet (verticaal) waardoor een rooster is gevormd. De gescoorde level supports per domeinitem moeten door de beoordelaar worden omcirkeld. De omcirkelde scores moeten met een lijn worden verbonden.

Vervolgens moet de hoogste domeinitemscore in een domein worden geïdentificeerd. Dit cijfer van één tot vijf wordt overgenomen als domeinscore.

Tenslotte wordt opnieuw het hoogste cijfer geïdentificeerd, maar dit keer van de drie domein scores. Dit cijfer van één tot vijf vormt het overall level of eligibility support. Het is de finale DD-SNAP score voor een individu.

### Sectie 3: DD-SNAP support summary

Het ondersteuningsoverzicht in deze derde sectie beslaat het vierde en laatste formulier. Een samenvatting wordt aangeboden als een optioneel hulpmiddel voor de ontwikkeling van een persoonsgericht hulplan. Het bevat een tabel waarin per domeinitem notities genomen kunnen worden i.v.m. huidige noden, huidige ontvangen informele steun, andere huidige ontvangen hulp, niet vervulde noden, en voorkeuren of aanvraag voor hulp.

De beoordelaar maakt voor de identificatie van de huidige noden het best gebruik van scores uit het domeinrooster uit sectie 2.

- Normering

Elk domeinitem moet worden beoordeeld met een meerpuntenschaal waarbij elke score kwalitatief is beschreven. De meerpuntenschaal (level of supports) weerspiegelt de intensiteit van benodigde ondersteuning, met level 1 als minimum en level 5 als maximum. De beoordelaar identificeert op die wijze het level dat het best de individuele nood omschrijft. De normering van de DD-SNAP is dus klinisch kwalitatief.

Conclusie:

- Klinisch kwalitatieve normen.

- Betrouwbaarheid

Geen informatie.

- Validiteit

Geen informatie.

- Kostprijs<sup>8</sup>

Examiner's guide + tien formieren: 10 dollar.

Examiner's guide: 2 dollar.

Formulier: 1 dollar.

---

<sup>8</sup> <http://www.murdochfoundation.org/snapproduct.htm>

## **BARO**

- *BARO. Handleiding rapportageformat.*

*Ministerie van Justitie. Raad voor de Kinderbescherming.*

*Februari 2003.*

- *BARO. Handleiding BARO en handleiding rapportageformat.*

*Ministerie van Justitie. Raad voor de kinderbebescherming.*

*Drs. M. Spaanders*

*Februari 2003.*

- *Doreleijers, Th.A.H., Moser, F., Thijs, P., van Engeland, H., en Beyaert, F.H.L. (2000). Forensic assessment of juvenile delinquents: prevalence of psychopathology and decision-making at court in the Netherlands. Journal of Adolescence, 23, 263-275.*

- *Artikel in ontwikkeling: Doreleijers, T.A.H., Bijl, B., van der Veldt, M.C., van Loosbroek, E., Boonmann, C., en Vermeiren, R.R.J.M. The BARO: a global assessment instrument for psychiatric disorders and psychosocial functioning in juvenile offenders.*

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

De BARO (afgeleid van BASISRaadsOnderzoek) is een instrument dat wordt gehanteerd ter ondersteuning van de screening van jeugdige verdachten in Nederland. De BARO is ontwikkeld in een poging om herval in delinquentie tegen te gaan en om een positieve ontwikkeling te stimuleren voor jeugdigen met een verhoogd risico op delinquentie. In het kader hiervan worden twee gebruikersdoelen geformuleerd:

#### 1. Voorlichtingsfunctie

Het gaat om het opsporen van gegevens waarvan bekend is dat deze een rol kunnen spelen bij de voorbereiding op het plegen van of het betrokken raken bij een delict. Het doel hiervan is om in strafrechtelijke zin op grond van deze gegevens te kunnen adviseren aan de justitiële autoriteiten.

#### 2. Selectiefunctie

Er wordt gescreend op gegevens die aanwijzingen opleveren voor achterliggende stoornissen en op problemen in de leefsituatie bij de jeugdige. Het doel hiervan is om op grond van deze gegevens een indicatie te kunnen stellen voor verder onderzoek en/of uitgebreide diagnostiek.

De BARO bestaat uit vier grote gedeelten: voorblad, vragenlijst (semi-gestructureerd interview), de kaders voor de invulling van de zorgindex en het wegingsformulier. Daarnaast is er nog het rapportageformat.

De BARO is opgebouwd rond negen domeinen: delict, omgevingsfactoren, functioneren in het gezin, functioneren op school, functioneren in de vrije tijd,

gebruik/gokken, gevoel, gedrag, ontwikkeling/voorgeschiedenis (zei verder schalen en items). Dit zijn risicofactoren zoals uit wetenschappelijk onderzoek naar voren gekomen en die in de screeningslijst verwerkt zitten. De volgorde van de domeinen is niet willekeurig en het heeft nadrukkelijk de voorkeur om alleen in uitzonderingen van de volgorde af te wijken op grond van argumenten die bij de afname vastgelegd dienen te worden. De volgorde van de domeinen is in de vragenlijst anders dan in het wegingsformulier. Dit is vanwege de gespreksopbouw en enkele gemakkelijke overgangen van het ene naar het andere domein. De volgorde van de domeinen op het wegingsformulier corresponderen met het rapportageformat.

Uit het semi-gestructureerd interview haalt de raadsonderzoeker de informatie haalt die hem in staat stelt om een overzichtelijke en inzichtelijke rapportage inclusief een onderbouwd stafadvies te geven en een bijdrage te leveren aan de selectie van die jongeren die beter af zijn met goede diagnostiek en passende hulpverlening dan (alleen) met straf.

Het semi-gestructureerde interview bestaat ten eerste uit open vragen zonder antwoordalternatieven, vaak mogelijk omdat de reeks antwoordalternatieven niet uitputtend opgesomd kan worden. Volgens de auteurs is dit ook niet nodig: de BARO is een screeningsinstrument waarbij het van belang is te achterhalen dat er wat aan de hand is, zonder nog te hoeven weten wat er aan de hand is. Ten tweede zijn er indexvragen, met antwoordalternatieven, in de BARO voorzien. Ze hebben een in het oog springend kader waarin de antwoordalternatieven aangekruist kunnen worden. De antwoorden op de tien indexvragen kunnen worden gebruikt ter controle van de eigen weging. Naarmate er op meer indexvragen bevestigend is geantwoord neemt de kans toe op het bestaan van een criminele carrière en/of het bestaan van achterliggende problematiek. Wanneer de uitkomsten van de eigen weging en van de indexvragen uiteenlopen geeft dit aanleiding om de eigen weging nog eens kritisch te bekijken.

Na het stellen van de vragen aan jongere, ouders en school/politie/gezinsvoogd dient per domein een weging te worden gemaakt van alle antwoorden samen. Er moet worden vastgesteld of deze weging aanleiding geeft tot bezorgdheid (=ernst problematiek), en zo ja, in welke mate. De raadsonderzoeker vult het wegingsformulier in door slechts één kruisje te zetten per domein. Voor elk domein worden (door de BARO) op kwalitatieve wijze enkele kenmerken beschreven die de mate van bezorgdheid bepalen.

Nadat de BARO in zijn geheel is afgenomen wordt door de raadsonderzoeker een probleemanalyse (zie verder bij meetmethode) uitgevoerd en vult aan de hand daarvan direct het wegingsformulier in. Per domein wordt verticaal aangegeven welke personen op het gebied van dat domein informatie verschaft hebben. Wanneer door omstandigheden alleen maar bij de jongere de BARO is afgenomen zal dit in deze verticale vakjes duidelijk zichtbaar zijn. De auteurs stellen dat de mate van bezorgdheid bekomen op basis van het wegingsformulier maar matig betrouwbaar kan zijn. De ervaring van de raadsonderzoeker zal bepalend zijn.

Per domein worden risico- en beschermende factoren tegen elkaar afgewogen. Die afweging zal in samenhang met de observatiegegevens van de raadsonderzoeker en

diens professionele werkervaring leiden tot de uiteindelijke conclusie of er sprake is van geen, enige, veel of zeer veel zorg dan wel dat de informatie beslist onvoldoende is om een verantwoorde weging op dat domein te maken.

De afname van de BARO resulteert in een antwoord op volgende onderzoeksvragen:

- Wat is het oordeel over het huidige functioneren van de jongere?

Het gaat er bij de beantwoording van deze vraag om dat de lezer een 'overall beeld' krijgt van het functioneren van de jeugdige.

- Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het delict(gedrag)?

Deze vraag kan beantwoord worden door die factoren te noemen, die een rol lijken te hebben gespeeld bij het delict.

- Zijn er aanwijzingen voor onderliggende problemen en/of stoornissen die de jongere mogelijk in diens ontwikkeling bedreigen?

Hier dient duidelijk te worden aangegeven of er wel of niet sprake is van bijvoorbeeld ernstige ontwikkelings- of gedragsproblemen, excessief alcohol- of drugsgebruik of gokgedrag en/of psychische problemen.

- Is nadere bemoeienis door de Raad voor de Kinderbescherming geïndiceerd? Zo ja: in welke vorm en in welk kader?

Deze vraag wordt beantwoord door allereerst een uitspraak te doen over de volledigheid en betrouwbaarheid van het uitgevoerde onderzoek; voorgaande informatie te relateren aan de mate van bezorgdheid (bedreigende/beschermende factoren) en de domeinen waarop de eventuele zorg zich richt; en vervolgens aan te geven in hoeverre bedreigingen zijn waargenomen in de ontwikkeling van de jeugdige en welke dat zijn. Hieruit volgt een conclusie 'wel of geen nadere bemoeienis'.

Vervolgens moet de vorm en het kader van de nadere bemoeienis aan de hand van de volgende argumenten worden gerapporteerd: aan- of afwezigheid van problemen in opvoedingssituatie; ontwikkelpunten, motivatie en mogelijkheden van de jeugdige; en effecten van eerdere interventies.

Onder nadere bemoeienis door de Raad valt: het uitvoeren van vervolgonderzoek of onderzoek naar opvoedingssituatie en eventuele agendering.

- Wat is vanuit pedagogisch opzicht voor deze jeugdige de meest wenselijke (strafrechtelijke) reactie?

Naast een strafrechtelijk advies is dit de plek waar een eventueel hulpadvies kan worden geformuleerd. De adviezen die hier worden gegeven moeten logischerwijze volgen uit het voorgaande en moeten in elk geval goed worden onderbouwd. Dat impliceert een beschrijving waarom de geadviseerde straf of hulp voor deze cliënt het meest passend is. Hiervoor moet worden aangegeven of er vooral normbevestigend moet worden opgetreden of er daarnaast specifieke aandachtspunten en/of leerdoelen zijn.

Indien wordt verwezen naar (vrijwillige) jeugdhulpverlening, moet door de raadsonderzoeker worden aangegeven voor welke vorm wordt gekozen, op welke

problemen de hulpverlening zich dient te richten en welke doelen ermee willen worden bereikt (rekening houdend met de verwachtingen van de jongere en diens ouders).

Onderdeel D bevat het feitelijk 'Advies inzake strafrechtelijke reactie'. Dit gedeelte van het rapport kan heel kort zijn. Er wordt zo concreet mogelijk geadviseerd over de strafrechtelijke afdoening. Als de Raad reden heeft tot bezorgdheid dan wordt vermeld welke verdere stappen de Raad zal ondernemen en waarop die zich richten. Er zijn twee mogelijkheden:

(1) de beslissing om het basisonderzoek af te sluiten, de raadsbemoeyenis te beëindigen en strafadvies te geven,

(2) de beslissing om het raadonderzoek af te sluiten en hetzij te verwijzen naar een instelling voor jeugdhulpverlening, hetzij over te gaan tot nader onderzoek met daarbinnen de mogelijkheid tot verdere diagnostiek en de beslissing om in dit stadium wel of geen strafadvies uit te brengen. De BARO rapportage wordt afgesloten met de onderdelen 'Inzage en afgifte' en 'ondertekening'.

### Conclusie:

De BARO heeft als eerste doel het screenen van jeugdige verdachten om te beoordelen of verdere bemoeienis door de Raad voor de Kinderbescherming geïndiceerd is. De BARO is een screeningsinstrument waarbij het van belang is te achterhalen dat er wat aan de hand is, zonder nog te hoeven weten wat er aan de hand is. Er wordt onderzocht of men zich veel dan weinig zorgen over deze jeugdige hoeft te maken voor de toekomst en op basis daarvan wordt een besluit genomen.

Het formuleren van een hulpadvies buiten de gerechtelijke hulpverlening is slechts een bijkomstig gebruikersdoel van de BARO. Daarbij wordt geen expliciet onderscheidt gemaakt in hoeveelheid aan zorg die nodig is. Dit maakt dat de BARO minder toepasbaar is als instrument voor het meten van de zorgintensiteit/zorgzwaarte voor minderjarigen.

Desondanks is de BARO erop gericht een uitspraak te doen over wat vanuit pedagogisch opzicht voor deze jeugdige de meest wenselijke (strafrechtelijke) reactie is. Op deze wijze levert de BARO op inhoudelijke en procesmatige wijze een bijdrage bij de bepaling van de benodigde hulp bij jeugdigen. De bepaling is gebaseerd op de ernst van de problematiek (mate van bezorgdheid). De BARO kan ook domeinen met nood aan hulp aanduiden in die zin dat verschillende domeinen zijn weerhouden die elk afzonderlijk moeten worden beoordeeld.

#### ▪ Doelgroep

De BARO wordt gebruikt bij de Raad voor de Kinderbescherming en is bedoeld voor jeugdigen die door de politie zijn geverbaliseerd of in verzekering zijn gesteld.

### Conclusie:

- 0 tot 18 jaar
- Strafrechtelijke problematiek

- (Theoretische) achtergrond

De BARO is in 1997 ontworpen door Prof. Th. Doreleijers werkzaam aan de VU te Amsterdam in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW). Het instrument is ontworpen nadat bleek dat psychosociale ellende verschillend is tussen delinquenten en niet-delinquenten, en tussen verschillende groepen van delinquenten. Psychiatrische stoornissen en psychosociaal disfunctioneren hebben op deze wijze een voorspellende waarde voor delinquentie en herval. In een poging om herval in delinquentie tegen te gaan en om een positieve ontwikkeling te stimuleren voor jeugdigen met een verhoogd risico op delinquentie is de BARO ontwikkeld. Dit instrument diende met name die individuen te herkennen die een verhoogd risico hebben op delinquentie en/of herval.

Tijdens de trainingen van de BARO vanaf eind 1999 kwamen een aantal vragen en op- of aanmerkingen regelmatig terug. Daarnaast bleek er behoefte aan voorbeelden van formulering ten behoeve van de rapportage. Omdat het om regelmatig terugkerende vragen gaat werd besloten om een handleiding voor het gebruik van de BARO samen te stellen alsmede een handleiding bij het rapportageformat.

Met de BARO wordt gescreend ten behoeve van de voorlichtingsfunctie en de selectiefunctie die de Raad heeft. Wat betreft beide functies zijn de risicofactoren die op grond van wetenschappelijke literatuur en op basis van secundaire analyse naar voren komen in vragen omgezet. De consequentie van het screenen is, dat er binnen wetenschappelijk bepaalde en aanvaardbare grenzen, sprake zal zijn van vals-positieve en vals-negatieve uitkomsten.

In de BARO zitten een aantal indexfactoren vervat. Deze factoren zijn verkregen op basis van statistische bewerkingen van epidemiologische gegevens. Zo werd voor zowel de jongere als de ouders een 'top-5' samengesteld van die factoren die in hoge mate aangetroffen worden bij jongeren die een criminele carrière ontwikkelen of bij wie sprake is van achterliggende problematiek. In de BARO worden de vragen die op deze wijze verkrijgen zijn de indexvragen genoemd.

Conclusie:

- Theoretisch kader.
- Geëvolueerd instrument

- Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal

Papier-en-potlood.

De BARO bestaat uit vier gedeelten: het voorblad, de vragenlijst, de kaders voor de invulling van de zorgindex en het wegingsformulier. Daarnaast is er nog het rapportageformat.

De BARO dient in Nederland te worden ingevuld door een raadsonderzoeker. Er zijn een aantal voorwaarden waaraan de raadsonderzoeker moet voldoen verbonden aan het afnemen van de BARO:

- de raadsonderzoeker moet beschikken over de noodzakelijke voorkennis met betrekking tot de achtergrond van de vragen,
- de raadsonderzoeker moet de vragen waar nodig kunnen uitleggen aan de respondent,
- de raadsonderzoeker moet de vragen kunnen aanpassen (zonder de inhoud en de strekking te veranderen) aan het begripsvermogen van de respondent,
- de raadsonderzoeker moet kunnen inschatten wanneer kort doorvragen (om te verduidelijken) aangewezen is,
- de raadsonderzoeker moet weten hoe de antwoorden te interpreteren (en te combineren) lopende het interview.

De auteurs van de handleiding stellen dat bij de afname van de BARO het best de jeugdige, zijn ouders en de school als informanten worden gehanteerd.

Bij de BARO is gekozen voor een semi-gestructureerd interview. De belangrijke rol van de onderzoeker wordt hierbij erkend. Door de afname van een semi-gestructureerd interview is de raadsonderzoeker in staat een overzichtelijke en inzichtelijke rapportage inclusief een onderbouwd stafadvies te geven en een bijdrage te leveren aan de selectie van die jongeren die beter af zijn met goede diagnostiek en passende hulpverlening dan (alleen) met straf.

De kennismaking en introductie van de BARO worden van groot belang geacht om de vragenlijst vervolgens op een goede manier en conform de richtlijnen af te kunnen nemen. Voor de kennismaking worden een aantal onderwerpen geformuleerd die zeker aan bod moeten komen.

Gezien de diversiteit en de complexiteit van de problematiek komt in het semi-gestructureerd interview een brede range aan vragen en domeinen voor. Dit voorkomt dat belangrijke informatie gemist wordt. De interviewvragen dienen in principe letterlijk gesteld te worden, maar laten wat vrijheid toe wanneer lage intelligentie of taalproblemen tot verduidelijking noodzaken. Ook mag de jongere, of mogen de ouders gestimuleerd worden tot een antwoord te komen.

Bij de BARO worden er geen antwoordalternatieven aangeleverd. Vaak is dit niet mogelijk omdat de reeks antwoordalternatieven niet uitputtend opgesomd kan worden. Volgens de auteurs is dit vaak niet nodig omdat de BARO een screeningsinstrument is waarbij het van belang is te achterhalen dat er wat aan de hand is, zonder nog te hoeven weten wat er aan de hand is.

De indexvragen in de BARO zijn voorzien van een in het oog springend kader waarin de antwoordalternatieven aangekruist kunnen worden. De antwoorden op de tien indexvragen kunnen worden gebruikt ter controle van de eigen weging. Naarmate er op meer indexvragen bevestigend is geantwoord neemt de kans toe op het bestaan van een criminele carrière en/of het bestaan van achterliggende problematiek.

Wanneer de uitkomsten van de eigen weging en van de indexvragen uiteenlopen geeft dit aanleiding om de eigen weging nog eens kritisch te bekijken.

De BARO is opgedeeld in negen domeinen (zie ook schalen en items). Dit heeft te maken met al de risicofactoren zoals die uit wetenschappelijk onderzoek naar voren zijn gekomen en die in de screeningslijst verwerkt zitten. De volgorde van de domeinen is niet willekeurig en het heeft nadrukkelijk de voorkeur om alleen in uitzonderingen van de volgorde af te wijken op grond van argumenten die bij de afname vastgelegd dienen te worden. De volgorde van de domeinen is in de vragenlijst anders dan in het wegingsformulier. Dit is vanwege de gespreksopbouw en enkele gemakkelijke overgangen van het ene naar het andere domein. De volgorde van de domeinen op het wegingsformulier corresponderen met het rapportageformat.

De eigen indrukken van de raadsonderzoeker worden expliciet bevraagd met de BARO. De eerste indrukken van de interviewer zijn van essentieel belang om aangegeven te worden aangezien de vragenlijst bijvoorbeeld geen controlelijst bevat die de mate van sociale wenselijkheid scoort. Maar ook omdat uiterlijke kenmerken van belang kunnen zijn en de contactname vaak voelbaar afwijkend is. Om de tijdsinvestering te bekorten is een schematisch overzicht gemaakt van de meest voorkomende indrukken, volgens uiterlijk, gedragingen, contactname en ernstige problemen. De items in dit schema kunnen gemakkelijk en snel aangekruist worden.

Op basis van de BARO wordt een verslag opgesteld van de jeugdige verdachte. De BARO rapportage dient bij voorkeur zo te worden opgesteld dat het een prettig leesbare en efficiënte weergave is van het onderzoeksproces, de informatie over de cliënt zelf, het delict dat de aanleiding vormt van het BARO onderzoek, eventueel gesignaleerde problematiek en het raadsadvies.

De rapportage bestaat uit vier onderdelen. Het eerste, deel A, bevat alle relevante informatie over het BARO onderzoeksproces: aanleiding tot het basisonderzoek, verantwoordelijkheid, gehanteerde onderzoeksmethode, standaard-onderzoeksvragen (zie verder) en onderzoeksverloop.

Het tweede deel, dat zich concentreert rond de onderzoeksgegevens is beschrijvend van aard. Het betreft een weergave van de feiten i.v.m. de jongere en diens situatie, zoals naar voren is gekomen tijdens het gesprek. Er kan worden volstaan met de beschrijving van de ter zake doende informatie. Afhankelijk van de mate van bezorgdheid en de complexiteit van de problemen wordt de relevantie bepaald. Hier, in deel B, wordt een beeld gegeven van de jongere en het gepleegde delict, in algemeen, beschouwende zin. Wel wordt elk domein besproken, ook al lijkt er weinig bijzonders over te vermelden.

Het derde, deel C van de rapportage betreft een interpretatie van de raadsonderzoeker. De raadsonderzoeker voert een probleemanalyse uit, aan de hand van het aantekeningensformulier en het BARO-wegingsformulier. Het eerste formulier is een hulpformulier voor de raadsonderzoeker dat dient om het wegingsformulier op basis van BARO-gegevens adequaat in te vullen. Het aantekeningensformulier kan na het gebruik worden vernietigd en maakt dus geen onderdeel uit van het dossier.

Dit alles resulteert in de beantwoording van de (standaard) onderzoeksvragen. Het gaat bij de beantwoording van de onderzoeksvragen niet enkel om de antwoorden zelf, maar vooral om de overwegingen op grond waarvan de raadsonderzoeker tot een bepaald antwoord is gekomen. Alleen dan is het denkproces van de raadsonderzoeker te volgen voor de lezer.

- Wat is het oordeel over het huidige functioneren van de jongere?

Het gaat er bij de beantwoording van deze vraag om dat de lezer een 'overall beeld' krijgt van het functioneren van de jeugdige.

- Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het delict(gedrag)?

Deze vraag kan beantwoord worden door die factoren te noemen, die een rol lijken te hebben gespeeld bij het delict.

- Zijn er aanwijzingen voor onderliggende problemen en/of stoornissen die de jongere mogelijk in diens ontwikkeling bedreigen?

Hier dient duidelijk te worden aangegeven of er wel of niet sprake is van bijvoorbeeld ernstige ontwikkelings- of gedragsproblemen, excessief alcohol- of drugsgebruik of gokgedrag en/of psychische problemen.

- Is nadere bemoeienis door de Raad voor de Kinderbescherming geïndiceerd? Zo ja: in welke vorm en in welk kader?

Deze vraag wordt beantwoord door allereerst een uitspraak te doen over de volledigheid en betrouwbaarheid van het uitgevoerde onderzoek; voorgaande informatie te relateren aan de mate van bezorgdheid (bedreigende/beschermende factoren) en de domeinen waarop de eventuele zorg zich richt; en vervolgens aan te geven in hoeverre bedreigingen zijn waargenomen in de ontwikkeling van de jeugdige en welke dat zijn. Hieruit volgt een conclusie 'wel of geen nadere bemoeienis'.

Vervolgens moet de vorm en het kader van de nadere bemoeienis aan de hand van de volgende argumenten worden gerapporteerd: aan- of afwezigheid van problemen in opvoedingssituatie; ontwikkelpunten, motivatie en mogelijkheden van de jeugdige; en effecten van eerdere interventies.

Onder nadere bemoeienis door de Raad valt: het uitvoeren van vervolgonderzoek of onderzoek naar opvoedingssituatie en eventuele agendering.

- Wat is vanuit pedagogisch opzicht voor deze jeugdige de meest wenselijke (strafrechtelijke) reactie?

Naast een strafrechtelijk advies is dit de plek waar een eventueel hulpadvies kan worden geformuleerd. De adviezen die hier worden gegeven moeten logischerwijze volgen uit het voorgaande en moeten in elk geval goed worden onderbouwd. Dat impliceert een beschrijving waarom de geadviseerde straf of hulp voor deze cliënt het meest passend is. Hiervoor moet worden aangegeven of er vooral normbevestigend moet worden opgetreden of er daarnaast specifieke aandachtspunten en/of leerdoelen zijn.

Indien wordt verwezen naar (vrijwillige) jeugdhulpverlening, moet worden aangegeven voor welke vorm wordt gekozen, op welke problemen de hulpverlening

zich dient te richten en welke doelen ermee willen worden bereikt (rekening houdend met de verwachtingen van de jongere en diens ouders).

Onderdeel D bevat het feitelijk 'Advies inzake strafrechtelijke reactie'. Dit gedeelte van het rapport kan heel kort zijn. Er wordt zo concreet mogelijk geadviseerd over de strafrechtelijke afdoening. Als de Raad aanleiding heeft tot zorg dan wordt vermeld welke verdere stappen de Raad zal ondernemen en waarop die zich richten. Er zijn twee mogelijkheden:

(1) de beslissing om het basisonderzoek af te sluiten, de raadsbemoediging te beëindigen en strafadvies te geven,

(2) de beslissing om het raadonderzoek af te sluiten en hetzij te verwijzen naar een instelling voor jeugdhulpverlening, hetzij over te gaan tot nader onderzoek met daarbinnen de mogelijkheid tot verdere diagnostiek en de beslissing om in dit stadium wel of geen strafadvies uit te brengen. De BARO rapportage wordt afgesloten met de onderdelen 'Inzage en afgifte' en 'ondertekening'.

In de handleiding staat dat de BARO in zijn algemeenheid bij de jongere af te nemen is binnen 45 minuten. Dit kan zelfs aanzienlijk bekort worden wanneer er geen sprake is van noemenswaardige problemen bij de jongere. Hoeveel tijd de BARO gemiddeld in beslag neemt indien meerdere informanten worden gebruikt wordt niet vermeld.

Uit het artikel van Doreleijers et al. (in ontwikkeling) blijkt het volgende: zo goed als alle medewerkers (N=285) registreerde de afnametijd met de jeugdige. De gemiddelde afnametijd bedroeg 74.9 minuten (95% CI: 71.5 – 78.4). Het BARO interview met de ouders werd geregistreerd voor 248 contacten. De gemiddelde afnametijd bedroeg 70.4 minuten (95% CI: 67.1 – 73.7). Voor slechts 87 gevallen is de school gecontacteerd. Dit nam gemiddeld 22.9 minuten in beslag (95% CI: 19.6 – 26.2).

#### ▪ Kwaliteit van de handleiding

Er zijn twee handleidingen beschikbaar: de 'Handleiding BARO en handleiding rapportageformat' handelt over het gehele instrument en de 'Handleiding rapportageformat' zoomt specifiek in op het BARO-rapport als resultaat van het onderzoek met de BARO. De kwaliteit van de handleiding zoals hier beschreven heeft betrekking op beide handleidingen.

Het gebruiksdoel van de BARO wordt beschreven in de handleiding. De beperkingen worden niet overzichtelijk beschreven. Sporadisch wordt wel een beperking vermeld. Zo wordt gewezen op een beperkte betrouwbaarheid van de BARO indien enkel de jeugdige als informant wordt gebruikt.

Psychometrische gegevens worden niet in de handleiding gepresenteerd.

Verschillende voorbeelden zijn wel terug te vinden in de handleiding. Één uitgewerkte casus ontbreekt.

Daarnaast worden de domeinen verduidelijkt en worden concrete instructies gegeven bij het gebruik van de verschillende onderdelen van de BARO.

- Schalen en items

De BARO maakt gebruik van negen domeinen. Dit heeft te maken met al de risicofactoren zoals die uit wetenschappelijk onderzoek naar voren zijn gekomen en die in de screeningslijst verwerkt zitten. De indeling van de domeinen is:

- - Delict:

Vraag 1 naar de toedracht is een open vraag. De jongere wordt uitgenodigd om zijn/haar eigen visie te geven. Van belang is dat het hier niet gaat om waarheidsvinding maar om de beleving van de jongere zelf. Indien de beleving van de jongere zodanig is dat hij/zij elke verantwoordelijkheid ontkent volgt vraag 3.

Zodra enig beeld over het delict duidelijk is wordt overgegaan naar de gestandaardiseerde vragen. De vragen 2a, 2c, 2d en 2e gaan over de beleving van de jongere en zij geven zicht op de gewetensfuncties en de waarden/normen van de jongere.

Vraag 2b gaat over de toestand waarin de jongere verkeerde tijdens het delict. Een aanzienlijk deel van de delicten bij jongeren vindt plaats onder invloed van alcohol (in mindere mate onder invloed van drugs cq de combinatie van beiden). De interviewer weet dat het (algemene) gebruik van alcohol en drugs uitgebreider aan bod komt in het domein *Gebruik/Gokken*, en gaat er nu niet verder op in.

Bij de vragen aan de ouders is vraag 4a eveneens een open vraag die ruimte biedt aan hun kijk en beleving. Indien ouders de tenlastelegging ontkennen of externaliseren wordt vraag 5 overgeslagen en gaat de interviewer door naar vraag 6. Bij vraag 6 (een indexvraag) kruist de raadsonderzoeker tijdens het interview het juiste item over het aantal politiecontacten aan in het daar aangegeven kader.

- - Omgevingsfactoren:

Het is belangrijk dat de raadsonderzoeker een korte uitleg geeft over de achtergrond van deze uiteenlopende omgevingsfactoren aan de jongere en de ouders voordat de vragen worden gesteld. In deze uitleg komt naar voren dat je als raadsonderzoeker strafzaken in aanraking komt met jongeren (en gezinnen) die met meerdere van deze omgevingsfactoren te maken kunnen hebben of hebben gehad. Je stelt deze vragen om de beschermende factoren en de risicofactoren van de levensomstandigheden in kaart te kunnen brengen en om deze informatie in de weging mee te kunnen nemen. De onderwerpen van het domein *Omgevingsfactoren* vragen expliciet naar de feitelijke omstandigheden die in belangrijke mate bijdragen aan een gunstig dan wel ongunstig ontwikkelingsperspectief van de jongere.

De uiteenlopende onderwerpen in dit domein zijn:

De algemene gezinsomstandigheden (huisvesting, sociaal-economische gegevens, gebroken gezin/eenoudergezin, ruimte voor individuele ontwikkeling, 'sleutelkinderen', gezondheid/hulpverlening van de *andere* gezinsleden);

De gezinsomstandigheden ten aanzien van opvoeding, geweld, alcohol, drugsgebruik, de omstandigheden in de buurt van het gezin: geweld, (on)veiligheid, achterstandsbuurt;

Criminaliteit in het gezin en/of in de directe familie; traumatiserende ervaringen in het leven van de jongere of in het gezinsleven.

Invloed van de afkomst in zijn algemeenheid en/of transculturele problemen op de jongere of het gezin.

Een aantal van de vragen in de BARO vertonen een kwalitatieve toename in de ernst van bijvoorbeeld het geweld waar naar geïnformeerd wordt. Wanneer op betrouwbare wijze geweld buiten het gezin ontkend wordt vraag je hier niet verder door naar kneuzingen, duizeligheid of bewusteloosheid.

Bij de vragen 4, 5 en 6 kan *dus* telkens doorgegaan worden naar de volgende vraag wanneer het antwoord op a) ontkennend is.

Bij vraag 8 geldt hetzelfde wanneer het antwoord op b) ontkennend is. Wanneer het antwoord op 4, 5 en 6 a) of in geval van vraag 8 op b) bevestigend is worden de daarop volgende vragen ( 4 b), 5 b), 6 b t/m e) of 8 b) ) gesteld om zicht te krijgen op de ernst en de kwaliteit van het middelengebruik in de directe omgeving van de jongere, de criminaliteit in de familie en/of het geweld in of buiten het gezin. Hetzelfde is van toepassing wanneer er in het gezin geslagen wordt: dan is het van belang om te weten om welke graad van geweld het gaat. Het kan gaan om een draai om de oren of stokslagen. Wanneer duidelijk aangegeven wordt dat in het gezin niet geslagen wordt, hoef je ook hier niet door te vragen naar de aard van het geweld.

Bij vraag 2 a) naar de life-events gaat het in dit domein om de feiten en de feitelijke gebeurtenissen. De gevoelsbeleving van de eventuele life-events komt aan de orde in het domein *gevoel*: vraag 2 d)

Bij vraag 7 d) moet de betekenis van afkomst breed geïnterpreteerd worden: een plattelandsfamilie die naar de stad is verhuisd, een jongere die op heftige wijze afstand neemt van zijn godsdienstige opvoeding, transculturele problematiek, discriminatie etc.

Bovenstaand geldt overeenkomstig voor de vragen aan de ouders. De gevoelsbeleving van de life-events die 'het gezin' meegemaakt heeft (vraag 10 a) komt in de BARO niet aan de orde.

- - Functioneren in het gezin:

In dit domein gaat het om de relaties van de jongere met de andere gezinsleden en om de vaardigheden/competenties van de jongere zelf: *voelt de jongere zich veilig en geaccepteerd in zijn gezin, heeft de jongere een vertrouwensfiguur in het gezin, is de*

*jongere in staat om conflicten te hanteren, toont de jongere dwingend gedrag, toont de jongere vluchtgedrag voor de problemen, is er sprake van oudermishandeling etc?* Wanneer er een vijandige relatie bestaat met de andere gezinsleden in wie geen vertrouwen bestaat blijkt het van belang te zijn dat de jongere minimaal een goede vertrouwenspersoon buitenshuis heeft.

Vraag 1 a) heeft als doel een globale indruk te krijgen over hoe de jongere de thuissituatie beleeft. Het is niet de bedoeling om hier uitgebreid bij stil te staan.

Bovenstaand geldt ook voor de ouders. De vragen zijn kindgericht geformuleerd.

- - Functioneren op school:

De vragen in dit domein zijn gericht op het screenen van risicofactoren. Zowel voor een verhoogde kans op een criminele carrière als een achterliggende stoornis. Achter de gedragsproblemen op school gaan immers vaak leerproblemen en leerstoornissen schuil die zo gemakkelijk over het hoofd gezien worden. Bij de schoolgegevens is het belangrijk om onderscheid te maken tussen schoolveranderingen naar aanleiding van leer- of gedragsproblemen dan wel schoolveranderingen door bijvoorbeeld verhuizingen.

De vraag 1 e) (voor de ouders 4 e) betreft niet de Cito-toets maar een psychologisch of didactisch onderzoek (denk aan dyslexie, zwakbegaafdheid etc). Vraag 1a) maakt direct duidelijk of de jongere (nog) op school zit of dat het van belang is te vragen naar zijn huidige daginvulling (vraag 1f). De vragen c t/m e geven informatie over de schoolcarrière en zijn dus even belangrijk voor diegenen die niet meer naar school gaan.

Wanneer de jongere niet meer naar school gaat is het van belang om de vragen naar de *resultaten* (2) en het *gedrag* (3) in de verleden tijd te stellen.

De betreffende items in de beide indexkaders bij vraag 3 c) - en voor de ouders 6 c)- worden direct tijdens het interview aangekruist.

Informatie van school moet altijd ingewonnen worden.

Bovenstaand geldt ook voor de ouders.

- - Functioneren in de vrije tijd:

In dit domein gaat het om de vrijetijdsinvulling rekening houdend met de adolescentiefase. Verveling is een belangrijke risicofactor voor antisociaal gedrag. Tevens gaat het om de peer-group van de jongere (vraag 2 a) t/m c):

*Zijn er stabiele contacten met gezonde leeftijdgenoten?*

*Zijn er veel wisselende oppervlakkige contacten?*

*Zijn er aanwijzingen voor gedifferentieerde objectrelaties?*

*Voor wederkerigheid in het contact?*

*Is er sprake van een bende waar de jongere onderdeel van is?*

Vraag 2 d) vraagt naar de verkering hetgeen informatie geeft over hoe de jongere die verkering beleeft: *is het een serieus contact of gaat het om snelle wisselingen?*

Bovenstaand geldt overeenkomstig voor de ouders.

- - Gebruik/Gokken:

Vraag 1 a), 2 a) en 4 a) informeren naar de hoeveelheid van het gebruik. Het is aan de raadsonderzoeker op basis van diens professionaliteit om te beoordelen of er sprake is van *veelvuldig* alcohol- en/of drugsgebruik. De raadsonderzoeker kan hierover zijn collegae of de gedragsdeskundige raadplegen. Bij twijfel altijd de vragen 3 a t/m f stellen. Het betreffende item wordt in het indexkader bij vraag 3 tijdens het interview aangekruist.

Bovenstaand geldt overeenkomstig voor de ouders.

- - Gevoel:

Dit domein behelst de geïnternaliseerde (naar binnen gerichte) problematiek.

Op belastende situaties en gebeurtenissen (angstig, stressvol, onveilig, etc.) kan een jongere op internaliserende wijze reageren. Er is dan bv. sprake van angst, paniek, somberheid, psychosomatische klachten, een gevoel van minderwaardigheid, etc. Het kenmerk van geïnternaliseerde problematiek is dat de jongere er zelf onder lijdt, lijdensdruk ervaart. Met andere woorden: er is sprake van probleembesef, zelfreflectie en schuldgevoelens. Het betreft de angst- en de stemmingstoornissen in de uiteenlopende verschijningsvormen.

De jongere met geïnternaliseerde problematiek heeft behandeling en is daartoe veelal toegankelijk.

Vraag 1 heeft tot doel te beoordelen of de jongere in staat is om op de vragen adequaat te antwoorden en geeft informatie over het zelfbeeld en de levenslust. Uiteraard kan ook de inhoud van belang zijn.

Vraag 2a) en 2b) geven de verschillende vormen van angst aan die de jongeren bezig kunnen houden: gaat het om zorgen, om vrees, om piekergedrag, faalangst? Wordt angst vooral ontkend en overschreeuwd?

Vraag 2c) geeft informatie over de stemming. Alleen bij bevestiging van een sombere stemming dient door gevraagd te worden naar de ernst en intensiteit daarvan.

Vraag 2d) wordt alleen gesteld wanneer er sprake is van een (of meerdere) traumatiserend(e) life-event(s) en is op zoek naar informatie over de last daarvan in de actualiteit. Zoals eerder vermeld (bij domein omgevingsfactoren) gaat het hier niet om de feiten maar om de beleving van de life-events.

Vraag 2e) vraagt naar de energie waarbij het gaat om klachten die gepaard gaan met stemmingsproblemen.

Vraag 2f) betreft de lichamelijke klachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak bekend is en vormen een sterke aanwijzing voor internaliserende problematiek.

Bij vraag 2g) wordt het betreffende item in het indexkader aangekruist tijdens het interview.

Vraag 2h) stoornissen in het slaappatroon zijn altijd zorgelijk omdat deze stoornissen aan verschillende psychiatrische stoornissen gekoppeld kunnen zijn.

Bij vraag 4b) wordt het betreffende item direct in het indexkader aangekruist.

Vraag 5 heeft ten doel om mogelijke (beginnende) psychosen op het spoor te komen (wanneer hiervoor aanwijzingen zijn bij de jongere tijdens het interview dan komt dit aan de orde bij het invullen van de 'eerste indrukken').

Verder geldt bovenstaand ook voor de ouders.

- - Gedrag:

In dit domein gaat het om het *geëxternaliseerde* gedrag van de jongere waarvan het kenmerk is dat de omgeving in de meeste gevallen meer lijdensdruk ervaart dan de jongere. Op belastende situaties en gebeurtenissen wordt door een jongere externaliserend gereageerd. Het gedrag wordt dan vaak gekenmerkt door bv. opstandigheid, agressie, impulsiviteit, normloosheid. Deze jongeren hebben moeite om hun eigen rol te onderkennen en zijn geneigd de verantwoordelijkheid voor hun problemen buiten zichzelf te leggen. De impulscontrole is om uiteenlopende redenen verminderd terwijl de impulsiviteit vaak verhoogd is.

Vraag 1 geeft ruimte aan de jongere om positieve aspecten van zijn of haar gedrag te benoemen en geeft informatie over het feit of de jongere zich kan verplaatsen in het beeld dat anderen (thuis en school) van hem of haar hebben. Het is de niet bedoeling hier diep op in te gaan. Wanneer de jongere niets weet te bedenken wordt dat met een neutrale houding geaccepteerd.

Vraag 2 betreft de impulscontrole van de jongere. Aangezien moeite met stil zitten bijvoorbeeld ook aan spanning gerelateerd kan zijn is het van belang om te weten of dit in meer, verschillende situaties voorkomt dan wel aan één situatie (bv de thuissituatie) gebonden is. Vaak heeft de omgeving meer last van de impulsiviteit, hyperactiviteit of afleidbaarheid dan de jongere zelf.

Vraag 3: het spanning zoeken (thrill seeking) is een belangrijke risicofactor voor (antisociale) gedragsproblemen.

Vraag 4 levert informatie op over ander probleemgedrag (van eigenwijs tot antisociaal) dan het delictgedrag. 4 a) *heeft de jongere zicht op zijn eigen gedrag? Op zijn eigen aandeel? Is er lijdensdruk?*

Vraag 4 c) is er op gericht om informatie te krijgen over de duur van de gedragsproblemen: bestaan ze al van jongs af aan dan is dit veel zorgelijker (want persistentie) dan wanneer de gedragproblemen recent begonnen zijn (*life-long-persistent* versus *adolescence-limited*).

Bij vraag 4 f) en g) gaat het om het onderscheid van tussen het bij zich dragen van wapens op basis van angst met als doel reactief (zelfverdedigend) gedrag en het routinematig bezit van wapens voor criminele doeleinden.

Voor de vragen aan de ouders geldt hetzelfde.

Vraag 8 c) hoort feitelijk thuis in het domein *omgevingsfactoren* (maar sluit hier beter aan) want het antwoord zegt iets over de pedagogische vaardigheden en het

vermogen om conflicten op te lossen bij de ouders. De informatie die deze vraag aanlevert dient gewogen te worden in het domein *omgevingsfactoren*.

Vraag 8 f) geeft informatie over mogelijke erfelijkheid maar ook overdraagbaar voorbeeldgedrag.

- - Ontwikkeling/Voorgeschiedenis:

Het domein *Ontwikkeling/Voorgeschiedenis* vraagt nadrukkelijk naar informatie over de geboorte, de peuter-, kleuter- en latentieperiode (globaal tot aan de middelbare schooltijd). Natuurlijk zijn de ouders beter in staat om hierover betrouwbare informatie te geven dan de adolescent. Dit is de reden waarom er meer vragen aan de ouders dan aan de jongere gesteld worden. De gegevens over de voorgeschiedenis geven inzicht, in geval er sprake is van problematiek, in de duur van het bestaan van de problemen, in eventuele patronen door de jaren heen en in de aanleg. Wanneer de ouders niet beschikbaar zijn om informatie in te winnen dan moeten de vragen in ieder geval gesteld zijn aan de jongere zelf.

De vragen 1 a) en b) kunnen aanwijzingen geven over vroegkinderlijke stoornissen in de motoriekontwikkeling hetgeen in de meeste gevallen nader onderzoek behoeft.

Bij vraag 4 c) wordt het betreffende item direct tijdens het interview in het indexkader aangekruist.

Betreffende de ouders is reeds uitleg in bovenstaand verschaft.

- Normering

Niet van toepassing.

- Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van de BARO is onderzocht in drie gerechtelijke arrondissementen (stedelijk, voorstedelijk en landelijk gebied) te Nederland. 295 BARO's zijn ingevuld. De gemiddelde leeftijd van de jeugdige verdachten is 15,9 jaar (SD = 1,8), 91% is mannelijk en 9% is vrouwelijk. De etnische achtergrond van de jeugdigen bestaat uit 57% Nederlanders, 7% Turken, 13% Marokkanen, 7% Surinamers en 16% andere. De meeste jeugdigen (95%) woonde bij (minstens 1) zijn biologische ouders op het moment van arrestatie. De meerderheid ging naar school (94%). Slechts een kleine groep had reeds een meting i.v.m. kindbescherming achter de rug (5%), of was reeds verwezen naar een intramurale dienst (6%). 61% van de verdachten werd beschuldigd van een enkel misdrijf, 31% van twee misdrijven en 8% van drie of meer misdrijven. De aard van de misdrijven bestond uit: 48% vermogensdelicten, 21% delict tegen openbare orde en autoriteiten, 19% agressie, 14% agressie tegen eigendom, 7% seksuele misdrijven en 3% andere. 41% van de jeugdigen was reeds geregistreerd bij de politie.

66% van de jeugdige verdachten onderging een uitgebreide diagnostische evaluatie door forensische experts (psychologen en kinderpsychiaters) met als resultaat een uitspraak over een psychiatrische diagnose. Voor de validatie van de BARO ingevuld

door medewerkers van de Child Protection Board (CPB), vulden de forensische experts de BARO domeinen in na hun diagnostische evaluatie. De geëvalueerde jeugdigen op vraag van het gerecht ( $n = 17$ ) verschilden niet van op vrijwillige basis geëvalueerde jeugdigen ( $n = 49$ ) wat betreft leeftijd en aantal psychiatrische diagnoses. De geëvalueerde jongeren op vraag van het gerecht hadden wel hogere domeinscores ( $t(62)=3,2$ ;  $p<0,01$ ) en neigen naar hogere scores op de indexvragen ( $t(64)=1,8$ ;  $0,1>p>0,05$ ) op de BARO formulieren zoals gescoord door de CPB medewerkers.

De interne consistentie van de itemscores per domein van de BARO is onderzocht, evenals de scores op de indexvragen. Het onderscheidt wordt gemaakt tussen de BARO ingevuld met als informant de jeugdige (Y-index), de ouders (P-index) en beide samen (Y&P-index).

De alpha van de items per domeinscore is 0,88. Voor de Y-index (0,45) en de P-index (0,56) vallen deze wat lager uit. De gecombineerde Y&P-index is wel voldoende (0,70).

Conclusie:

- Inter-itemrelatie: voldoende scores in buitenlands (Nederland) onderzoek
- Interbeoordelaar: Geen informatie
- Test-hertest: Geen informatie

▪ Validiteit

Er is gelijktijdigheidsonderzoek en discriminantanalyse uitgevoerd op de onderzoeksgroep zoals hierboven beschreven.

Het gelijktijdigheidsonderzoek toont aan dat de resultaten voor de domeinscores zoals beoordeeld door de CPB medewerkers en de domeinscores zoals beoordeeld door de forensisch experts voldoende correleren ( $r = 0,69$ ;  $p<0,001$ ).

De COTAN (Evers, Lucassen, et al., 2010) stelt dat op dergelijke wijze verkregen validiteitsgegevens voor de criteriumvaliditeit minder geschikt zijn, omdat op zijn minst onduidelijk is of zij een adequate schatting geven van de werkelijke validiteit van de test.

De discriminantanalyse op de domeinscore toont een voldoende tot goede validiteit (95% CI: 0,69 – 0,93,  $p < 0,0001$ ). Deze analyse gaat de relatie tussen vals-positieve en vals-negatieve beoordelingen na.

Conclusie:

- Begripsvaliditeit: Geen informatie.
- Criteriumvaliditeit: voldoende validiteitsgegevens op basis van één soort onderzoek

▪ Kostprijs

Geen informatie.



## **Belgische versie Resident Assessment Instrument (BelRAI)**

- *RAI voor de thuiszorg (RAI - HC)©. Handboek voor versie 2.0. Instructies voor het gebruik van de Minimum Data Set voor Thuiszorg (MDS-HC Versie 2.0© en de Cliënt Beoordelingsprotocollen (CAP's). Morris, J.N., Bernabei, R., Ikegami, N., Gilgen, R., Frijters, D., Hirdes, J.P., Fries, B.E., Steel, K., Carpenter, I., DuPasquier, J., en Henrard, J. Vertaald en bewerkt door Frijters, D. Houten, Nederland: Dencat B.V., 2001. © Copyright by interRAI Corporation, Washington, DC, 1994, 1996, 1997, 1999.*

- *interRAI – Instelling voor Langdurige Zorg (Versie 09) (LTCF)©. Gebruikershandleiding bij het LTCF-beoordelingsformulier van interRAI. Morris, J.N., Belleville-Taylor, P., Fries, B.E., Hawes, C., Murphy, K., Mor, V., Nonemaker, S., en Phillips, C.D. Vertaling en bewerking voor Vlaanderen, België: Vanneste, S. (vertaling), Declercq, A., Vanneste, D., Detroyer, E., Mello, J., en Wellens, N. (bewerking). 2006 © Copyright by interRAI Corporation, Washington, DC, 1990, 1995, 2001, 2005, 2006.*

<http://wiki.belrai.org/nl/>

De 'BelRAI' of de 'interRAI' bestaat niet. Het is een verzamelnaam van meerdere deelinstrumenten. Er is dan ook een afwijkende beschrijving vereist. Hieronder volgt eerst een korte verduidelijking van het Resident Assessment Instrument (RAI), de Integrated Suite of Assessment Instruments (interRAI) en de Belgische versie ervan (BelRAI). Vervolgens worden in deel 1 de RAI – HC (thuiszorg) en in deel 2 de RAI-LTCF (langdurige zorg) uiteengezet.

Het Resident Assessment Instrument (RAI) werd op het einde van de jaren 1980 in de Verenigde Staten ontwikkeld om de gezondheids- en welzijnssituatie van ouderen in instellingen op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier in beeld te brengen met als doel een hoogkwalitatieve zorgplanning en kwaliteitsmonitoring te realiseren. Nadien werden ook voor de andere zorgsectoren RAI-instrumenten ontwikkeld.

Chronisch ziek of afhankelijk zijn veronderstelt immers dat men beroep kan doen op diensten in verschillende zorgsettings op hetzelfde moment of op al dan niet opeenvolgende tijdstippen. Om tegemoet te komen aan de integratie van deze verschillende diensten werden in april 2005 na een complex herstructureringsproces de nieuwe op elkaar afgestemde interRAI-beoordelingsinstrumenten (Integrated Suite of Assessment Instruments) door InterRAI vrijgegeven.

De interRAI-beoordelingsinstrumenten of (interRAI-)beoordelingen helpen de zorgverleners in verschillende zorgsettings (rust- en verzorgingstehuizen,

thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen, ...) om aan de hand van gestructureerde items informatie te verzamelen over de zorgbehoeften en de capaciteiten van de cliënt.

Elk interRAI-beoordelingsinstrument of elke (interRAI-)beoordeling (LTCF, Home Care, ...) bestaat uit een twintigtal hoofdstukken zoals persoonlijke gegevens, stemming en gedrag, psychosociaal welzijn, continëntie, ziektebeelden, gezondheidstoestand, geneesmiddelen ... . De beoordelingsinstrumenten stellen de zorgverleners in staat het functioneren, de gezondheid, de sociale steun en het gebruik van diensten van de cliënt te beoordelen.

Uit de antwoorden op deze vragen worden resultaten berekend volgens internationaal gevalideerde algoritmes. Voorbeelden van dergelijke resultaten zijn CAP's (Clinical Assessment Protocols of Klinische Analyseprotocollen) en Scales (Zorgschalen).

Bepaalde aspecten van de vragen fungeren als triggers en koppelen de beoordelingsgegevens aan het basisprobleem dat in een CAP (Clinical Assessment Protocol of Klinisch Analyseprotocol) uiteengezet wordt. Deze "CAP-triggers" zijn geselecteerd om cliënten te identificeren die baat kunnen hebben bij de zorg die in één van de vele probleemgebieden aan de orde komt in de CAP's. De zorgdoelen in de verschillende CAP's variëren en omvatten de mogelijkheid een probleem op te lossen, gevaar voor achteruitgang van de gezondheid te verminderen of een klimaat voor verbetering te scheppen. Elke CAP bevat richtlijnen om de relevante, onderliggende toestanden te analyseren om daarna de zorgverleners toe te laten op een flexibele en autonome manier een holistische en hoogkwalitatieve zorgplanning te realiseren.

De ontwikkelde zorgschalen zijn beknopte beoordelingen van een cliënt over een bepaalde periode.

Het is een belangrijk voordeel dat deze schalen zijn afgeleid uit de interRAI-beoordelingsinstrumenten - over verschillende zorgsettings heen - omdat:

- door de informatiedoorstroming geen extra gegevens hoeven te worden verzameld,
- de uitkomsten voor alle cliënten bekend zijn (en niet alleen voor een specifieke onderzoeksgroep),
- de uitkomsten door de tijd heen altijd beschikbaar zijn en dat cliëntengroepen gemakkelijk onderling kunnen worden vergeleken.

Samenvattend kunnen we stellen dat de interRAI-beoordelingsinstrumenten of (interRAI)beoordelingen zich vooral richten op de aanwezige competenties van de cliënten en veel minder op wat de cliënten niet (meer) kunnen (deficits). De CAP's hebben deze competentieregel als basis. CAP's zijn immers (zorg)richtlijnen voor een potentieel van aanpassing of verbetering. Ze informeren de zorgverlener waar en in welke mate de cliënt nog kan recupereren of verbeteren en ze informeren ook indien dit potentieel er niet meer is.

BelRAI is een Belgisch (FOD) pilootproject voor een uniforme en online registratie (interRAI-beoordelingsinstrumenten op de BelRAI-webapplicatie) van cliëntgegevens in de thuiszorg (Home Care), in de residentiële zorg (LTCF) en in de acute ziekenhuiszorg (Acute Care) in een streven naar een betere informatiedoorstroming en zorgkwaliteit.

BelRAI werkt samen met het eHealth-platform van de Belgische overheid en wordt gesuperviseerd door het Sectoraal Comité van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Om een interdisciplinaire aanpak te bevorderen kunnen in de BelRAI-webapplicatie alle (soms uiteenlopende antwoorden) van medici, paramedici en andere zorgverleners op vragen in de verschillende items van het interRAI-beoordelingsinstrument worden geregistreerd. Na het overlopen, eventueel bespreken en vervolledigen van de antwoorden, kan de beoordelingsverantwoordelijke de resultaten (o.a. CAP's en Zorgschalen) laten berekenen.

Deze gegenereerde, transparante potentiële probleemgebieden en guidelines kunnen uiteindelijk op een autonome manier worden gebruikt door de zorgverleners in de verschillende zorgsettings bij het realiseren van een holistische, hoogkwalitatieve zorgplanning en kwaliteitsmonitoring.



## **Deel 1: RAI voor de thuiszorg (RAI - HC)©**

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

De interRAI-beoordelingsinstrumenten verzamelen, groeperen, organiseren en verhelderen. Ze zijn geen (elektronische) zorgdossiers of automatische zorgplanner. Ze signaleren mogelijke problemen en geven een aantal mogelijke guidelines en protocols om die problemen aan te pakken. De keuze van de auteurs is expliciet om de gebruikers en zorgorganisaties de maximale autonomie te laten in hun zorgaanbod als reactie op de gedetecteerde zorgbehoefte.

Het Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI – HC) is bedoeld om te gebruiken bij de beoordeling van cliënten die thuis zorg ontvangen of gaan ontvangen, die tot de groep van ouderen behoren en verpleging en verzorging nodig hebben. Via een evaluatie van de behoeften, sterke punten en voorkeuren van de cliënt richt het systeem zich vooral het functioneringsvermogen en de levenskwaliteit van de cliënt. Het is de bedoeling de functionele mogelijkheden en kwaliteit van leven zo veel mogelijk te bevorderen, gezondheidsproblemen aan te pakken en ervoor te zorgen dat de cliënt zolang mogelijk in zijn of haar huis kan blijven. Gebruik van het RAI – HC resulteert in een lijst met zorgbehoeften van waaruit het individuele zorgplan voor de cliënt kan worden ontwikkeld.

Het RAI – HC is een persoongericht, gestandaardiseerd beoordelingssysteem voor gebruik door medici, dat minimale informatie biedt over en een leidraad wil zijn bij een allesomvattende thuiszorgplanning. Het RAI – HC tracht te zorgen voor een volledige, gestandaardiseerde evaluatie van zorgbehoeften, sterke punten en voorkeurskeuzen van oudere cliënten van thuiszorgorganisaties. De bedoeling van het gebruik van de CAP's (klinisch analyseprotocol) (zie meetmethode) is het identificeren van de relevante, onderliggende problemen bij de cliënten, met als doel een holistische en hoogkwalitatieve zorgplanning te realiseren.

Het RAI – HC kan worden gebruikt bij de aanmelding van een cliënt bij de zorgorganisaties en als follow-up beoordeling (verfijnen en evalueren van het zorgplan).

Het RAI – HC bestaat uit de Minimum Data Set voor thuiszorg (MDS-HC) en Klinisch Analyseprotocollen (CAP's). De MDS – HC items identificeren in het bijzonder cliënten die baat zouden kunnen hebben bij een nadere evaluatie van specifieke problemen en risico op achteruitgang in functioneren. Deze items staan bekend als 'signaleringen'. Ze verbinden de MDH – HC met een reeks van probleemgeoriënteerde CAP's.

De Klinische Analyseprotocollen (CAP's) bevatten algemene richtlijnen voor een verdere beoordeling en geïndividualiseerde zorgen en diensten. Afhankelijk van de zorgsetting richten de CAP's zich op heel verschillende domeinen (bv. mentale gezondheid, psychosociaal functioneren, lichamelijk functioneren ...). Er zijn momenteel 30 CAP's die ingaan op de behoeften van de cliënten. Een gemiddelde

cliënt heeft signaleringen voor tien tot veertien van de 30 CAP's. Het doel is de informatie van de CAP's te gebruiken bij het opstellen van een zorgplan.

De CAP's richten zich op zes verschillende domeinen: CAP's die samen gaan met functioneel presteren, CAP's die samen gaan met zintuiglijk functioneren, CAP's die samen gaan met geestelijke gezondheid, CAP's die samen gaan met gezondheidsproblemen/syndromen, CAP's die samen gaan met dienstverleningsaanbod en CAP's die samen gaan met continëntie. Hieronder volgt een overzicht van alle verschillende CAP's per domein:

- Cap's die samen gaan met functioneel presteren:
  - ADL/revalidatie potentieel
  - Instrumentale Activiteiten van het Dagelijks Leven (IADL's)
  - Gezondheidsbevordering
  - Risico voor intramurale zorg
- CAP's die samen gaan met zintuiglijk functioneren:
  - Communicatiestoornissen
  - Functioneren van het zien
- CAP's die samen gaan met geestelijke gezondheid:
  - Bovenmatig en riskant alcoholgebruik
  - Cognitief functioneren
  - Gedrag
  - Depressie en angst
  - Ouderenmishandeling
  - Sociaal functioneren
- CAP's die samen gaan met gezondheidsproblemen/-syndromen:
  - Hart en ademhaling
  - Uitdroging
  - Valpartijen
  - Voeding
  - Gezondheid van de mond
  - Pijn
  - Doorligwonden
  - Huid- en voetproblemen
- CAP's die samen gaan met dienstverleningsaanbod:
  - Therapietrouw
  - Kwetsbaar hulpsysteem
  - Medicijnbeheer
  - Palliatieve zorg
  - Preventieve gezondheid: immunisatie en screening
  - Psychofarmaca
  - Vermindering van dienstenpakket
  - Omgevingsbeoordeling

- CAP's die samen gaan met continëntie:
  - Feces-incontinentie
  - Urine-incontinentie en verblijfskatheder

Elke CAP is op een standaardmanier opgebouwd: doelstelling, signaleringen, definitie, achtergrond en richtlijnen. In de doelstelling worden de doelen kort beschreven. Deze doelen kunnen zijn: het vermijden van problemen, probleemoplossing, revalidatie of handhaving van functioneren. De signaleringen geven de MDS-HC items weer die de beoordelaar attenderen op de mogelijke problemen of zorgbehoeften van de cliënt. Eenmaal gesignaleerd is een dieper gravende studie van de relevante oorzaken van de geconstateerde problemen en zorgbehoeften noodzakelijk. In de definitie worden de belangrijkste begrippen gedefinieerd. Een beschrijving van de relevante informatie over de mate en aard van het probleem, de bekende oorzakelijke factoren en mogelijke behandelstrategieën volgt in de omschrijving van de achtergrond. Tenslotte zijn er de richtlijnen. Het betreft richtlijnen voor het evalueren van de gesignaleerde problemen, inclusief vervolgvragen en instructies voor het samenbrengen van informatie bij het bepalen van de te nemen vervolgstappen. Een grondige bestudering zal de aard van het probleem duidelijk maken, corrigeerbare (of voorkombare) oorzakelijke factoren aan het licht brengen en aangeven welke aanvullende verwijzingen nodig zijn en suggesties opleveren voor kansrijke behandelstrategieën.

Alle CAP's zijn ontworpen om het zorgproces van informatie te voorzien. Ze helpen bij het zetten van vervolgstappen. Ze leiden de beoordelaar naar een duidelijker begrip van wat moet worden aangepakt, waarom dit moet worden aangepakt en hoe dit regelmatig moet worden gecontroleerd.

Bij wijze van voorbeeld wordt hieronder de CAP 'Depressie en angst' gepresenteerd:

#### DOEL

*Het helpen opmerken van thuiswonende ouderen die aan angst- of depressiesymptomen lijden en mogelijke behandelopties bepalen. Symptomen van depressie en angst komen bij thuiswonende ouderen veel voor, hoewel een volledig ontplooid belangrijk depressiesyndroom bij toenemende leeftijd in de thuisomgeving minder vaak blijkt voor te komen.*

#### SIGNALERINGEN

*Denk aan een stemmingsprobleem welk interventie vereist als de optelsom van de scores op de volgende items groter of gelijk is aan TWEE (2) (elk item kan een score hebben van 0, 1, 2):*

- Een gevoel van bedroefdheid of depressie [E1a]
- Aldoor boos op zichzelf of anderen [E1b]
- Uiting van onrealistische angsten [E1c]
- Herhaald klagen over gezondheid [E1d]
- Steeds angstig klagen, bezorgd zijn [E1e]
- Droevige, gepijnigde, zorgelijke gelaatsuitdrukkingen [E1f]
- Vaak huilen, in tranen [E1g]

## ACHTERGROND

*In de Verenigde Staten wordt de prevalentie van belangrijke depressie bij ouderen die thuis wonen op ongeveer twee procent geschat. Echter, ongeveer 15 procent van de 65-plussers heeft wezenlijke symptomen van depressie. Daarnaast geeft ongeveer 6% van de mannen en 11% van de vrouwen aan symptomen te hebben die stroken met een angststoornis. Van de thuiszorgcliënten zal ongeveer 40% een signalering hebben voor deze CAP.*

*De belangrijkheid van depressie bij ouderen wordt benadrukt door het feit dat ouderen, tenminste in de Verenigde Staten, een naar verhouding hoge zelfmoordratio hebben. Daarnaast hebben medisch zieke en zwakke ouderen een toegenomen waarschijnlijkheid om depressie te ontwikkelen.*

*Terwijl depressie en angststoornissen vaak apart worden besproken, treden ze vaak tegelijk op. De beoordeling van beide van deze problemen wordt door een verscheidenheid van factoren bemoeilijkt. Ten eerste kunnen de ouderen gevoelens van lijden of depressie ontkennen. Ten tweede, lijden veel ouderen aan een reeks van fysiologische problemen die ten onrechte voor deze problemen genomen kunnen worden of die deze problemen maskeren. Depressie, bijvoorbeeld, komt vooral vaak voor bij ouderen met chronische medische ziekte en functionele beperkingen. In feite duiken deze factoren constant op als de meest significante risicofactoren voor thuiswonende ouderen. Ten derde, worden ouderen vaak met medicijnen behandeld die symptomen van depressie of angst kunnen voortbrengen. Ten vierde, compliceert het hoge voorkomen van dementie de diagnose en behandeling bij ouderen.*

### *Depressie:*

*Depressie is een term die gebruikt wordt om alles van een voorbijgaande toestand van demoralisatie tot een acute of chronische stoornis te beschrijven, welke kunnen resulteren in een reeks van gevolgen, van matige functionele stoornis tot besluiten om zelfmoord te plegen. Depressie is een ziekte die zich affectief, fysiologisch en cognitief kan uiten. Er is een belangrijke depressie wanneer in samenhang met een depressieve stemming of verlies van plezier gedurende tenminste twee weken tenminste vier van de volgende acht criteria aanwezig zijn:*

- Interesseverlies in het leven en in gebruikelijke activiteiten.
- Slapeloosheid of toegenomen slaaperioden.
- Afgenomen eetlust of gewichtsverlies.
- Gevoelens van schuld of zich waardeloos voelen.
- Verlies van energie.
- Verminderd vermogen om te denken of te concentreren of besluiteloosheid.
- Psychomotorische agitatie of traagheid.
- Ideeën over zelfmoord, inclusief plannen om zich het leven te benemen.

*Echter, zelfs als combinaties van minder symptomen voorkomen, zouden die moeten worden geëvalueerd op hun ernst en effect op het functioneren en kwaliteit van leven van de oudere.*

*Het moet ook opgemerkt worden dat lichamelijke symptomen een "gemaskeerde" vorm van depressie kunnen weergeven. Vooral waard om op te merken zijn in dit verband symptomen van uitputting, zwakte, gewichtsverlies, kortademigheid, duizeligheid, incontinentie, diffuse pijn en geheugenstoringen.*

**Angst:**

*Angst is de term die wordt gebruikt om de toestand van schrik en onzekerheid te beschrijven die het functioneren van de aangedane persoon verstoort. Zulke bezorgdheid of vrees is van speciale betekenis wanneer de mate waarin ze voorkomt ongepast lijkt. Angst kan onderdeel zijn van veel stoornissen inclusief fobieën, paniekaanvallen, posttraumatische stressstoornissen en obsessieve dwangstoornissen.*

*Bij gegeneraliseerde angst gaan de angst en zorgen maken samen met drie (of meer) van de volgende zes symptomen (waarbij tenminste enkele van de symptomen vaker dan niet gedurende de laatste zes maanden aanwezig zijn):*

- Rusteloosheid of zich aan het eind van zijn latijn voelen.
- Gemakkelijk uitgeput zijn.
- Moeite hebben bij concentreren of een 'black-out' hebben.
- Geïrriteerdheid.
- Spierspanning.
- Slaapstoornis.

*Zelfs als niet aan alle van deze eisen wordt voldaan kan de oudere psychisch lijden hetgeen aangepakt kan en zou moeten worden.*

**RICHTLIJNEN**

*De grootste uitdaging bij het stellen van een diagnose van depressie en angst is misschien de noodzaak het op waarde schatten van het op elkaar inwerken van de lichamelijke conditie, het cognitief functioneren, het medicijngebruik en de sociale omgeving van de oudere.*

*Het is eerst essentieel vast te stellen of het waarschijnlijk is dat de cliënt een belangrijke depressie of mate van angst heeft die zelfs eenvoudig functioneren uitsluit. Urgente verwijzing dient dan plaats te vinden naar een geestelijk gezondheidsdeskundige. Als er aanwijzingen zijn dat de persoon suïcidaal is, is onmiddellijke medische aandacht vereist. Onder andere omstandigheden moet voor een gepaste beroepsmatige interventie worden gezorgd en moeten de lichamelijke en sociale factoren die aan de probleemtoestand kunnen bijdragen worden vastgesteld en waar mogelijk worden verbeterd.*

**Doornemen van het probleem:**

*Het helpt vooral om de duur van de symptomen te bepalen en of er een verband in de tijd kan worden gevonden met een lichamenlijk of sociaal probleem. Veel thuiszorgcliënten zullen recent in een ziekenhuis zijn geweest en er kunnen nieuwe of verergerde gezondheidsproblemen of functionele problemen zijn die een depressie bijdragen. Rouw over een recent verlies, zoals de dood van geliefden, verlies van vermogen om lichamenlijk te functioneren en verlies van sociale rollen zijn gebruikelijke oorzaken van reactieve depressie bij ouderen. Naar een nieuwe buurt of nieuwe woning verhuizen kan ook depressie of angst voortbrengen.*

*Het is goed te begrijpen dat lichamenlijke of functionele achteruitgang met symptomen van depressie samengaan. Voortschrijdende cognitieve stoornis kan met angst en soms met paniekaanvallen verbonden zijn. In veel gevallen echter kan niet een enkelvoudige gebeuren of verandering in welbevinden met het begin van het probleem worden verbonden.*

*De volgende vragen kunnen niettemin helpen om informatie over deze twee problemen te krijgen.*

- Ernst van de symptomen.
- Duur van elk symptoom.
- Veranderingen in gezondheid, behandelingen of de omgeving die optraden bij het begin ervan.
- Voortgang (of gebrek daarin) van de symptomen gedurende de laatste 90 dagen.
- Symptoomvrije perioden zijn het waard om te worden opgemerkt.
- Aanwijzingen van zelfmoordideeën zoals wanneer de oudere zegt beter af te zijn als hij dood was, dat hij manieren heeft overwogen om zichzelf te doden of zelfs dit gepoogd heeft – hoe onbetekenend schijnbaar ook.
- Psychotische symptomen, vooral als deze kortdurend zijn.
- Een verandering in functioneren, vooral als dit abrupt is, zoals bedlegerig worden zonder medische oorzaak of weigerachtig worden om met anderen te praten.
- Blijken van alcoholmisbruik.
- Oorzaken van de symptomen als door de oudere en de zorggever zijn vastgesteld.
- Blijken van een afname van eetlust of voedsel- en wateropname.
- Blijken van gewichtsverlies.
- “Oplossingen” die geprobeerd zijn en al dan niet de symptomen hebben verlicht.
- Is een bevoegd gezondheidszorgverlener zich bewust van de gebieden die met de symptomen te maken hebben?

*Mogelijke interventies:*

*Angst- en depressiesymptomen vragen beide om het op waarde schatten van het probleem en een geëigend therapeutisch plan. Als er een plan is, neem dan de doelmatigheid en het zich eraan houden door met cliënt en familie. Afhankelijk van het antwoord, vraagt dit wellicht om voorlichting aan de oudere en het sociale netwerk over de aard van het probleem en de voor- en nadelen van een interventie. Als er geen plan is, vraag dan waarom dat zo is. Als de cliënt lijdt vanwege de stemmingstoestand, overweeg dan met een geestelijk gezondheidsdeskundige contact op te nemen – moedig de verwijzing aan. Indien niet, begin dan een overleg over de onmiddellijke stappen die kunnen worden genomen met het uiteindelijk doel van verwijzing indien mogelijk.*

*Besef dat bij relatief geringe symptomen het aanmoedigen van informele hulp het meest waardevol kan zijn. Wanneer medicijngebruik niet tot het beoogd doel heeft geleid, overweeg dan een verwijzing voor een doornemen van het medicijngebruik en mogelijke psychotherapie.*

*Concrete omgevings- en sociale veranderingen kunnen nuttige rollen spelen in het aanpakken van onderliggende oorzakelijke problemen. Bijvoorbeeld, als er een wezenlijke functionele achteruitgang is geweest, zijn wijzigingen onder andere veranderde bezoekpatronen, gebruik van rolstoelbusjes om de cliënt naar sociale activiteiten te brengen, voorleesvrijwilligers en zelfsprekende boeken en de introductie van nieuwe sociale rollen. Zo ook kan het nuttig zijn om op vragen van de familie over*

*de ziekte in te gaan en hoe ze het best met de cliënt kunnen omgaan. Omgaan met een neerslachtig familielid is een uitdaging zowel als stressvol en er zijn gevallen waar de beste manier om de cliënt te behandelen is het behandelen van de gehele familie-eenheid.*

*AUTEURS*

*Charles D. Phillips, Ph.D., M.P.H.*

*Roberto Bernabei, M.D.*

*Adam Burrows, M.D.*

Conclusie: Het RAI – MC identificeert op basis van de MDS – HC items cliënten die baat zouden kunnen hebben bij een nadere evaluatie van specifieke problemen en risico op achteruitgang in functioneren. Deze items staan bekend als 'signaleringen' en peilen naar het functioneren van de cliënt op velerlei domeinen. Ze verbinden de MDH – HC met een reeks van probleemgeoriënteerde CAP's.

Het RAI – MC biedt door middel van de CAP's informatie over de benodigde zorg voor cliënten. Elke CAP bevat een subdeel richtlijnen waarin de aard van het probleem duidelijk wordt gemaakt, corrigeerbare (of voorkombare) oorzakelijke factoren aan het licht worden gebracht, aanvullende verwijzingen die nodig zijn worden aangegeven en suggesties voor kansrijke behandelstrategieën worden aangeleverd.

Dit maakt het voor een zorgverlener mogelijk uitspraken te doen over de benodigde vorm van hulp, binnen de thuiszorg. De benodigde hoeveelheid hulp wordt niet concreet behandeld maar zit impliciet wel vervat in de richtlijnen. De CAP's hangen samen met verschillende domeinen. De zorgverlener kan per domein beoordelen welke verdere hulp is geïndiceerd.

- Doelgroep

Het RAI – HC is bedoeld om te gebruiken voor de beoordeling van cliënten die thuis zorg ontvangen of gaan ontvangen, die tot de groep van ouderen behoren en verpleging en verzorging nodig hebben. Het instrument kan gebruikt worden zowel bij cliënten met chronische zorgbehoeften als bij cliënten met postacute zorgbehoeften.

Conclusie:

- Ouderen
- Alle probleemdomeinen

- (Theoretische) achtergrond

Er zijn uitgebreide ontwikkelactiviteiten geweest die hebben geleid tot de items, definities, zorgplanning protocollen en trainingmateriaal die tezamen de RAI – HC systeem vormen.

Een multinationale groep klinici en onderzoekers, de "fellows" van interRAI, begon met werk aan Versie 1 van de RAI – HC in 1993. Verscheidene "drafts" van Versie 1 werden tussen 1994 en 1997 uitgebracht –erin begrepen Versie 1.7, Versie 1.10a en

Versie 1.11— en deze draft instrumenten zijn uitgebreid in Noord-Amerika, Europa en Azië gebruikt. De huidige in het gebruikershandboek beschreven uitgave van de RAI – HC vertegenwoordigt een belangrijke revisie en update van het gehele systeem en is daarom als “Versie 2.0” gelabeld. Met deze uitgave is het MDS-HC instrument ge-update, zijn een paar items vervallen, verscheidene andere gewijzigd en zijn er enkele aan toegevoegd. Het basale tijdsframe voor beoordeling is (waar mogelijk) van 7 dagen teruggebracht naar 3 dagen. De meerderheid van de 30 CAP's hebben nu gestroomlijnde signaleringen (“triggers”) en een geupdate tekst.

De initiële ontwikkeling richtte zich op het bepalen van gebieden van functioneren, gezondheid en sociale hulp die gebruikelijk zijn als thuiszorgvoorziening in ontwikkelde landen. Daarna hebben teams van artsen, verpleegkundigen, onderzoekers en onderwijsdeskundigen voor elk van belang geacht probleemgebied een probleem georiënteerd protocol gemaakt (de CAP's). Deze teams stelden de items vast om thuiszorgcliënten te screenen. Daarbij werden items genomen uit het RAI voor verpleeghuiszorg als die geschikt leken en werden ze aangepast als dat nodig was. Tenslotte werden alleen die items geselecteerd die cruciaal waren voor het identificeren van cliënten die een van de sleutelproblemen heeft, of gevaar loopt deze te krijgen.

In een reeks van stadia zijn deze items en definities van nu reeds twee versies van de MDS – HC door thuiszorghulpverleners doorgenomen, zijn de niveaus van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vastgesteld en zijn verscheidene noodzakelijke herzieningen overeengekomen. Tegelijkertijd hebben teams van zorgverleners en onderzoekers de 30 CAP's die in de RAI – HC zijn opgenomen ontwikkeld en herzien. Elke CAP is voorzien van een theoretische achtergrond. Die achtergrond wordt per protocol gepresenteerd.

Conclusie:

- Theoretisch kader
  - Geëvolueerd instrument
  
  - Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal
- Papier-en-potlood/computer-based.

Het RAI – HC bestaat uit de Minimum Data Set voor thuiszorg (MDS-HC) en Klinisch Analyseprotocollen(CAP's):

De Minimum Data Set voor thuiszorg (MDS-HC) is de screeningscomponent die een thuishulpverlener in staat stelt om compact de meervoudige belangrijkste domeinen van lichamelijk functioneren, gezondheid, sociale hulp en dienstverleningsgebruik te beoordelen. De MDS – HC items identificeren in het bijzonder ook cliënten die baat zouden kunnen bij een nadere evaluatie van specifieke problemen en risico op achteruitgang in functioneren. Deze items staan bekend als ‘signaleringen’. Ze verbinden de MDH – HC met een reeks van probleemgeoriënteerde CAP's.

De MDS – HC bestaat uit een scoreformulier dat door de clinicus wordt ingevuld. Het formulier is opgedeeld in verschillende secties (22) met bijhorende items (zie schalen en items).

De Klinische Analyseprotocollen (CAP's) bevatten algemene richtlijnen voor een verdere beoordeling en geïndividualiseerde zorgen en diensten. Afhankelijk van de zorgsetting richten de CAP's zich op heel verschillende domeinen (bv. mentale gezondheid, psychosociaal functioneren, lichamelijk functioneren ...). Er zijn momenteel 30 CAP's die ingaan op de behoeften van de cliënten. Een gemiddelde cliënt heeft signaleringen voor tien tot veertien van de 30 CAP's. Het doel is de informatie van de CAP's te gebruiken bij het opstellen van een zorgplan.

Het RAI – HC wordt gescoord op vijf formulieren die de MDS – HC items bevatten.

Het instrument is ontworpen voor gebruik door beroepshulpverleners - verpleegkundigen, maatschappelijk werkers of artsen. Het bestaat uit items en definities en zou als richtsnoer moeten worden gebruikt bij het helpen structureren van de zorgbeoordeling thuis.

De beoordeling eist dat de beoordelaar aan de cliënt en de belangrijkste mantelzorggever, als die er is, direct vragen stelt. Het eist ook dat de cliënt in de thuisomgeving wordt geobserveerd en opgeslagen informatie als die er is wordt doorgenomen. Waar mogelijk is de cliënt zelf de belangrijkste bron van informatie. De items op de MDS-HC hebben een natuurlijke volgorde en deze volgorde kan in de beoordeling worden gevolgd. De beoordelaar zit evenwel niet vast aan deze itemvolgorde. Items kunnen in de volgorde worden doorgenomen waarin dat het best voor de beoordelaar en de cliënt uitkomt. De MDS – HC kan als richtsnoer worden gebruikt bij het vragen stellen aan de cliënt of de belangrijkste mantelzorggever. Bij twijfel aan de betrouwbaarheid van hun antwoorden kan de beoordelaar een nadere dieptebeoordeling van die gebieden uitvoeren om tot een afgewogen betrouwbaar oordeel te komen. Dat is dan de informatie die in de MDS – HC wordt vastgelegd. De beoordelaars zouden, indien mogelijk, met elk van de informanten onder vier ogen moeten praten. Wanneer mogelijk moet de beoordeling thuis bij de cliënt worden uitgevoerd.

De auteurs doen enkele aanbevelingen i.v.m. de momenten waarop de RAI - HC moet worden afgenomen. Een RAI - HC beoordeling zou voor de eerste keer moeten worden gedaan wanneer een cliënt voor dienstverlening bij een thuiszorgorganisatie is aangemeld en vervolgens moeten worden herhaald wanneer de zorgbehoeften van een cliënt in de tijd veranderen. Volgende momenten worden aanbevolen:

*Initiële beoordeling:* deze beoordeling wordt uitgevoerd zodra de cliënt bij de thuiszorgorganisatie is aangemeld en voordat op reguliere basis diensten worden verstrekt. Deze beoordeling moet helpen het zorgplan van de cliënt op te stellen.

*Follow-up beoordeling(en):* nadat de dienstverlening aan de cliënt is begonnen en misschien na verblijf in een ziekenhuis, veranderen de zorgbehoeften. Met de follow-up beoordeling(en) kan het zorgplan van de cliënt worden verfijnd en geëvalueerd op het moment dat met de dienstverlening de situatie stabiel is gestabiliseerd. Op

verscheidene plaatsen waar de MDS-HC wordt gebruikt, is besloten herbeoordelingen te roosteren op 45, 90 of 180 dagen.

*Jaarlijkse beoordeling:* er wordt verwacht dat de cliënt tenminste elk jaar na het moment waarop de cliënt door de thuiszorgorganisatie is geaccepteerd wordt herbeoordeeld. Voer meer frequente beoordeling uit wanneer dat nodig is.

*30 Dagen vóór stoppen met thuiszorg:* beoordeling op dit tijdstip wordt ter overweging aanbevolen om een zorgplan op te stellen dat de cliënt er aan laat wennen dat de dienstverlening zal gaan stoppen, terwijl er plannen kunnen worden gemaakt voor diensten die familie, andere organisaties of instellingen willen beginnen.

*Terugkeer na verblijf in het ziekenhuis:* verblijf in het ziekenhuis kan al dan niet de behoeften van een cliënt aan diensten veranderen. Een beoordeling is dus niet altijd nodig. Na een ontslag uit een ziekenhuis zou echter altijd een snel doornemen van het bestaande zorgplan moeten worden uitgevoerd en een volledige beoordeling als er aanwijzingen van belangrijke veranderingen zijn.

*Verandering in de toestand:* bij voortschrijden van ziekte, achteruitgaan in functioneren, verdwijnen van een probleem (bv. door revalidatie of behandeling), verandering in de toestand van de zorggever, enzovoort, kan vanwege wezenlijke toestandsverandering een nieuwe beoordeling nodig zijn.

- **Kwaliteit van de handleiding**

De gebruiksmogelijkheden worden in de handleiding aangegeven. Ook enkele beperkingen worden meegegeven. Zo stellen de auteurs dat het RAI – HC geen vragenlijst is voor het analyseren van populatiekenmerken. Ook claimt het niet dat het alle noodzakelijke informatie bevat die nodig is om een zorgplan op te stellen. Er moeten zo nodig aanvullende cliëntkenmerken aan worden toegevoegd.

De handleiding bevat geen psychometrische gegevens.

Doorheen de handleiding worden meermaals voorbeelden ter verduidelijking aangehaald.

Er worden instructies gegeven voor beoordelaars die nog niet vertrouwd zijn met het gebruik van de MDS – HC. Het betreft concrete tips zoals hoe men het formulier kan doornemen, welke informatie best wordt gebruikt, welke informatie de beoordelaar goed moet kennen ... .

In de handleiding worden daarnaast instructies geformuleerd voor de algemene afname van de MDS-HC. De instructies handelen o.a. over de aanpak van concrete situaties, de start van het gesprek (aangeven doel), de volgorde waarop de items moeten worden beoordeeld ... .

Alle negentien domeinen worden in de handleiding verduidelijkt. Over vele, maar niet alle, items wordt volgende informatie gepresenteerd: bedoeling (reden van insluiting item), definitie, proces (informatiebronnen en methoden om het juiste antwoord voor een item te bepalen) en codering (de juiste methode om elk antwoord vast te leggen, met uitleg over de afzonderlijke antwoordmogelijkheden).

- Schalen en items

Zoals aangegeven bestaat de RAI - HC uit een Minimum Data Set voor thuiszorg (MDS-HC) en uit Klinische Analyseprotocollen (CAP's).

De MDS-HC is de screeningscomponent die een thuishulpverlener in staat stelt om compact de meervoudige belangrijkste domeinen van lichamelijk functioneren, gezondheid, sociale hulp en dienstverleningsgebruik te beoordelen. De MDS - HC items identificeren in het bijzonder ook cliënten die baat zouden kunnen hebben bij een nadere evaluatie van specifieke problemen en risico op achteruitgang in functioneren. Deze items staan bekend als 'signaleringen'. Ze verbinden de MDH - HC met een reeks van probleemgeoriënteerde CAP's.

In totaal bevat de MDS-HC 22 secties:

- Naam en identificerende nummers:
  - Cliëntnaam, casusnummer, en zorgverzekeraar en polisnummer.
- Persoonsgegevens:

Deze items bevatten de belangrijkste demografische informatie over een cliënt, in te vullen bij de intake.

- Geslacht
- Geboortedatum
- Ras/ethniciteit
- Burgerlijke staat
- Taal
- Opleiding
- Zeggenschap/afgeven beschikkingen

- Verwijsitems:

De bedoeling van deze sectie is om de omstandigheden bij eerste verwijzing te bepalen, in te vullen bij de intake.

- Datum van (her)openen casus
- Reden voor verwijzing: er worden negen antwoordalternatieven aangegeven waaruit de beoordelaar de meest bepalende moet identificeren. De antwoordmogelijkheden zijn: voedingsvoorlichting en dieetadvies, huishoudelijke verzorging, gespecialiseerde verzorging, dagverzorging voor ouderen, verpleging, advies, instructie en voorlichting, gespecialiseerde verpleging, verzorging, en mantelzorgondersteuning.
- Zorgdoelen: er worden vijf zorgdoelen geformuleerd die elk met ja/nee moeten worden gescoord. Bedoeling is na te gaan of de cliënt en/of familie de zorgdoelen begrijpen. Het betreft volgende zorgdoelen: verpleegkundig behandelen, controles om klinische complicaties te voorkomen, reactivering/revalidatie, cliënt/familie onderricht, ontlasting van verzorging, en palliatieve zorg.
- Tijd sinds laatste ziekenhuisverblijf
- Woonplaats cliënt bij verwijzing
- Personen die bij de cliënt wonen
- Eerder in verpleeghuis
- Woonverleden

- Beoordelingsinformatie:
  - Beoordelingsreferentiedatum
  - Reden voor beoordeling (begin, follow-up, routine op vaste intervallen, herbeoordeling binnen 30 dagen voor ontslag uit het programma, verandering in cliënttoestand, anderszins)
- Cognitief functioneren:
  - Geheugen

Vaststellen van het vermogen van de cliënt zich gebeurtenissen van recente datum en uit het verleden te herinneren (korttermijn geheugen en procedureel geheugen). Beide worden met de aan- of afwezigheid van een probleem gescoord.

- Cognitieve vaardigheden voor de dagelijkse besluitvorming

Het vastleggen van het werkelijk presteren van de cliënt in de besluitvorming van alle dag over taken of activiteiten van het dagelijkse leven. 'Hoe goed de cliënt de dag weet in te delen', met volgende codering: 0 = zelfstandig, 1 = gewijzigde zelfstandigheid, 2 = minimaal gestoord, 3 = matig gestoord en 4 = ernstig gestoord.

Vergelijking van huidige besluitvorming van de cliënt met besluitvormingsvermogen van 90 dagen geleden. 'Verslechtering in besluitvorming in vergelijking met toestand van 90 dagen geleden', met nee/ja codering.

- Delier indicatoren

'Plotseling of nieuw begin/verandering in geestelijk functioneren in laatste 7 dagen': nee/ja codering.

'Geagiteerd of gedesoriënteerd raken' peilt naar de zodanige verandering in het gedrag van de cliënt dat zijn of haar veiligheid gevaar loopt of dat de cliënt bescherming van andere nodig heeft. Nee/ja codering.

- Communicatiepatronen / Gehoor
  - Horen

Het onderzoeken van het vermogen van de cliënt om te horen (met aanpassingen in de omgeving indien nodig) gedurende de laatste drie dagen. Codering: 0 = hoort naar behoren, 1 = enigszins moeite, 2 = hoort slechts in speciale omstandigheden en 3 = ernstig gestoord.

- Zich duidelijk maken (uiting)

Het documenteren van het vermogen van de cliënt om verzoeken, behoeften, meningen, urgente problemen en sociale conversatie door praten, schrijven, gebarentaal of een combinatie van deze te uiten of te communiceren (inclusief het gebruik van woordenbord of toetsenbord). Codering: 0 = wordt begrepen, 1 = gewoonlijk begrepen, 2 = vaak begrepen, 3 = soms begrepen en 4 = wordt zelden of nooit begrepen.

- Anderen kunnen begrijpen (begrip)

Het beschrijven van het vermogen van de cliënt om verbale informatie te begrijpen, of deze nu mondeling, schriftelijk of door gebarentaal of in braille aan de cliënt wordt gecommuniceerd. Dit item meet niet alleen het vermogen van de cliënt om de

boodschappen te horen maar ook het verwerken en begrijpen van taal. Codering: 0 = begrijpt, 1 = begrijpt gewoonlijk, 2 = begrijpt vaak, 3 = begrijpt soms en 4 = begrijpt zelden of nooit.

- Achteruitgang communicatie

Het vergelijken van de huidige vermogens van de cliënt zichzelf begrepen te doen worden of anderen te begrijpen ten opzichte van de status van 90 dagen geleden. Nee/ja codering.

- Gezichtsvermogen

Het vastleggen van het gezichtsvermogen van de cliënt en de beperkingen daarin in de laatste drie dagen bij adequate verlichting en met behulp van visuele hulpmiddelen als deze worden gebruikt.

- Kunnen zien

Het onderzoeken van het vermogen van de cliënt om dichtstbijzijnde voorwerpen bij voldoende verlichting te zien, met gebruikmaking van welk gebruikelijk visueel hulpmiddel voor dichtbij zien dan ook (bv., bril, vergrootglas).

Codering: 0 = voldoende, 1 = beperkt, 2 = matig beperkt, 3 = sterk beperkt en 4 = zeer ernstig beperkt.

- Gezichtsbeperking/-moeilijkheden

Het documenteren of de cliënt gezichtsbeperkingen of -moeilijkheden heeft die te maken hebben met ziekten die bij ouderen veel voorkomen (bv., glaucomen, cataracten, degeneratie van de gele vlek, diabetes retinopathie, neurologische ziekten). Het is belangrijk om te weten te komen of deze problemen aanwezig zijn. Sommige oogproblemen zijn behandelbaar en te genezen; andere problemen reageren, ondanks dat ze ongeneeslijk zijn, goed op interventies die gericht zijn op het onderhouden en verbeteren van het gezichtsvermogen van de cliënt.

Codering: nee/ja.

- Achteruitgang zien

Het documenteren van een verandering in het vermogen van de cliënt vergeleken met 90 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling indien minder dan 90 dagen geleden) om voorwerpen bij voldoende verlichting te zien als de cliënt zijn of haar gebruikelijke visuele hulpmiddelen gebruikt.

Codering: nee/ja.

- Stemmings- en gedragspatronen

- Indicatoren van depressie, angst, bedroefde stemming

Het vastleggen van de aanwezigheid van in de laatste 3 dagen geobserveerde indicatoren, ongeacht de veronderstelde oorzaak van de indicator (gedrag). Er zijn tien indicatoren weerhouden: bedroefd of depressief, aldoor boos op zichzelf of anderen, uiting van onrealistisch lijkende angsten, herhaald klagen over gezondheid, steeds klagen/bezorgd (niet met gezondheid samenhangend), droevig/gepijnigd/zorglijk gelaat, vaak huilen/in tranen, terugtrekken uit activiteiten, en verminderd sociaal contact.

Al de indicatoren worden elk met volgende codering gescoord: 0 = indicator in de laatste 30 dagen niet vertoond, 1 = indicator 1-2 van de laatste 3 dagen en 2 = indicator op elk van de laatste 3 dagen vertoond.

- Achteruitgang stemming

Het vergelijken van de huidige status van stemmingsindicatoren met die van 90 dagen geleden. Nee/ja codering.

- Gedragssymptomen

Het vaststellen (a) van de frequentie van het symptoom en (b) van het idee van de familie over de veranderbaarheid van gedragssymptomen (in de laatste drie dagen) die psychisch lijden bij de cliënt veroorzaken of lastig of storend voor anderen met wie de cliënt woont. Zulke gedragingen omvatten gedrag dat mogelijk schadelijk is voor de cliënt of storend is voor anderen. Dit item is ontwikkeld om probleemgedragingen op te pikken zoals die door ouderen thuis worden vertoond. Kennisneming en documenteren van de gedragssymptomen van de cliënt is een basis voor nader onderzoek, zorgplanning en het geven van consistente, goede zorg die erop is gericht om de gedragssymptomen te verbeteren.

Er worden vijf gedragssymptomen weerhouden: zwerfgedrag, verbaal lastig vallen, lichamelijk lastigvallen, sociaal onaangepast of storend gedrag, en agressief verzet tegen zorg. Al de symptomen worden met elk met volgende codering gescoord: 0 = gedrag kwam niet voor in de laatste drie dagen, 1 = gedrag kwam voor, gemakkelijk veranderbaar en 2 = gedrag kwam (heftig) voor, niet gemakkelijk veranderbaar.

- Verandering in gedragssymptomen

Het vastleggen, of vergeleken met de toestand van 90 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling indien minder dan 90 dagen geleden), de gedragssymptomen of verzet tegen zorg door de cliënt in frequentie van voorkomen of veranderbaarheid of in aanvaarding door de familie zijn toegenomen.

Nee/ja codering.

- Sociaal functioneren

Het documenteren, beschrijven van de omgangspatronen van de cliënt en de aanpassing aan zijn of haar sociale omgeving. Het beoordelen van de mate waarin de cliënt betrokken is bij sociale activiteiten, betekenisvolle rollen heeft en dagelijks met activiteiten bezig is.

- Betrokkenheid

Er worden twee items ingeschaald:

Cliënt op gemak (in de omgang met anderen). Codering: 0 = op zijn/haar gemak, 1 = niet op zijn/haar gemak.

Uit openlijk conflict of boosheid met familie en vrienden. Codering nee/ja.

- Verandering in sociale activiteiten

Bepaal of er (vergeleken met 90 dagen geleden - of sinds de laatste beoordeling indien minder dan 90 dagen geleden) een recente verandering in het niveau van deelname aan activiteiten of relaties is geweest.

Het niveau van deelname verwijst naar:

- a. De hoeveelheid (hoeveel) verschillende typen van sociale activiteiten.
- b. De intensiteit (hoe vaak) van de relatie.
- c. De kwaliteit (hoe diep is de cliënt bij de activiteit betrokken) van de relatie.

Deelname op afstand is evenzo belangrijk en betekenisvol voor de rolvervulling en zelfrespect van de cliënt.

Lijden: stemming wordt beïnvloed door recente verandering in het niveau van deelname (droefheid, verlies van motivatie of zelfrespect, angst, depressie).

Codering: 0 = geen waargenomen achteruitgang, 1 = achtergang is waargenomen zonder een overeenkomende toename in lijden van de cliënt en 2 = zowel achteruitgang als lijden zijn toegenomen.

- Isolement

Om de werkelijke hoeveelheid tijd vast te stellen dat de cliënt alleen is en hoe hij of zij de eenzaamheid waarneemt. Er zijn twee items:

Tijdsduur dat iemand overdag ('s morgens en 's middags) alleen is. Dit betekent letterlijk alleen gelaten zijn zonder enig andere persoon. Codering: 0 = nooit of nauwelijks, 1 = ongeveer een uur, 2 = lange perioden en 3 = de hele tijd.

Cliënt "voelt zich eenzaam" is de eigenlijke waarneming van de cliënt. De waarneming kan in tegenspraak lijken met de eigenlijke tijd dat de cliënt alleen is. Aanwijzingen voor eenzaamheid weerspiegelen non-verbale gedragingen huilen, in zichzelf terugtrekken. Nee/ja codering.

- Mantelzorg
  - Twee mantelzorggevers

Het beoordelen van het mantelzorgsysteem. Dit verschilt van een formele relatie die de cliënt wellicht met een gezondheidszorg hulpverleningsorganisatie heeft.

Primaire mantelzorggever. De primaire mantelzorggever kan een familielid zijn, vriend of buur (maar geen betaald hulpverlener). Het is niet nodig dat de zorggever werkelijk bij de cliënt woont. Het gaat er eerder om dat hij of zij de cliënt regelmatig bezoekt of reageert op de behoeften die de cliënt heeft. Het is de persoon die de cliënt het meeste helpt, waar hij of zij het meest op kan vertrouwen.

Secundaire mantelzorggever. De tweede meest belangrijke mantelzorggever of de persoon waarop, na de primaire mantelzorggever, het meest op kan worden vertrouwd om te helpen of advies te geven en om raad te vragen als dit nodig is.

Beschrijvende codering.

- Woont bij cliënt

Het beoordelen van de relatie tussen de cliënt en de mantelzorggever(s) en de soort hulp die ze momenteel geven. Een mantelzorggever woont bij de cliënt als de cliënt en de zorggever dezelfde ruimte delen (huis, woning of flat). Dit omvat niet het wonen in een aangrenzend of naburige woning / flat / huis.

Codering: 0 = ja, zorgverlener woont bij cliënt, 1 = nee, zorgverlener woont niet bij cliënt en 3 = er is geen mantelzorggever.

- Relatie tot cliënt

Dit verwijst naar de aard van de relatie tussen de cliënt en de mantelzorggever(s). Het betreft de kwaliteit van de relatie, niet slechts de relatie zoals die door wetten of sociale gewoonten is bepaald.

Codering: 0 = kind of aanverwant kind, 1 = echtgenoot of echtgenote, 2 = andere verwant en 3 = vriend of buur.

- Gebieden van hulp

Er zijn drie te scoren items: advies of emotionele steun, IADL-zorg en ADL-zorg.

Nee/ja codering.

- Bereidheid meer hulp te geven

Codering: 0 = meer dan 2 uur per dag, 1 = 1-2 uur per dag en 2 = nee.

- Status van zorggever

Het beoordelen van de reserve in het mantelzorgsysteem.

Codering: aankruisen wat van toepassing is.

Een zorggever is niet in staat zorgactiviteiten voort te zetten.

Primaire zorggever is ontevreden.

Primaire zorggever uit gevoelen van psychisch lijden.

- Mate van mantelzorg hulp

Het vastleggen van het aantal uren en minuten in de laatste 7 dagen die worden doorgebracht met het helpen van de cliënt bij instrumentele en persoonlijke activiteiten van het dagelijks leven. Omvat iedereen die de cliënt hulp geeft, bijvoorbeeld familie, vrienden en burens. Ze kunnen, maar hoeven niet de primaire hulpgever te zijn. Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven omvatten o.a. maaltijdbereiding, huishouden, beheren van geld. Persoonlijke activiteiten van het dagelijks leven omvatten o.a. bedbeweeglijkheid, kleden, toiletgebruik.

- Lichamelijk functioneren: IADL in de laatste 7 dagen/ ADL in de laatste 3 dagen

- Zelfdoen bij IADL

Het onderzoeken van gebieden van functioneren die het vaakst met zelfstandig wonen worden in verband worden gebracht.

Zeven gebieden moeten worden gescoord: maaltijdbereiding, normaal huishoudelijk werk, met geld omgaan, medicijnbeheer, telefoongebruik, boodschappen doen en vervoer.

Codering: Elk gebied moet op twee onderdelen worden beoordeeld. (A) IADL zelfdoen code: 0 = zelfstandig, 1 = enige hulp, 2 = volledige hulp, 3 = door anderen en 8 = kwam niet voor. (B) IADL moeilijkheidscore: 0 = niet moeilijk, 1 = enigszins moeilijk en 2 = erg moeilijk.

- Zelfdoen bij ADL

Het vastleggen van de zelfzorg van de cliënt bij activiteiten van het dagelijks leven (d.w.z. wat de cliënt werkelijk voor zichzelf deed en/of hoeveel hulp van familieleden of anderen nodig was) gedurende de laatste drie dagen, behalve bij baden – de laatste zeven dagen.

Er moeten tien domeinen worden gescoord: beweeglijkheid in bed, transfer, zich verplaatsen in huis, zich verplaatsen buitenshuis, kleden boven, kleden onder, eten, toiletgebruik, persoonlijke hygiëne en baden.

Codering: 0 = zelfstandig, 1 = slechts gereedzetten, 2 = toezicht, 3 = beperkte hulp, 4 = uitgebreide hulp, 5 = maximale hulp, 6 = totale afhankelijkheid en 8 = kwam niet voor.

- Achteruitgang in ADL

Het vergelijken van de huidige ADL status met de status van 90 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling indien korter dan 90 dagen geleden).

Nee/ja codering.

- Belangrijkste manieren van voortbewegen

Het vastleggen van de type apparaten, middelen of persoonlijke hulp die de cliënt voor voortbeweging gebruikte.

Codering: 0 = geen hulpmiddel, 1 = stok, 2 = drie of vierpoot/kruk, 3 = scooter, 4 = rolstoel, 5 = rollator, 8 = kwam niet voor.

- Traplopen

Te bepalen hoe cliënt trappen op en af kon lopen in de laatste 3 dagen.

Codering: 0 = zonder hulp, 1 = trap op en af met hulp en 2 = niet trap op en af.

- Uithoudingsvermogen

Gematigd lichamelijk actief zijn in samenhang met activiteiten van het alledaags leven of van gekozen activiteiten kan ouderen op vele manieren fit houden.

Er zijn twee items: ging uit huis (0 = elke dag, 1 = 2 – 6 dagen per week, 2 = 1 dag per week en 3 = geen enkele dag) en uren van lichamelijke activiteiten (0 = meer of gelijk aan 2 uur, 1 = minder dan 2 uur).

- Functioneringspotentieel

Het beschrijven van de waarschijnlijkheid dat de cliënt het vermogen tot grotere zelfstandigheid en betrokkenheid bij de zorg heeft.

Codering: aankruisen wat van toepassing is.

Clïënt denkt in staat te zijn tot grotere functionele zelfstandigheid.

Zorggevers denken dat de cliënt tot grotere functionele zelfstandigheid in staat is.

Goede vooruitzichten op herstel van huidige ziekte of gezondheidsproblemen.

Geen van bovenstaande.

- Continentie in de laatste 7 dagen
  - Urine continentie

Het bepalen en vastleggen van het patroon (beheersen) van continentie van urineren gedurende de laatste 7 dagen (of sinds de laatste beoordeling indien korter dan 7 dagen geleden). Er zijn twee items:

a) Urine continentie: verwijst naar beheersing van de urineblaasfunctie.

Codering: 0 = continent, 1 = continent met katheder, 2 = gewoonlijk continent, 3 = af en toe incontinent, 4 = vaak incontinent, 5 = incontinent en 8 = kwam niet voor.

b) Verslechtering van Urine Incontinentie: het vergelijken van de huidige status van urine continentie met 90 dagen geleden.

Nee/ja codering

- Urine continentiemiddelen

Gebruikte luiers of inlegmateriaal. Verblijfkatheter.

Codering: één van bovenstaande aankruisen.

- Continentie van de ontlasting

Het bepalen en vastleggen van het patroon (beheersen) van continentie van ontlasting gedurende de laatste 7 dagen.

Codering: 0 = continent, 1 = continent met stoma, 2 = gewoonlijk continent, 3 = af en toe incontinent, 4 = vaak incontinent, 5 = incontinent en 8 = kwam niet voor.

- Ziektediagnosen
  - Ziekten

Het documenteren van de aanwezigheid van ziekten of infecties die met de huidige ADL, cognitie, stemming of gedrag, medische behandelingen, verpleegkundige controles of sterfterisico samenhangen. Elk van de volgende items moet met een driepuntenschaal worden beoordeeld:

a) Hart/Bloedcirculatie: cerebrovasculair accident (CVA / beroerte), hartdecompensatie, aandoening kransslagader, hoge bloeddruk, onregelmatige polsslag, en perifere vaatziekte.

b) Neurologie: ziekte van Alzheimer, andersoortige dementie (dan ziekte van Alzheimer), hoofdletsel, hemiplegie/hemiparese, multiple sclerose, en Parkinsonisme.

c) Bewegingsstelsel: artrose, artritis (/reuma), heupfractuur, andere fracturen, en osteoporose.

d) Zintuigen: cataract, glaucoma.

e) Psychiatrie / Stemming: psychiatrische diagnose.

f) Infectie: HIV infectie, longontsteking, tuberculose, en urineweginfectie.

g) Andere ziekten: kanker, suikerziekte, emfyseem/COPD/astma, nierinsufficiëntie, en schildklierziekte.

h) Geen van bovenstaande.

Codering: 0 = ziekte niet aanwezig, 1 = ziekte is aanwezig, wordt niet gericht behandeld of staat niet onder controle van een thuiszorg zorgverlener, en 2 = ziekte is aanwezig en staat onder controle van of wordt behandeld door een thuiszorg zorgverlener.

- Andere aanwezige of gedetailleerde diagnoses en ICD-9-CM codes

Het invullen van andere aandoeningen die de status van de cliënt beïnvloeden, behandelingen of symptommanagement nodig maken.

- Gezondheidsproblemen en preventieve gezondheidsmaatregelen
  - Preventieve gezondheid

Deze sectie helpt thuiszorg zorgverleners vast te stellen welke cliënten behoeften hebben aan gezondheids counseling en preventieve zorg waar nog niet aan is voldaan. Preventieve gezondheidsmaatregelen omvatten inentingen en screening voor nog niet onderkende gezondheidsproblemen.

Codering (aanduiden wat van toepassing is): bloeddruk gemeten, griep prik gekregen, test op bloed in ontlasting of endoscopie screening, borstonderzoek of mammografie ontvangen, en geen van bovenstaande.

- Problemen op 2 of meer dagen aanwezig

Het vastleggen van specifiek terugkerende problemen of symptomen die van invloed (kunnen) zijn op de gezondheid of het functioneren van de cliënt, en het bepalen van risicofactoren voor ziekte, ongevallen en achteruitgang in functioneren.

Codering (aanduiden wat van toepassing is): diarree, moeilijk urineren of 3 of meer keer per nacht urineren, koorts, verlies van eetlust, braken, en geen van bovenstaande.

- Probleemaandoeningen

Het vastleggen van specifieke problemen of symptomen die van invloed (kunnen) zijn op de gezondheid of het functioneren van de cliënt, en het bepalen van risicofactoren voor ziekte, ongevallen en achteruitgang in functioneren.

Codering (aanduiden wat van toepassing is): borstpijn bij inspanning of bij rusten, geen stoelgang in 3 dagen, duizelig of licht in hoofd, oedeem, kortademig, wanen, hallucinaties, en geen van bovenstaande.

- Pijn

Het vastleggen van de frequentie en de intensiteit van tekenen en symptomen van pijn. Voor zorgplanning kan dit worden gebruikt om indicatoren van pijn te identificeren alsook om de reactie van de cliënt na te gaan op pijnbestrijding.

a) frequentie: 0 = geen pijn, 1 = minder dan dagelijks, 2 = dagelijks (één periode) en 3 = dagelijks (meerdere perioden).

b) intensiteit: 0 = geen pijn, 1 = milde pijn, 2 = matige pijn, 3 = ernstige pijn en 4 = pijn soms vreselijk of ondragelijk.

c) pijn verstoord volgens cliënt gebruikelijke activiteiten: nee/ja codering.

d) aard van de pijn: 0 = geen pijn, 1 = beperkt tot één plek en 2 = op vele plekken.

e) pijn volgens cliënt adequaat met medicijnen bestreden: 0 = ja of geen pijn, 1 = medicijnen bestrijden pijn niet adequaat en 2 = pijn aanwezig, geen medicijnen genomen.

- Valfrequentie

Het bepalen van het risico van de cliënt op toekomstige valpartijen of verwondingen. Codering: aantal keren dat de cliënt viel in de laatste 90 dagen.

- Risico op vallen

Nee/ja codering van volgende items: onzeker tred, cliënt beperkt naar buiten gaan vanwege valangst.

- Levensstijl (drinken/roken)

Het beoordelen van frequentie en consequentie van het gebruik door de cliënt van alcohol en tabak.

Nee/ja codering voor volgende items: geuite bezorgdheid over de hoeveelheid geconsumeerde alcohol, cliënt heeft alcohol nodig om de zenuwen te kalmeren of om op gang te komen, en rookt of pruimt dagelijks tabak.

- Gezondheidstoestand indicatoren

Codering (aanduiden wat van toepassing is): cliënt voelt zich slecht gezond, kwalen of ziekten die de cognitie, ADL, stemming of gedrag onstabiel maken, ervaart een opleving van terugkerend of chronisch probleem, behandeling in laatste 30 dagen vanwege nieuw acuut gebeuren of probleem veranderd, en prognose van minder dan 6 maanden te leven.

- Andere status indicatoren

Mishandeling van ouderen kan vele verschijningsvormen hebben, van subtiel tot openlijk. In zijn meest openlijke uitingen is onmiddellijke correctie vereist. Deze items beslaan het spectrum van belangrijke kenmerken van dit sociale probleem.

Codering (aanduiden wat van toepassing is): bang voor een familielid of zorggever, ongebruikelijk slechte hygiëne, onverklaarde verwondingen, gebroken botten of brandwonden, verwaarloosd, misbruikt of mishandeld, en lichamelijke dwang.

- Voedings/vochtbalanstoestand

- Gewicht

Opmerkelijke, onbedoelde afnamen in gewicht kunnen een aanwijzing zijn dat het slecht gaat, een symptoom zijn van een potentieel ernstig medisch probleem of slechte voedselinname te wijten aan lichamelijke, cognitieve en sociale factoren.

Nee/ja codering van volgende items: onbedoeld gewichtsverlies van 5% of meer in de laatste 30 dagen, ernstig slechte voedingstoestand (cachexie), en overgewicht.

- Consumptie

Ongeacht de omvang van de maaltijd is het onwaarschijnlijk dat personen die slechts één of minder maaltijden per dag eten daaruit voldoende voeding halen.

Nee/ja codering van volgende items: at in tenminste 2 van de laatste 3 dagen slechts eenmaal of minder per dag, opmerkelijke afname in de laatste 3 dagen in de

hoeveelheid voedsel of vocht die de cliënt gewoonlijk eet of tot zich neemt, onvoldoende vocht, en enterale sondevoeding.

- Slikken

Codering: 0 = normaal, 1 = vereist dieetaanpassing voor het slikken van vast voedsel, 2 = vereist dieetbewerking om vast voedsel en vloeistoffen te slikken, 3 = gecombineerde voeding door mond en via sonde, en 4 = geen inname door de mond.

- Toestand van gebit (mondgezondheid)
  - Toestand van de mond

Het vastleggen van in de laatste zeven dagen aanwezige mondproblemen.

Codering (aanduiden wat van toepassing is): kauwprobleem, mond is "droog" bij het eten, en probleem bij het poetsen van tanden of (kunst)gebit.

- Conditie van de huid

Om de conditie van de huid van de cliënt vast te stellen, de aanwezigheid en het stadium van ulcus en andere huidproblemen te bepalen en daarnaast ook aanwezige voetproblemen te documenteren.

- Huidproblemen

Het vastleggen van de aanwezigheid van huidproblemen of huidveranderingen.

Nee/ja codering.

- Ulcus (vanwege druk / slechte doorbloeding)

Het vastleggen van het hoogste stadium van ulcus in de laatste 3 dagen waar dan ook op het lichaam die veroorzaakt worden door druk en slechte doorbloeding.

Codering (aanduiden van vorderingsstadium van volgende items): doorligwond, en ulcus vanwege slechte doorbloeding.

- Andere huidproblemen die behandeling behoeven

Het vastleggen van de aanwezigheid van andere huidproblemen dan ulcus en het vastleggen van huidcondities die een risicofactor zijn voor ernstigere problemen.

Codering (aanduiden wat van toepassing is): brandwonden (tweede- of derdegraads), open wonden, huidsneetjes of snijwonden, operatiewonden, en geen van bovenstaande.

- Genezen doorligwonden

Nee/ja codering.

- Wond/ulcusverzorging

Het documenteren van specifieke of algemene huidbehandelingen die de cliënt in de afgelopen zeven dagen heeft ontvangen.

Codering (aanduiden wat van toepassing is): antibiotica, systemisch of plaatselijk, verband, operatiewond verzorging, andere wond/ulcus zorg, en geen van bovenstaande.

- Beoordeling van de omgeving

- Woonomgeving

Bepalen of the huiselijke omgeving gevaarlijk of onbewoonbaar is.

Codering (aanduiden waar een probleem van toepassing is): verlichting, vloeren en vloerbedekking, badkamer en toiletruimte, keuken, verwarming en koeling, persoonlijke veiligheid, toegang tot de woning, toegang tot kamers in het huis, en geen van bovenstaande.

- Samenwoning

Deze items helpen de thuiszorgmedewerkers te bepalen of een verandering in dienstverlening aan de cliënt nodig is.

a) Cliënt woont nu met andere personen dan 90 dagen geleden. Nee/ja codering.

b. Cliënt of familielid zorggever denkt dat de cliënt beter af zou zijn in een andere woonomgeving. Codering: 0 = nee, 1 = alleen de cliënt, 2 = alleen de zorggever en 3 = cliënt en zorggever.

- Gebruikmaking van dienstverlening

- Reguliere zorg

Om het aantal uren en minuten vast te leggen dat door reguliere zorgverleningsorganisaties wordt besteed bij het geven van zorg of zorgmanagement in de laatste 7 dagen.

Codering: aantal bezoeken in kolom A (maximum = 7), totaal aan uren in kolom B en minuten (afgerond op eenheden van 10 minuten) in kolom C voor volgende diensten die door alle organisaties zijn gegeven: thuiszorghulpverleners, wijkverpleegkundigen, huishoudelijke hulp, maaltijden, vrijwilligershulp, fysiotherapie, ergotherapie, logopedist, dagzorg of dagverpleging, en huisbezoek van maatschappelijk werker.

- Speciale behandelingen, therapieën, programma's

Het doornemen van voorgeschreven behandelingen en het vaststellen van de mate waarin de cliënt zich aan wat is voorgeschreven houdt. Deze sectie omvat speciale behandelingen, therapieën en programma's die gedurende de laatste 7 dagen zijn ontvangen of gepland.

Codering (aanduiden wat van toepassing is): zuurstof, beademingsapparaat, ademhalingstherapie, alcohol en drugs behandelprogramma, bloedtransfusie(s), chemotherapiedialyse, IV-infuus – centraal, IV-infuus – perifeer, medicatie door injectie, stomazorg, bestralingstherapie, tracheestomazorg, bewegingstherapie, ergotherapie, fysiotherapie, dagcentrum, dagverpleging ziekenhuis, hospicezorg, bezoek aan dokter of kliniek, dagopvang, dagelijkse verpleegkundige controles, verpleegkundig monitoren minder dan dagelijks, medische alarmeringsarmband of elektronisch alarm, huidbehandeling, speciaal dieet, en geen van bovenstaande.

- Omgaan met apparatuur

Het vastleggen van het zelfdoen van de cliënt (d.w.z. hetgeen de cliënt werkelijk voor zichzelf deed en/of hoeveel hulp van anderen nodig was) bij het omgaan met apparatuur (bv. katheter, IV, zuurstof, stoma) gedurende de laatste 3 dagen.

Elk van volgende items moet worden beoordeel: zuurstof, IV, katheter, en stoma.

Codering: 0 = niet gebruikt, 1 = door cliënt zelf bediend, 2 = zelf bediend indien gereed gezet of mondeling begeleid, 3 = ten dele door anderen uitgevoerd en 4 = volledig door anderen uitgevoerd.

- Bezoeken – in de laatste 90 dagen

Invullen van het aantal bezoeken (tijdens een bepaalde periode) inzake volgende items: ziekenhuis, EHBO-kliniek, noodzorg, verpleeg- en verzorgingshuisopnames.

- Behandeldoelen

Het bepalen of behandeldoelen van de cliënt zoals vastgesteld door verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, therapeuten of artsen in de laatste 90 dagen zijn bereikt.

Nee/ja codering.

- Algehele verandering in zorgbehoeften

Het regelmatig controleren van de algehele functionele status van de cliënt in de laatste 90 dagen.

Codering: 0 = geen verandering, 1 = verbeterd en 2 = verslechterd.

- Afwegingen

Het bepalen of geldbeperkingen voorkomen hebben dat cliënt de benodigde medische en omgevingshulp heeft ontvangen. Nee/ja codering.

- Medicijngebruik

- Aantal medicijnen

Het bepalen van het aantal verschillende medicijnen (al dan niet voorgeschreven) dat de cliënt in de afgelopen zeven dagen heeft gebruikt.

Codering: aantal noteren.

- Recept voor psychofarmaca medicijnen

Het aantal dagen vastleggen waarop de cliënt in de laatste zeven dagen een van in de lijst opgenomen psychofarmaca ontving (antipsychotica, anxiolytica, antidepressiva, hypnotica).

Nee/ja Codering.

- Medisch toezicht

Dit helpt vast te stellen of de cliënt al zijn medicijnen (en daarmee medische problemen) in de laatste 180 dagen (of sinds de laatste beoordeling) met een arts heeft besproken. Het kan nodig zijn voor de arts en de gezondheidsmedewerker om alle huidige medicijnen van de cliënt door te nemen en noodzakelijke veranderingen erin aan te brengen.

Codering: 0 = met ten minste één arts besproken (of geen medicijnen gebruikt) en 1 = geen enkele arts maakte een overzicht van alle medicijnen.

- Medicijngebruikdiscipline

Het vaststellen of cliënt medicijnen ontvangt als voorgeschreven door arts/verpleegkundige.

Codering: 0 = hield zich er altijd aan, 1 = hield zich er 80% of meer van de tijd aan, 2 = hield zich er minder dan 80% van de tijd aan en 3 = geen medicijnen voorgeschreven.

- Lijst van elk medicijngebruik

Het vergemakkelijken van een beoordeling van het medicijngebruik door het hebben van één enkele lijst van alle medicijnen die door de cliënt worden genomen.

Vier items moeten worden beoordeeld:

- a) Naam en dosis
- b) Vorm (toedieningsweg)
- c) Aantal gebruikt
- d) Frequentie

Items b, c en d worden gescoord met een meerpuntenschaal (antwoordalternatieven).

- Informatie over de beoordeling

Handtekenen van hen die de beoordeling hebben uitgevoerd, naam en functie beoordelaar, datum van aftekening en andere handtekeningen.

- Ontslaggegevens

Datum sluiten casus, reden/bestemming na ontslag.

- Normering

Niet van toepassing.

- Betrouwbaarheid

Geen informatie.

- Validiteit

Geen informatie.

- Kostprijs

Geen informatie.

## **Deel 2: interRAI – Instelling voor Langdurige Zorg (Versie 09) (LTCF)©**

De interRAI – LTCF is grotendeels gelijkaardig aan de RAI – HC. Het verschil is gelegen in het gebruiksdoel en uitkomstvariabelen, de doelgroep en de schalen en items. Het zijn deze secties die hieronder worden beschreven.

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

De interRAI-beoordelingsinstrumenten verzamelen, groeperen, organiseren en verhelderen. Ze zijn geen (elektronische) zorgdossiers of automatische zorgplanner. Ze signaleren mogelijke problemen en geven een aantal mogelijke guidelines en protocols om die problemen aan te pakken. De keuze van de auteurs is expliciet om de gebruikers en zorgorganisaties de maximale autonomie te laten in hun zorgaanbod als reactie op de gedetecteerde zorgbehoefte.

De interRAI-LTCF (Instelling voor Langdurige Zorg) is een allesomvattend en gestandaardiseerd instrument (Minimum Data Set - MDS) voor het evalueren van de behoeften, de sterke punten en de voorkeuren van cliënten in een RVT of in een andere institutionele setting voor chronische zorg. De interRAI – LTCF is compatibel met andere internationaal gebruikte interRAI-instrumenten voor thuiszorg, ambulante geestelijke gezondheidszorg, intramurale geestelijke gezondheidszorg, acute ziekenhuiszorg, palliatieve zorg, postacute zorg en zorgverlening aan cliënten met een verstandelijke handicap. De compatibiliteit van beoordelingselementen bevordert de continuïteit van zorgverlening via een consistent beoordelingssysteem en stimuleert een persoonsgerichte aanpak van zorg.

Het interRAI – LTCF bestaat uit de Minimum Data Set voor thuiszorg (MDS – LTCF) en Klinisch Analyseprotocollen (CAP's). De MDS – LTCF items identificeren in het bijzonder cliënten die baat zouden kunnen hebben bij een nadere evaluatie van specifieke problemen en risico op achteruitgang in functioneren. Deze items staan bekend als 'signaleringen'. Ze verbinden de MDH – LTCF met een reeks van probleem-georiënteerde CAP's.

De Klinische Analyseprotocollen (CAP's) zijn dezelfde als deze van de RAI – HC. Ze bevatten algemene richtlijnen voor een verdere beoordeling en geïndividualiseerde zorgen en diensten. Afhankelijk van de zorgsetting richten de CAP's zich op heel verschillende domeinen (bv. mentale gezondheid, psychosociaal functioneren, lichamelijk functioneren ...). Er zijn momenteel 30 CAP's die ingaan op de behoeften van de cliënten. Een gemiddelde cliënt heeft signaleringen voor tien tot veertien van de 30 CAP's. Het doel is de informatie van de CAP's te gebruiken bij het opstellen van een zorgplan.

De CAP's richten zich op zes verschillende domeinen: CAP's die samen gaan met functioneel presteren, CAP's die samen gaan met zintuiglijk functioneren, CAP's die samen gaan met geestelijke gezondheid, CAP's die samen gaan met

gezondheidsproblemen/syndromen, CAP's die samen gaan met dienstverleningsaanbod en CAP's die samen gaan met continëntie.

Conclusie: Het interRAI – LTFC identificeert op basis van de MDS – LTFC items cliënten die baat zouden kunnen hebben bij een nadere evaluatie van specifieke problemen en risico op achteruitgang in functioneren. Deze items staan bekend als 'signaleringen' en peilen naar het functioneren van de cliënt op velerlei domeinen. Ze verbinden de MDS – LTFC met een reeks van probleemgeoriënteerde CAP's.

Het interRAI – LTFC biedt door middel van de CAP's informatie over de benodigde zorg voor cliënten. Elke CAP bevat een subdeel richtlijnen waarin de aard van het probleem duidelijk wordt gemaakt, corrigeerbare (of voorkombare) oorzakelijke factoren aan het licht worden gebracht, aanvullende verwijzingen die nodig zijn worden aangegeven en suggesties voor kansrijke behandelstrategieën worden aangeleverd.

Dit maakt het voor een zorgverlener mogelijk uitspraken te doen over de benodigde vorm van hulp, binnen langdurige zorg. De benodigde hoeveelheid hulp wordt niet concreet behandeld maar zit impliciet wel vervat in de richtlijnen. De CAP's hangen samen met verschillende domeinen. De zorgverlener kan per domein beoordelen welke verdere hulp is geïndiceerd.

- Doelgroep

De interRAI – LTFC is gericht op cliënten in een RVT of in een andere institutionele setting voor chronische zorg.

- Schalen en items

Zoals RAI – HC, bestaat de interRAI- LTFC uit een Minimum Data Set (MDS) en uit Klinische Analyseprotocollen (CAP's).

De MDS -LTFC is de screeningscomponent die een thuishulpverlener in staat stelt om compact de meervoudige belangrijkste domeinen van lichamelijk functioneren, gezondheid, sociale hulp en dienstverleningsgebruik te beoordelen. De MDS – LTFC items identificeren in het bijzonder ook cliënten die baat zouden kunnen hebben bij een nadere evaluatie van specifieke problemen en risico op achteruitgang in functioneren. Deze items staan bekend als 'signaleringen'. Ze verbinden de MDH – LTFC met een reeks van probleemgeoriënteerde CAP's.

In totaal bevat de MDS - LTFC twintig secties:

- Identificatie-informatie
- Intake en voorgeschiedenis
- Cognitie
- Communicatie en zien
- Stemming en gedrag
- Psychosociaal welzijn
- Algemeen dagelijks functioneren
- Continentie
- Ziektebeelden

- Gezondheidstoestand
- Toestand van mond en voeding
- Toestand van de huid
- Ontspanningsactiviteiten
- Geneesmiddelen
- Behandelingen en procedures
- Verantwoordelijkheid en beschikkingen
- Ontslagmogelijkheid
- Ontslaginformatie
- Informatie na terugkeer
- Beoordelingsinformatie

De meeste, maar niet alle secties worden net zoals bij de RAI – HC beschreven volgens een vast stramien: bedoeling, definitie, proces en codering.



## **Camberwell Assessment of Need (CAN)**

*CAN. Camberwell Assessment of Need.*

*A Comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness.*

*Slade, M., Thornicroft, G., Loftus, L., Phelan, M., en Wykes, T.*

*London: Gaskell. 2005.*

<http://www.iop.kcl.ac.uk/virtual/?path=68>

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

De Camberwell Assessment of Need (CAN) is een instrument dat tracht de noden/behoefte van personen met een ernstige en langdurige mentale stoornis te meten. Het heeft betrekking op meerdere gezondheids- en sociale noden, en neemt beoordelingen op van zowel de betrokken hulpverleners als de gebruikers. De term gebruiker verwijst naar de persoon die het subject is van de metingen van de CAN. De CAN is ontwikkeld voor het gebruik bij:

- professionelen die betrokken zijn bij de zorg aan personen met een ernstige mentale stoornis,
- personen die wensen de hulpverlening te evalueren, of
- gebruikers van hulp in de beoordeling van hun eigen noden.

Er zijn drie versies van de CAN beschikbaar: een klinische variant CAN-C, een versie CAN-R bedoeld voor onderzoek en een verkorte versie CANSAS.

De CAN-C omvat een diepgaande meting van de problemen van personen met een ernstige mentale stoornis op 22 verschillende gebieden uit het leven (zie schalen en items). Het meet welke hulp de personen momenteel krijgen voor deze problemen en hoeveel hulp ze nodig hebben. Het voorziet ook ruimte voor het achterhalen van de visie van de personen met een ernstige mentale stoornis zelf over hoeveel hulp ze nodig hebben, en voor een hulpverleningsplan.

De CAN-R omvat eveneens een diepgaande meting van de problemen van personen met een ernstige mentale stoornis op 22 verschillende gebieden uit het leven (zie schalen en items). Het meet welke hulp de personen momenteel krijgen voor deze problemen, hoeveel ze nodig hebben en hun tevredenheid over ontvangen hulp. CAN-R is ontwikkeld voor het gebruik in onderzoeken.

De CANSAS is een verkorte (1 pagina) meting die samenvat of een persoon met een mentale stoornis problemen heeft op 22 verschillende gebieden (zie schalen en items), en of ze momenteel effectieve hulp ontvangen voor deze problemen. CANSAS is ontwikkeld voor het gebruik in routine klinisch werk of als uitkomstmeting in onderzoeken.

Elk domein (gebied) wordt gescoord op basis van vier secties. Hieronder volgt een weergave van de secties uit de CAN-C.

Sectie 1 vangt aan met een vraag die kan worden gesteld om de discussie van het betreffende domein op te starten. Verdere vragen kunnen worden gesteld met als doel te bepalen of de informant problemen ziet in dit domein en indien er problemen zijn of de cliënt hiervoor hulp ontvangt. Op basis van de antwoorden wordt volgende beoordeling gemaakt:

0 = geen ernstig probleem

1 = geen/gemiddeld probleem te wijten aan de ontvangen hulp

2 = ernstig probleem

9 = ongekend

In sectie 2 wordt per domein de informele hulp die de cliënt momenteel ontvangt ingeschaald. Op basis van de antwoorden wordt volgende beoordeling gemaakt:

0 = geen

1 = weinig hulp

2 = matige hulp

3 = veel hulp

9 = ongekend

Sectie 3 is bedoeld om informatie te verzamelen enerzijds over de formele hulp die de cliënt ontvangt en anderzijds over de hulp die de cliënt nodig heeft (perceptie). Op basis van de antwoorden wordt voor beide onderdelen volgende beoordeling gemaakt:

0 = geen

1 = weinig hulp

2 = matige hulp

3 = veel hulp

9 = ongekend

Het doel van sectie 4 is tweevoudig. Ten eerste is er de mogelijkheid informatie op te nemen dat niet is beoordeeld maar wel van belang is (bv. welke hulp men in de toekomst wenst). Dit kan enkel bij de afname met de cliënt als informant. Ten tweede kan een actieplan worden opgesteld zoals welke metingen nog zullen gebeuren, wie wat zal doen en wanneer het plan wordt geëvalueerd. Dit deel wordt ingevuld door de hulpverlener.

De beoordelingen kunnen direct worden overgenomen in het scoreformulier. Er zijn scoreformulieren beschikbaar voor de cliënt als informant en de hulpverlener als

informant, voor de cliënt als enige informant en voor de hulpverlener als enige informant.

Elk formulier bevat een aantal samenvattende variabelen: totaal aantal vervulde noden (op basis van sectie 1, score '1'), totaal aantal onvervulde noden (op basis van sectie 1, score '2'), totaal aantal noden (som van aantal vervulde en onvervulde noden), totale hoeveelheid nood aan en ontvangen informele en formele hulp (op basis van sectie 2 en 3) en totale hoeveelheid nood aan hulp van formele bronnen (op basis van sectie 3).

Conclusie: De beoordeling van probleemdomen en adaptieve vaardigheden dient om een domein met nood aan ondersteuning te identificeren. Vervolgens moet door de beoordelaar worden bepaald of wordt tegemoet gekomen aan de noden van de cliënt. Dit gebeurt telkens op basis van secties 2 en 3 waarin wordt gepeild naar de hoeveelheid verkregen informele hulp, de hoeveelheid verkregen formele hulp en de hoeveelheid formele hulp dat de cliënt nodig heeft. Het is in grote mate de beoordeling van de hulpverlener die de noden van de cliënt inschat.

De totale hoeveelheid benodigde hulp wordt in de CAN berekend door alle noden voor de verschillende domeinen, zoals ingeschat door de beoordelaar, op te tellen. Daarnaast kunnen ook de scores van de domeinen afzonderlijk worden geïnterpreteerd. De hoeveelheid nood aan hulp kan op deze wijze per domein worden bepaald.

Er wordt geen uitspraak gedaan over de vorm van hulpverlening.

- Doelgroep

De CAN is ontwikkeld voor en getest bij volwassenen met als klinische diagnose een majeure psychotische stoornis en die hulp ontvingen in geestelijke gezondheidsvoorzieningen (ziekenhuis of gemeenschapsniveau). Dit is bijgevolg de meest geschikte doelgroep bij het gebruik van de CAN.

Conclusie:

- Volwassenen
- Majeure psychotische stoornis

Andere, aangepaste versies van de CAN, bedoeld voor verschillende doelgroepen zoals personen met een mentale stoornis en een leerstoornis (CANDID), oudere volwassenen (65+) met een mentale stoornis (CANE), personen in contact met forensische geestelijke gezondheidszorg (CANFOR) en zwangere vrouwen en moeders met een mentale stoornis zijn ontwikkeld.

De verdere beschrijving van dit instrument is gebaseerd op de basisversie, met name de CAN. Afwijkingen op het vlak van domeinen en schalen worden wel vermeld<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Deze informatie is afkomstig van volgende website: <http://www.iop.kcl.ac.uk/virtual/?path=68>.

- (Theoretische) achtergrond

In de handleiding wordt ingegaan op de theoretische achtergrond van het instrument. Zo worden de vier basis uitgangspunten van de ontwikkeling van de CAN uiteengezet en wordt er dieper ingegaan op de beschikbare literatuur omtrent het concept nood, het meten van de noden van een populatie en het meten van individuele noden aan de hand van een instrument.

Er liggen vier algemene principes aan de basis van de ontwikkeling van de CAN. Als eerste gold dat iedereen noden heeft, en dat hoewel personen met een ernstige mentale stoornis enkele specifieke noden hebben, de meeste van hun noden gelijkaardig zijn aan deze van personen zonder een mentale stoornis. Ten tweede was duidelijk dat de meeste personen met een ernstige mentale stoornis meerdere noden hebben en dat het van vitaal belang is dat ze allemaal worden geïdentificeerd door die personen die de zorg op zich nemen. Ten derde zou de beoordeling van de noden zowel een integraal onderdeel van de dagelijkse klinische praktijk als van de dienstverlening moeten zijn, zodat de CAN bruikbaar is voor een brede waaier van personeelsleden. Tenslotte is de CAN gebaseerd op het principe dat nood een subjectief concept is en dat er geregeld verschillende maar even valide percepties zullen zijn van de aan- of afwezigheid van specifieke noden. De CAN meet om die reden de opvattingen van de personeelsleden en gebruikers apart.

Daarnaast zijn nog enkele specifieke criteria gehanteerd bij de ontwikkeling van de CAN:

- adequate psychometrische eigenschappen
- invulbaar binnen 30 min
- bruikbaar voor meerdere professionelen
- geschikt voor zowel de dagelijkse praktijk als onderzoek
- leerbaar en bruikbaar zonder formele training
- houdt rekening met zowel de opvattingen van de personeelsleden als de gebruikers i.v.m. noden
- meet zowel de onvervulde als vervulde noden
- meet het niveau van ontvangen hulp zowel van vrienden of familieleden als van wettelijke voorzieningen.

Voor het concept nood worden verschillende definities gegeven vanuit verschillende benaderingen. Definities worden geformuleerd vanuit theorie over de menselijke motivatie, vanuit sociologisch standpunt en met betrekking tot de gezondheidszorg.

Daarnaast wordt een redenering opgebouwd over het meten van noden in een populatie en bij individuele personen. Zo wordt gesteld dat indien voorzieningen uit de gezondheidszorg zijn ontstaan als respons op de noden van verschillende populaties en middelen worden toegewezen op basis van geïdentificeerde noden, er dan nood is aan overeengekomen methoden voor het meten van die noden van de populatie. Er zijn verschillende manieren gekend om deze noden van populaties te meten.

Wat betreft instrumenten voor het meten van individuele noden wordt gesteld dat er geen perfect instrument beschikbaar is. Er zijn wel enkele pogingen tot maar deze

instrumenten zijn weinig consistent is de informatie die ze verzamelen, met een tendens naar meer kwalitatieve dan kwantitatieve data. Bovendien worden psychometrische eisen geregeld genegeerd. Hoewel deze instrumenten een team zouden bijstaan in het houden van de focus voorzien ze valide of nauwkeurige informatie aan 'diensten planners'.

Conclusie:

- Theoretisch kader
  - Geëvolueerd instrument
- 
- Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal

Papier-en-potlood.

In de handleiding is enige informatie te vinden omtrent de testleider. Één van de uitgangspunten bij de ontwikkeling van de CAN is dat meerdere professionelen de CAN moeten kunnen gebruiken. Er wordt ook aangegeven dat de CAN bedoeld is voor het gebruik door professionelen die betrokken zijn bij de zorg aan personen met een ernstige mentale stoornis of personen die wensen de hulpverlening te evalueren. In het hoofdstuk "Training for the CAN" wordt gesteld dat de CAN normaal gezien kan worden gebruikt zonder een formele training door professionelen werkende geestelijke gezondheidszorg. Training (halve dag) wordt toch aangeraden om de afnametijd te verkorten, vrees voor het gebruik te verminderen, personeelsleden te motiveren voor het gebruik en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verbeteren (zeker voor de CANSAS). Het grootste voordeel van de training zou de tijdswinst en verbeterde vertrouwdsheid met de CAN zijn.

Zoals aangegeven zijn er drie versies van de CAN beschikbaar: een klinische variant CAN-C, een versie CAN-R bedoeld voor onderzoek en een verkorte versie CANSAS.

Hieronder bespreken we eerst de meetmethode van de CAN-C en CAN-R. Nadien volgt een beschrijving van de CANSAS.

De CAN bestaat uit invulformulieren en een samenvattend scoreformulier. Aan de hand van deze formulieren wordt gepeild naar de problemen die zich tijdens de laatste maand voordien op 22 domeinen. Het invullen van de CAN vereist een interview waarbij een zorgverlener de opvattingen van de cliënt nagaat en een interview of het zelf invullen om de standpunten van de hulpverleners te meten. Het is van belang dat het antwoord van de cliënt rechtstreeks wordt overgenomen zelfs als de interviewer het niet eens is met deze opvattingen.

Elke pagina van het formulier bevat een domein opgedeeld in vier secties.

Bij elke eerste sectie van een domein wordt een vraag gesuggereerd die dient om de discussie op gang te brengen. De interviewer kan bijkomende vragen stellen indien nodig, met als doel het vaststellen van de aan- of afwezigheid van een serieus

probleem bij de cliënt op dit domein. Het vaststellen van een probleem betekent dat er nood is aan hulp.

Indien de cliënt effectief een probleem blijkt te hebben op dit domein kan worden overgegaan naar sectie 2 tot 4.

Sectie 2 meet de ontvangen hulp van informele bronnen (vrienden, familie, bureu) en sectie 3 meet de ontvangen hulp van formele bronnen (gezondheidszorg, woonondersteuning en sociale hulpverlening). Sectie 3 meet ook de perceptie van de cliënt i.v.m. de benodigde hulp, om het mogelijk te maken onvervulde noden te identificeren.

Vanaf sectie 4 verschillende de CAN-C en CAN-R enigszins:

### CAN-C

Sectie 4 verzamelt informatie over welke hulp de cliënt wenst en informatie over een met de cliënt en hulpverlener overeengekomen actieplan.

### CAN-R

Sectie 4 peilt naar de tevredenheid met de huidig ontvangen hulp (type en hoeveelheid).

Zowel de CAN-C als de CAN-R brengen de aan de hand van de invulformulieren verzamelde informatie samen in "summary scoring sheets". Deze samenvattende scoreformulieren geven schematisch de verschillende scores op alle domeinen en secties weer (zie ook gebruikersdoel en uitkomstvariabelen). Er zijn formulieren beschikbaar voor de cliënt als informant en de hulpverlener als informant, voor de cliënt als enige informant en voor de hulpverlener als enige informant.

De CANSAS is de verkorte versie van de CAN. De meetmethode verschilt bijgevolg enigszins.

De CANSAS peilt eveneens naar problemen die zich de voorbije maand manifesteerden op 22 domeinen. Het invullen van de CANSAS kan een interview inhouden met de cliënt, de verzorgende persoon of een hulpverlener die de cliënt voldoende kent. Het is opnieuw van belang dat het antwoord van de cliënt rechtstreeks wordt overgenomen zelfs als de interviewer het niet eens is met deze opvattingen.

Elke afname van de CANSAS gebeurt aan de hand van één scoreformulier. Dit formulier verzamelt alle domeinen, alle afnamen (max. 4) en scores.

Elke afname (verschillende informanten) wordt in een aparte kolom genoteerd. Op het formulier staat per domein een suggestie vraag die moet worden gesteld. Verdere vragen kunnen worden gesteld indien nodig, met als doel het vaststellen van de aan- of afwezigheid van een probleem in dit domein en als er een probleem is, of hij/zij hiervoor hulp ontvangt.

Op basis van de antwoorden van de geïnterviewde wordt een beoordeling gemaakt van de noden van de cliënt.

De gemiddelde afnametijd van de CAN bedraagt 16,2 minuten bij de cliënten en 9,4 minuten bij de hulpverleners (samen 25,6 minuten).

- Kwaliteit van de handleiding

De gebruiksmogelijkheden van de CAN worden uiteengezet in de handleiding. De beperkingen worden niet systematisch weergegeven. De handleiding bevat wel een hoofdstuk "Frequently asked questions". Dit hoofdstuk pakt een aantal moeilijkere vraagstukken aan die kunnen voorkomen tijdens het invullen van de CAN (bv. "How do I score the need rating if the interviewee says there is still a need even though an intervention is being offered?").

De psychometrische eigenschappen van de CAN worden eerst zeer beknopt beschreven bij de ontwikkeling van het instrument. In bijlage is een artikel opgenomen waarin het onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit is nagegaan.

In de handleiding bevindt zich een bijlage met vijf uitgewerkte casussen.

In de handleiding wordt per versie (CAN-C, CAN-R en CANSAS) instructies beschreven i.v.m. met het invullen van de CAN. Hierbij gaat aandacht naar de informatieverzameling (interview), naar de interpretatie van de verschillende domeinen en secties en naar de concrete invulling van de CAN.

- Schalen en items

De CAN-C, CAN-R en CANSAS bevatten elk 22 domeinen:

- Huisvesting
- Voeding
- Onderhoud van het huis
- Zelfzorg
- Dagelijkse activiteiten
- Fysieke gezondheid
- Psychotische symptomen
- Informatie over lokale dienstverlening en gebruikers specifieke voorwaarden
- Psychologische distress
- Veiligheid t.o.v. zichzelf
- Veiligheid t.o.v. anderen
- Alcohol
- Drugs
- Sociale contacten
- Intieme relaties
- Seksuele expressie
- Zorg voor kinderen
- Basis educatie

- Telefoon
- Transport
- Geld beheer
- Uitkeringen

De CANDID bestaat uit 25 domeinen. Deels dezelfde en deels verschillende domeinen als bij de CAN-C:

- Huisvesting
- Voeding
- Onderhoud van het huis
- Zelfzorg
- Dagelijkse activiteiten
- Algemene fysische gezondheid
- Zicht en gehoor
- Mobiliteit
- Epileptische aanvallen
- Ernstige mentale stoornis
- Lichte mentale stoornis
- Informatie
- Veiligheid t.o.v. zichzelf
- Uitbuitingsrisico
- Veiligheid t.o.v. anderen
- Ongepast gedrag
- Genotmiddelenmisbruik
- Communicatie
- Sociale relaties
- Seksuele relaties
- Zorg voor anderen
- Basis educatie
- Transport
- Geld beheer
- Uitkeringen

De CANFOR bestaat eveneens uit 25 domeinen. De 22 domeinen van de CAN-C met drie bijkomende:

- Huisvesting
- Voeding
- Onderhoud van het huis
- Zelfzorg
- Dagelijkse activiteiten
- Fysieke gezondheid
- Psychotische symptomen
- Informatie over lokale dienstverlening en gebruikers specifieke voorwaarden
- Psychologische distress
- Veiligheid t.o.v. zichzelf
- Veiligheid t.o.v. anderen

- Alcohol
- Drugs
- Sociale contacten
- Intieme relaties
- Seksuele expressie
- Zorg voor kinderen
- Basis educatie
- Telefoon
- Transport
- Geld beheer
- Uitkeringen
- Behandeling
- Seksueel overtredding
- Brandstichting

De CAN-M bestaat uit 26 domeinen. Deels dezelfde en deels verschillende domeinen als bij de CAN-C:

- Huisvesting
- Voeding
- Onderhoud van het huis
- Zelfzorg
- Dagelijkse activiteiten
- Algemene fysieke gezondheid
- Zwangerschapszorg
- Slaap
- Psychotische symptomen
- Informatie over lokale dienstverlening en gebruikers specifieke voorwaarden
- Psychologische distress
- Veiligheid t.o.v. zichzelf
- Veiligheid t.o.v. anderen
- Genotmiddelenmisbruik
- Sociale contacten
- Intieme relaties
- Seksuele gezondheid
- Geweld en misbruik
- Praktische noden bij zorg voor kinderen
- Emotionele noden bij zorg aan kinderen
- Basis educatie
- Telefoon
- Transport
- Geld beheer
- Uitkeringen
- Taal, cultuur en religie

De CANE bevat 24 domeinen. Deels dezelfde en deel verschillende domeinen als bij de CAN-C:

- Huisvesting
- Voeding
- Onderhoud van het huis
- Zelfzorg
- Dagelijkse activiteiten
- Fysieke gezondheid
- Psychotische symptomen
- Informatie over lokale dienstverlening en gebruikers specifieke voorwaarden
- Psychologische distress
- Veiligheid (opzettelijke zelfverminking)
- Veiligheid (onopzettelijke zelfverminking)
- Veiligheid (misbruik/verwaarlozing)
- Gedrag
- Alcohol
- Drugs
- Sociale contacten
- Intieme relaties
- Zorg voor anderen
- Mobiliteit/transport
- Geldbeheer
- Uitkeringen

### ▪ Normering

De verschillende secties maken gebruik van een meerpuntenschaal met kwalitatieve scoring. De eindscores worden allen berekend op basis van somming van de scores op de meerpuntenschalen. De eindscores hebben geen aparte normering.

Conclusie:

- Klinisch kwalitatieve normering

### ▪ Betrouwbaarheid

In de handleiding is een artikel bijgevoegd waarin onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaar en de test-hertest betrouwbaarheid van de CAN-R wordt gepresenteerd. De resultaten zijn veralgemeenbaar voor de CAN-C aangezien enkel de eerste drie secties van de CAN-R aan analyses zijn onderworpen.

60 patiënten en een bijhorende hulpverlener namen deel aan de studie. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 48,3 jaar (95% CI 45,0-51,6), 62% is vrouwelijk. De meerderheid is van blanke afkomst (82%), alleenstaand (63%) en heeft al meer dan 20 jaar contact met hulpverlening (53%). 43% is een "out-patient", 23% een "in-patient" en 33% een "day patient" op het moment van de studie. De klinische diagnoses zijn schizofrenie (55%), manisch- depressieve psychose (13%), schizo-affectieve stoornis (7%), persoonlijkheidsstoornis (7%), niet-psychotische

depressie (5%) en andere (13%). De gemiddelde GAF score bedraagt 52,7 (95% CI 49,0-56,4).

De hulpverleners hadden verschillende professionele achtergronden: psychiatrie, verpleging, psychologie, beroepstherapie en thuiszorg en allen werkten als belangrijkste verzorger van de cliënt.

De cliënten en hun zorgverlener werden apart geïnterviewd. 49 cliënten konden effectief worden geïnterviewd (t1). 41 cliënten (met zorgverlener) werden willekeurig geselecteerd voor een tweede interview één week later (t2), waarvan 31 cliënten konden worden geïnterviewd.

Het gemiddeld aantal geïdentificeerde noden was 7,55 (95% CI 6,41-8,6) bij de zorgverleners en 8,64 (95% CI 7,26-10,0) bij de cliënten. Er is een hoge overeenkomst gevonden tussen de beoordelingen op t1 ( $r=0,99$  en  $0,98$  respectievelijk voor de cliënten en hulpverleners,  $p < 0,01$ ), en voldoende overeenkomst tussen t1 en t2 ( $r=0,78$  en  $0,71$  respectievelijk voor de cliënten en zorgverleners,  $p < 0,001$ ). Dit zijn indicaties voor een goede interbeoordelaars- en test-hertest betrouwbaarheid.

Daarnaast is de interbeoordelaars- en test-hertest betrouwbaarheid van de items afzonderlijk onderzocht. De beoordelingen op de items uit sectie 1 vertonen tijdens de eerste meting een goede overeenkomst. De kappa coëfficiënt varieert van 0,74 tot 1,0 bij de hulpverleners en van 0,65 tot 1,0 bij de cliënten. De beoordelingen op de items uit sectie 1 tussen t1 en t2 komen algemeen minder goed overeen, maar vertonen nog steeds een voldoende overeenkomst voor de meeste items. De kappa coëfficiënt voor enkele items was echter erg laag (telefoon 0,13 en 0,23 respectievelijk voor de zorgverleners en de cliënten, geldbeheer 0,56 en 0,23 respectievelijk voor de zorgverleners en de cliënten).

Secties 2 en 3 worden slechts ingevuld indien er noden zijn geïdentificeerd in het betreffend domein. Hierdoor zijn de betrouwbaarheidsresultaten gebaseerd op kleine aantallen. Er zijn enkele lage correlaties geconstateerd. Zo zijn er lage correlatiescores voor de cliënten en zorgverleners tussen t1 en t2 vastgesteld bij sectie 2 (respectievelijk 0,36 en 0,34) en voor de cliënten en zorgverleners tussen t1 en t2 vastgesteld bij sectie 3.2 (respectievelijk 0,33 en 0,55). Dit kan wijzen op instabiliteit wat betreft de test-hertest betrouwbaarheid. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid lijkt opnieuw voldoende tot goed, deze varieert van 0,64 tot 0,93.

#### Conclusie:

- Inter-itemrelatie: geen informatie
- Interbeoordelaar: voldoende/goede scores gevonden in buitenlands onderzoek
- Test-hertest: slechte/onduidelijke scores

- Validiteit

In de handleiding is een artikel bijgevoegd waarin onderzoek naar de validiteit van de CAN-R wordt gepresenteerd. De resultaten zijn veralgemeenbaar voor de CAN-C aangezien enkel de eerste drie secties van de CAN-R aan analyses zijn onderworpen.

Als eerste worden de resultaten van de face validiteitanalyse (indrukvaliditeit) gepresenteerd. Er is nagegaan in welke mate de CAN leesbaar is. De Flesch reading score is 65 wat overeenkomt met het voorkeursniveau voor de meeste lezers. De meeste lezers kunnen de woordenschat van de CAN goed begrijpen. Clinici en onderzoekers uit Groot-Brittannië en andere Europese landen hebben consistent aangegeven dat de CAN de waaier aan problemen dekt waarmee personen met een ernstige mentale stoornis worden geconfronteerd.

De op overeenstemming gebaseerde validiteitanalyse (consensual validity) toont aan dat er vraag was naar een 'noden beoordelingsinstrument', en dat de CAN nuttig en relevant kan zijn. Dit werd geconcludeerd uit de commentaren van 50 ervaren professionals uit het werkveld van de sociale werkers, psychiatrie, psychologie, psychiatrische verpleging en beroepstherapeuten op een proefversie van de CAN.

Inhoudsvaliditeit is onderzocht door een parallele vragenlijst af te nemen bij 59 personen met een ernstige mentale stoornis die momenteel of in-patients zijn of psychiatrische daghospitalisatie genieten. Alle domeinen werden minstens als matig belangrijk beoordeeld. Huisvesting werd als meest belangrijke domein geëvalueerd en hulp voor drugs als het minst belangrijke. Geen enkel bijkomend domein werd geïdentificeerd door meer dan 2 respondenten.

Tenslotte is ook de criteriumvaliditeit onderzocht aan de hand van gelijktijdigheidsonderzoek (concurrent validity). De COTAN (Evers, Lucassen, et al., 2010) stelt dat op dergelijke wijze verkregen validiteitsgegevens voor de criteriumvaliditeit minder geschikt zijn, omdat op zijn minst onduidelijk is of zij een adequate schatting geven van de werkelijke validiteit van de test. De relatie tussen de scores op de GAF van de DSM-IV (sociale, beroeps en psychologisch functioneren) en de noden zijn onderzocht. Alle individuele item scores zijn vergeleken met de totale GAF score. Dit levert een gemengd beeld op dat de complexe relatie tussen dienstverlening, stoornis en nood reflecteert. Het item het meest geassocieerd met een lage GAF-score was de nood bij zelfzorg. Maar ook de score voor dit item is zwak ( $r=-0,39$ ,  $p<0,01$ ). Andere items zijn geassocieerd met een hogere GAF-score. Dit blijkt het meest bij nood aan hulp voor een kind ( $r=0,29$ ,  $p<0,05$ ). Vele andere items zijn individueel niet geassocieerd met de GAF-score. Een aantal items (zoals nood hulp bij dagelijkse activiteiten) komen vaak gemeenschappelijk voor onder de gehele onderzoekspopulatie zonder dat ze geassocieerd zijn met de individuele GAF-score. Dit toont hun algemene belang aan bij deze populatie. Sommige items zijn specifieke problemen voor bepaalde personen, en niet individueel geassocieerd met de GAF-score. In een poging om een meer betekenisvolle beoordeling te bekomen in vergelijking met de GAF-score, zijn zeven noden samengevoegd die overeenkomen met de domeinen die de GAF meeneemt bij de meting van beperkt functioneren (huishoudelijke taken, zelfzorg, psychotische symptomen, psychologische distress, risico op zelfverwonding, gevaar voor anderen en sociaal contact). Deze samengevoegde score is gecorreleerd met de GAF-scores ( $r=-0,51$ ,  $p<0,0001$ ).

Conclusie:

- Begripsvaliditeit: Geen informatie
- Criteriumvaliditeit: Onduidelijke validiteitsgegevens

- Kostprijs

De CAN en bijhorende formulieren zijn gratis te verkrijgen.



## **Inventory for Client and Agency Planning (ICAP)**

*ICAP. Inventory for client and agency planning. Examiner's manual.*

*Bruininks, R.H., Hill, B.K., Weatherman, R.F. and Woodcock, R.W.*

*1986, Chicago, USA: Riverside Publishing*

### **Beschrijving instrument**

- Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

De ICAP is een alomvattend, gestructureerd instrument ontwikkeld om de status, het adaptief functioneren en de nood aan hulpverlening (service needs) van cliënten te meten. De ICAP registreert beschrijvende informatie, diagnostische status, functionele beperkingen, adaptieve gedragsvaardigheden, probleemgedragingen, verblijfplaats, hulpverlening, en sociale, vrije tijd en dagelijkse activiteiten bij individuele cliënten. Het primaire doel van de ICAP is steun te bieden bij de screening, de opvolging, het beheer, de planning en de evaluatie van hulpverlening voor personen (kinderen en volwassenen) met een beperking en oudere personen.

De ICAP kan worden gebruikt om de ondersteuningsnoden van een cliënt te bepalen en om de gedragsveranderingen op te volgen. In het bijzonder is de ICAP geschikt voor het gebruik in kleine en grote voorzieningen, en ruime informatiesystemen. De ICAP is ontwikkeld voor organisaties die ondersteuning bieden aan cliënten van alle leeftijden en met een brede waaier aan niveaus van functioneren. Hierbij meet de ICAP de individuele actuele status en ondersteuningsnoden van de cliënt, en voorziet het organisatorisch samenvattende gegevens over grote groepen van cliënten.

De auteurs geven aan dat de ICAP specifiek geschikt is voor toezichtdoeleinden, het vaststellen van ondersteuningsnoden, de beoordeling of cliënten in aanmerking komen voor voorzieningen, de opvolging van een programma, en programma-evaluatie.

De ICAP voorziet een manier om individuele en samengebrachte informatie te verzamelen overheen een aantal gebieden (zie schalen en items) essentieel voor het evalueren van cliënten en hulpverleningen. De auteurs stellen dat de inhoud en flexibiliteit van de ICAP ervoor zorgen dat er meerdere toepassingen mogelijk zijn voor educatieve, publieke en privé organisaties. Volgende toepassingen worden aangegeven:

- Cliëntscreening en toewijzingsbepaling

De ICAP levert informatie, scores en interpretaties nodig voor de evaluatie van de huidige plaatsing en toekomstige ondersteuningsnoden. Dit ondersteunt hulpverleners bij de beoordeling of cliënten geschikte hulp krijgen en bij de beoordeling of ze in aanmerking komen voor nieuwe hulpverlening. Vaak is het doel om de intensiteit van hulp te bepalen. De ICAP Service Level, het resultaat van een weging van adaptieve en niet-adaptieve gedragscores, is bruikbaar voor de bepaling van het vereiste niveau van hulp of supervisie in de residentiële, educatieve en andere

hulpverleningsprogramma's en bij de bepaling of potentiële cliënten goed kunnen worden geholpen door een bepaald programma.

- Planning van hulpverlening en programma van cliënten

De ICAP kan worden gebruikt voor het meten van de noden van een cliënt aan dienstverlening en bij het opstellen van een hulpverleningsplan. Er wordt wel aangegeven dat voor een meer diepgaande planning van specifieke trainingsactiviteiten en hulpverlening inzake adaptief gedrag andere instrumenten nuttiger kunnen zijn.

- Planning, opvolging en evaluatie van hulpverleningsprogramma's

De ICAP is specifiek ontwikkeld om de planning en evaluatie van hulpverleningsprogramma's voor groepen van cliënten te ondersteunen. Het format staat efficiënte administratie toe voor grote aantallen van cliënten op een periodieke basis, en is geschikt voor het samenvoegen en analyseren van informatie overheen cliënten en programma's. De auteurs stellen dat de ICAP geschikt is bij het gebruik van klein- en grootschalige informatiesystemen die beslissingen ondersteunen zoals (a) planning en beheer van hulpverleningsprogramma's, (b) het bepalen van kosten van hulpverlening op basis van belangrijke cliënteigenschappen, (c) opvolgen van verandering bij cliënten, (d) bijstaan in het verlenen van licenties en accrediteren van hulpverleningprogramma's, (e) opleveren van essentiële informatie voor lokale, staats- en federale vergunnings- en financieringsinstellingen, en (f) het plannen van lange termijn ontwikkeling of wijziging in staats of lokale hulpverleningsprogramma's.

- Opvolgen van vooruitgang cliënt en hulp

De ICAP is bruikbaar voor het evalueren van de relatieve prestaties van cliënten in de thuissituatie, op school, in residentiële voorzieningen, behandelcentra en bij specifieke trainingsprogramma's. Ook hertest metingen zijn mogelijk.

- Onderzoek

Aangezien de ICAP voorziet in metingen overheen een brede waaier van karakteristieken, vaardigheden en plaatsingen, en voor meerdere leeftijdscategorieën zijn er heel wat mogelijkheden voor onderzoek.

De ICAP bestaat uit meerdere domeinen: beschrijvende informatie, diagnostische status, functionele beperkingen, adaptieve gedrag, probleemgedrag, verblijfplaats, dagprogramma, hulpverlening, en sociale en vrije tijd activiteiten. De scoring van al deze domeinen wordt beschreven in de sectie 'schalen en items'. In het kader van huidig onderzoek gaan we hier in op de specifieke scores die de ICAP oplevert. Nadat alle domeinen zijn ingevuld worden de verschillende scores berekend.

Drie taken moeten worden uitgevoerd alvorens informatie kan worden samengebracht op de profielen. Het betreft het berekenen van de chronische leeftijd van de cliënt, het scoren van items (herbekijken) en het berekenen van ruwe scores.

Vervolgens worden drie profielen ingevuld waarbij scores worden berekend zonder het gebruik van speciale scoringstabellen. Het eerste profiel is het 'Training Implications Profile' dat informatie omvat over de *ontwikkelingsleeftijd van de cliënt per domein van adaptief gedrag* (motorische vaardigheden, sociale en communicatieve

vaardigheden, basis zelfredzaamheid, en zelfredzaamheid in de omgeving). Het betreft de samengevoegde ruwe scores van de cliënt die worden vergeleken met gemiddelde scores per leeftijd.

Het tweede profiel is het 'Maladaptive Behavior Indexes Profile'. Informatie over de acht categorieën van probleemgedrag worden hier samengebracht in vier indexen van *onaangepast gedrag*. Deze vier indexen onaanangepast gedrag geven een uitgebreide aanduiding van het probleemgedrag. Het betreft volgende indexen: Internaliserend onaanangepast gedrag, Asociaal onaanangepast gedrag, Externaliserend onaanangepast gedrag, en Algemeen onaanangepast gedrag. De indexwaarden variëren van +10 tot -70, waarbij negatieve scores probleemgedrag indiceren. De indexscores worden bekomen door de deelscores frequentie en ernst van de probleemgedragingen te sommeren voor het betreffende domein. Vervolgens worden deze scores gesommeerd met een leeftijdsgerelateerde factor en afgetrokken van 100 wat resulteert in de onaanangepast gedrag indexscores. Tenslotte wordt een betrouwbaarheidsinterval van de indexscore berekend. Er is een relatie tussen de indexwaarden en het niveau van de ernst van het probleemgedrag:

<b>Indexwaarden</b>	<b>Ernst probleemgedrag</b>
+10 tot -10	Normaal
-11 tot -20	Marginaal ernstig probleemgedrag
-21 tot -30	Matig ernstig probleemgedrag
-31 tot -40	Ernstig probleemgedrag
-41 en lager	Zeernstig probleemgedrag

Het derde profiel is het 'ICAP Service Level Profile'. De Service Score heeft een bereik van 0 tot 100. De score ontstaat uit een combinatie van de adaptief gedrag scores en probleemgedragscores die respectievelijk een gewicht van 70% en 30% krijgen toebedeeld. De *Service score geeft een indicatie voor het benodigde niveau van hulpverlening*. De score worden in negen niveaus gepresenteerd:

<b>Niveau</b>	<b>Beschrijving</b>
1	Total personal care and intense supervision
2	
3	Extensive personal care and/or constant supervision
4	
5	Regular personal care and/or close supervision
6	
7	Limited personal care and/or regular supervision
8	
9	Infrequent or no assistance for daily living

Daar de ICAP Service Score rekening houdt met zowel het adaptief gedrag als het probleemgedrag van de cliënt kunnen de scores voor beide domeinen sterk variëren binnen een zelfde niveau van hulpverlening. De redenering is dat het benodigde

niveau aan hulpverlening van cliënten gelijk is, onafhankelijk of de cliënt slecht scoort voor adaptief gedrag of voor probleemgedrag.

Naast de scores op basis van bovenstaande profielen worden nog specifieke scores gegenereerd voor het *domein adaptief gedrag*. Deze scores worden vergeleken met een normgroep (zie ook normen). Hieronder volgt een overzicht van alle scores.

*Domeinscores:* Voor elk domein van adaptief gedrag (motorische vaardigheden, sociale en communicatieve vaardigheden, basis zelfredzaamheid en zelfredzaamheid in de omgeving) wordt eerst de ruwe score berekend. Deze ruwe scores worden op basis van een genormeerde tabel omgezet in domeinscores die steeds positief zijn. Voor alle domeinen geldt dat een score van 500 overeenkomt met het functioneren van een niet-beperkt tien jaar en vier maand oud kind. De domeinscores hebben een bereik van 270 (laag) tot 569 (hoog). Naast de vier deeldomeinen van adaptief gedrag kan op dezelfde wijze een algemene adaptief gedrag domeinscore (som van de vier deeldomeinen) worden bekomen.

*Leeftijd equivalent scores:* Een leeftijd equivalent score geeft de prestatie van de cliënt weer voor de vier domeinen van adaptief gedrag in termen van het chronologische leeftijdsniveau waarop de normgroep gemiddeld gezien zich bevindt met dezelfde prestatie. De leeftijdsschaal is beperkt tot personen die boven gemiddeld presteren bij volwassenen en oudere tieners.

*Instructional or Training Range:* De instructional range van de ICAP is gelijkaardig aan de Scales of Independent Behavior en de Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery inzake interpretatie. Het betreft een schaal met een richtlijn/indicatie voor enerzijds adaptieve vaardigheden die waarschijnlijk als gemakkelijk ervaren worden door de cliënt en anderzijds adaptieve vaardigheden die waarschijnlijk als moeilijk of frustrerend worden ervaren door de cliënt.

*Domeinverschilscores:* Percentielrangen (PR), standaardscores (SS), normale verdeling equivalenten (NCE) en relatieve prestatie indexen (RPI) zijn gebaseerd op het verschil tussen de domeinscore van de cliënt en de gemiddelde domeinscore van de normgroep met dezelfde leeftijd. Een domeinverschilscore van 0 houdt in dat de domeinscore van de cliënt gelijk is aan de gemiddelde domeinscore van de normgroep met dezelfde leeftijd. Een positieve domeinverschilscore indiceert een hoger dan gemiddeld functioneren en een negatieve domeinverschilscore indiceert een lager dan gemiddeld functioneren.

*Functioneringsniveau:* Domeinscores en RPI's zijn in het bijzonder geschikt voor interpretatie van het functioneren van een cliënt. Beide worden gelinkt aan een kwalitatieve beschrijving van het functioneren met een zevenpuntschaal, gaande van zeer sterk tot zeer zwak.

Tenslotte kan ook de verzamelde informatie afkomstig uit de verschillende domeinen gebruikt worden voor verdere interpretatie. De informatie geeft een beter zicht op de cliënt en zijn noden. Op deze wijze kunnen meerdere diagnoses worden aangegeven, waarbij de meest belemmerende, primaire diagnose en alle andere, secundaire

diagnoses duidelijk worden. Ook informatie over de fysieke en functionele beperkingen kan een toegevoegde waarde hebben bij het nemen van een beslissing omtrent het toewijzen van hulp.

De domeinen verblijfplaats, hulpverlening, en sociale en vrije tijd activiteiten kunnen eveneens een meerwaarde hebben. Zo wordt informatie verzameld over de huidige en toekomstige (wenselijke) verblijfplaats van de cliënt op basis van een aantal opties verdeeld op een continuüm van onafhankelijk tot intensieve ondersteuning. Ook de professionele overtuiging van de respondent over toekomstige ondersteuningsnoden wordt opgenomen in termen van hulpverleningsvormen. Daarnaast kunnen noden aan sociale en vrije tijd activiteiten worden onderscheiden met de bijhorende belemmerende factoren.

De auteurs stellen dat de ICAP niet bedoeld is om op zichzelf te worden gebruikt. De ICAP pretendeert niet de persoonlijke en professionele beoordeling van individuen, families en interdisciplinaire teams te vervangen. Het zou wel een goed gestandaardiseerd format zijn dat de besluitvorming ondersteunt, de vooruitgang van cliënten meet, en geschikt is voor een duidelijke rapportage, planning en beleidsdoeleinden.

Conclusie: De ICAP verzamelt informatie op meerdere domeinen. De Service Levels worden bekomen door een combinatie van beoordelingen van adaptieve vaardigheden en probleemgedragingen van een persoon.

Op basis van de verschillende scores van de ICAP kan een uitspraak worden gedaan over de benodigde hoeveelheid hulp (service score), over de vorm van benodigde hulp (ruwe scores op de domeinen verblijfplaats, dagprogramma, hulpverlening, en algemene informatie en aanbevelingen) en over verschillende domeinen met nood aan hulp (domeinscores, domeinverschilcores, onaangepast gedrag indexscores, leeftijd equivalent scores en ruwe scores op verschillende domeinen).

- Doelgroep

De ICAP zou geschikt zijn voor het gebruik in kleine en grote voorzieningen, en ruime informatiesystemen. De ICAP is ontwikkeld voor organisaties die ondersteuning bieden aan cliënten van alle leeftijden en met een brede waaier aan niveaus van functioneren.

Het primaire doel van de ICAP is steun te bieden bij de screening, de opvolging, het beheer, de planning en de evaluatie van hulpverlening voor personen (kinderen en volwassenen) met een beperking en oudere personen.

De normgroepen die worden gebruikt zijn gebaseerd op kinderen van drie maand oud tot en met volwassenen van 44 jaar oud.

Conclusie:

- Kinderen tot volwassenen
- Personen met een beperking

- (Theoretische) achtergrond

Er wordt weinig achtergrond informatie gegeven in de handleiding over het ontstaan van de ICAP.

De begripsvaliditeit wordt in de handleiding behandeld. In dit onderdeel is informatie te vinden die ingaat op verschillende inhoudelijke concepten. De auteurs hebben zich gebaseerd op een aantal reviews en discussies over de wenselijke inhoud van vragenlijsten aangaande cliëntstatus. Er wordt naar deze documenten verwezen maar hun precieze inhoudelijke bijdrage wordt niet besproken.

Voorts is informatie te vinden over de ontwikkeling van het adaptief gedrag domein, de probleemdomeinen, de onaangepast gedrag indexen en de normering.

Bij de ontwikkeling van de ICAP is het Raschmodel, een 'single-parameter logistic test model' voor het analyseren van item respons data, gebruikt voor de schalen van de adaptief gedrag metingen. Voor de precieze wijze waarop dit model een bijdrage levert wordt naar andere artikels verwezen. Wel wordt duidelijk gemaakt dat het Raschmodel voornamelijk op procesmatig vlak (wijze van scoring en inschaling) aan de basis ligt van de wijze waarop adaptief gedrag wordt gemeten.

Inhoudelijk is het domein adaptief gedrag gebaseerd op de items van de Scales of Independent Behavior (SIB). De items van de ICAP zijn, door middel van meerdere stappen en procedures, geselecteerd uit de 226 items van de SIB en verdeeld in vier grote domeinen.

Op basis van literatuur wordt ook het concept van onaangepast gedrag, en bijhorende begrippen, behandeld. Er wordt een model opgebouwd waaruit de samenhang tussen internaliserend en externaliserend gedrag, onaangepast gedrag, onaangepast gedrag index, en probleemgedrag domeinen duidelijk wordt.

In de handleiding worden enkele specificaties van het ontwerp van de ICAP weergegeven. Het betreft een aantal overwegingen dat de ontwikkeling leidde:

- De ICAP is ontworpen om een uitgebreide evaluatie van cliënten te voorzien door middel van een efficiënt en eenvoudig in te vullen boekje en dit in een korte tijd (ongeveer een twintigtal minuten).
- De ICAP is ontworpen om op een enkel formulier die informatie te genereren nodig voor de evaluatie van eigenschappen, ontwikkeling, gebruik van diensten en nood aan dienstverlening van cliënten.
- Het ICAP - boekje, met een zorgvuldig geordende lijst van items in elke categorie, is ontworpen in een handig checklist formaat dat toestaat om te worden gebruikt bij grote groepen van cliënten en bij rapportage tussen verschillende instanties.
- Het ICAP - boekje en bijhorende handleiding zijn opgesteld met het oog op een zo eenvoudig mogelijke interpretatie, met zo weinig mogelijk verwijzingen naar statistische tabellen.
- Items zijn op zo'n wijze samengesteld dat informatie zo efficiënt mogelijk kunnen worden ingebracht in geautomatiseerde dataverwerkingsystemen.
- Items die cliënten beschrijven en informatie opleveren over de diagnostische status en functionele beperkingen zijn ontworpen om de nodige informatie te

verschaffen voor de rapportage van lokale, staats- en federale hulpverleningsdiensten (USA).

- De ICAP is ontworpen om in een korte tijd een precieze meting van het adaptief gedrag uit te voeren waarbij gebruik wordt gemaakt van test items in vier brede domeinen.
- Het domein 'adaptief gedrag' van de ICAP meet de ontwikkeling van vaardigheden in een brede leeftijdscategorie, van de kindertijd tot volwassenheid (40 jaar en ouder), en binnen een brede waaier van mogelijkheden, van individuen met een diepe beperking tot individuen zonder een beperking.
- De adaptieve gedrag testitems handelen over exacte, observeerbare acties voor een brede waaier aan gedragsvaardigheden die nodig zijn in het praktische, dagelijkse leven.
- Het ICAP domein 'adaptief gedrag' meet de actuele toestand van de cliënt. Om die reden worden vaardigheden geëvalueerd zoals hoe de cliënten presteren op taken, of hoe ze zouden presteren, zonder bijkomende training.
- Het adaptieve gedragsdomein is ontwikkeld om een brede waaier aan scores in kaart te brengen die een maximale discriminatie bij cliënten met verschillende niveaus van vaardigheden en bekwaamheden toestaat.
- De ICAP is ontwikkeld om significante probleemgedragingen en de gevolgen ervan in de omgeving in acht gebieden te identificeren en te beschrijven.
- De ICAP combineert een weging van adaptief gedrag en probleemscores in unieke ondersteuningsscores en ondersteuningsniveaus die de noden van een cliënt aan hulp en supervisie weerspiegelen.
- De ICAP instructies, materialen en scoringsprocedures zijn zodanig ontwikkeld dat ze kunnen worden gebruikt door individuen zonder extensieve training in het afnemen van tests.
- Door middel van een normgroep en een speciale studie met gelijkstellende normering kunnen de ICAP adaptief gedrag scores direct worden vergeleken met deze van de Scales of Independent Behavior (SIB) en de Woodcock-Johnson (WJ) cognitive ability and achievement scores. Dit laat een uitgebreidere en geïntegreerde individuele evaluatie toe.

Conclusie:

- De ICAP presenteert in de handleiding zowel theoretische achtergrond als zelf ontwikkelde assumpties ter onderbouwing.
- De ICAP is reeds in 1986 ontwikkeld en wordt gebruikt in verschillende staten van de USA: Geëvolueerd instrument.

- Meetmethode / kwaliteit van het testmateriaal

Vragenlijst (papier-en-potlood) en computer-based.

De ICAP bestaat uit een zestien pagina's tellend boekje met antwoordformulieren.

Afname van de ICAP vereist geen extensieve achtergrondkennis in afname van tests. De nodige procedures zouden kunnen worden aangeleerd aan een gevarieerd personeelspubliek. De procedures, instructies, en antwoordformulieren zijn zodanig ontwikkeld dat ze door middel van zelfstudie kunnen worden gehanteerd. De auteurs stellen wel dat minimale training aangewezen is. Er wordt ook een onderscheid gemaakt tussen het betrouwbaar invullen van de ICAP en het hogere niveau van het evalueren en interpreteren van de resultaten (en het nemen van beslissingen).

De ICAP is bedoeld te worden ingevuld door een persoon die de cliënt goed kent. Een persoon die de cliënt minimaal drie maanden kent en die deze cliënt op dagelijkse basis ziet kan de ICAP invullen. De auteurs geven aan dat de accuraatheid en kwaliteit van informatie belangrijk is voor de kwaliteit van de uitkomst maar geven hieromtrent geen verdere instructies.

De afname van de ICAP behoeft het beoordelen van meerdere domeinen aan de hand van verschillende formulieren. Veelal wordt gebruik gemaakt van een checklist met meerdere antwoordalternatieven, waarbij ruimte is voorzien voor een eigen (aanvullend) alternatief. Daarnaast wordt ook veelvuldig meerpuntenschalen gehanteerd en worden er open vragen gesteld.

De ICAP levert meerdere scores. Er zijn o.a. kwalitatieve en kwantitatieve scores, ruwe scores, gesommeerde scores, genormeerde scores, percentiel scores, gestandaardiseerde scores, gewogen scores ... . (zie ook 'gebruiksdoel en uitkomstvariabelen' en 'schalen en items').

- Kwaliteit van de handleiding

Doorheen de handleiding wordt meermaals ingegaan op de gebruiksmogelijkheden van de ICAP. De beperkingen ervan worden echter niet vermeld.

De handleiding bevat de hoofdstukken 'Development and Norming', 'Reliability' en 'Validity' waar uitgebreid wordt ingegaan op de psychometrische gegevens behorend bij de ICAP.

Er zijn twee casussen opgenomen in de handleiding.

Per domein en bijhorende items worden instructies gegeven betreffende de inhoud en de scoring ervan. Per item wordt aangegeven wat precies wordt bedoeld en hoe dit moet worden gescoord. Er wordt sporadisch aangegeven wat te doen in bepaalde (afwijkende) situaties. Ook de wijze waarop de verschillende scores moeten worden bekomen, wordt verduidelijkt in de handleiding.

▪ Schalen en items

De ICAP is onderverdeeld in volgende tien domeinen (met bijhorende items):

- Beschrijvende informatie

Deze sectie verzamelt informatie over geslacht, lengte gewicht, ras, best verstane taal, middel van expressie, burgerlijke staat en juridische status.

Deze informatie dient ter ondersteuning van rapportage en administratie.

- Diagnostische status

Deze sectie inventariseert informatie over de primaire, de secundaire en alle overige diagnoses van de cliënt. Verschillende diagnoses kunnen worden aangevinkt. Er is ook de mogelijkheid om overige diagnoses te noteren. Er worden dertien mogelijke antwoorden aangeboden: geen diagnose, autisme, blindheid, hersenletsel of neurologische schade, cerebrale palsy, middelen afhankelijkheid, doofheid, epilepsie, mentale beperking, fysische gezondheidsproblemen met nood aan medische hulp door een gediplomeerd persoon, mentale stoornis, situationele geestelijke gezondheidsproblemen (formele diagnose: depressie, angst, stemmingswisselingen), en andere.

- Functionele beperkingen en benodigde ondersteuning

Deze sectie verzamelt gedetailleerde informatie gerelateerd met de diagnostische status, medische en fysieke eigenschappen, en belangrijke functionele beperkingen inzake zicht, gehoor, mobiliteit en gezondheid. De items zijn niveau van mentale beperking, zicht, gehoor, frequentie van epileptische aanvallen, gezondheid, benodigde zorg door een verpleegster of arts, huidige medicaties, arm/hand, mobiliteit en benodigde ondersteuning mobiliteit. Per item worden antwoordmogelijkheden aangeboden waarvan één kan worden aangevinkt.

- Adaptief gedrag

Deze sectie bevat 77 adaptief gedragsitems onderverdeeld in vier grote domeinen. Elk adaptieve gedragsitem bestaat uit een uitspraak i.v.m. een taak die wordt gescoord op een vierpuntenschaal. De beoordelingen zijn gebaseerd op de aanname dat alle componenten van de taak worden volbracht zonder ondersteuning:

0 = Doet de taak nooit of zelden (zelfs wanneer gevraagd)

1 = Doet de taak, maar niet goed, of, ongeveer een vierde van de tijd

2 = Doet de taak tamelijk goed, of, ongeveer drie vierde van de tijd

3 = Doet de taak zeer goed en dit altijd of zo goed als altijd

Deze vier antwoordmogelijkheden worden uitgebreid beschreven in de handleiding. Zo wordt aangegeven wat precies wordt bedoeld per alternatief.

De som van de scores van elk item vormt de ruwe score van dat domein. Er zijn normen beschikbaar voor kinderen tot ouderen.

De vier grote domeinen zijn:

1. Motorische vaardigheden

Dit domein schaaft achttien items in die peilen naar de grof en fijn motorische vaardigheden. De vaardigheden die worden gemeten zijn afkomstig van motorische vaardigheidstaken zoals beweeglijkheid, fitheid, coördinatie, oog-hand coördinatie en precieze bewegingen.

2. Sociale en communicatieve vaardigheden

Dit domein meet aan de hand van negentien items de vaardigheden betreffende sociale interactie, taalbegrip en verbale expressie. Het meet de sociale vaardigheden van de cliënt in meerdere settings.

3. Basis zelfredzaamheid (personal living skills)

Dit domein bevat 21 items die peilen naar vaardigheden in vijf gebieden: eten en klaarmaken maaltijd, toileting, aankleden, persoonlijke zelfzorg en huiselijke vaardigheden. Het meet de omgang van de cliënt met dagdagelijkse taken i.v.m. persoonlijke onafhankelijkheid en autonomie, primair in de thuisomgeving, en, in mindere mate in interactie met personen uit de omgeving.

4. Zelfredzaamheid in de omgeving (community living skills)

Dit domein peilt door middel van negentien items naar vier gebieden: tijd en punctualiteit, geld en waarde, werkvaardigheden, en huis-omgeving oriëntatie. Dit domein omvat een veelheid aan taken die essentieel zijn voor en succesvolle aanpassing inzake omgeving, omgevingssteun, en sociale en economische vereisten.

- Probleemgedrag

Als aanvulling op het adaptief gedrag domein bevat de ICAP een schaal die probleem gedrag meet die vaak het persoonlijk functioneren en dat van de omgeving (adaptief gedrag) beperken.

Er zijn acht categorieën (schade aan zichzelf, schade aan anderen, destructief t.o.v. eigendom, storend gedrag, ongewoon of repetitieve gewoonten, sociaal offensief gedrag, terugtrekken of onoplettend gedrag, en weerbarstig gedrag (uncooperative behavior)) waarbij telkens zes tot twaalf voorbeelden worden gegeven die typisch zijn voor die categorie. De respondent geeft eerst per categorie aan of de cliënt al dan niet probleem gedrag vertoont door het primaire (enkelvoudig) gedragsprobleem te beschrijven. Vervolgens moet de respondent aangeven hoe frequent dit probleem voorkomt (op een zespuntenschaal gaande van 0 = nooit tot 5 = één of meerdere keren per uur) en hoe ernstig dit probleem is (op een vijfpuntenschaal gaande van 0 = niet serieus, geen probleem tot 4 = extreem serieus, kritiek probleem).

Tenslotte wordt aan de respondenten ook gevraagd te beoordelen hoe men in de omgeving van de cliënt doorgaans reageert op het probleemgedrag. Er worden tien mogelijkheden aangeboden die de respondent kan aanduiden (plus een elfde mogelijkheid 'andere'). Deze informatie levert een bijdrage bij het opstellen en implementeren van geschikte gedragsvaardigheidstrainingen.

Dit domein 'probleemgedrag' leidt tot vier indexscores van onaangepast gedrag bij de cliënt door combinaties van de beoordelingen op de acht categorieën van probleemgedrag. Deze vier onaangepast gedrag indexscores geven een uitgebreide

aanduiding van het probleemgedrag. Het betreft volgende scores: Internaliserend onaangepast gedrag index, Asociaal onaangepast gedrag index, Externaliserend onaangepast gedrag index, en Algemeen onaangepast gedrag index. Al deze indexscores zijn genormeerd voor kinderen en volwassenen.

Er wordt door de ICAP nog een speciale 'service level score' voorzien waarin de afzonderlijke grote domeinscores en de algemene onaangepast gedrag indexscore wordt gecombineerd. Deze service level score is een lineaire combinatie van adaptief gedrag (gewicht 70%) en probleemgedrag (gewicht 30%), ontwikkeld zodat de interactie van beide gedragingen wordt weerspiegeld in de bepaling van het niveau van hulp, supervisie of ondersteuning nodig voor de cliënt.

- Verblijfplaats

In dit domein wordt informatie verzameld over de huidige verblijfplaats van de cliënt en over eventuele aanbevolen veranderingen van de verblijfplaats binnen een periode van twee jaar. De informatie wordt verzameld door een checklist van elf functioneel beschreven opties (ouders/verwanten, pleegplaatsing, onafhankelijk in eigen huis of huurplaats, onafhankelijk met regelmatige thuis ondersteuning, ...). In de handleiding worden alle verschillende opties beschreven.

- Dagprogramma

Dit domein gaat in op de huidige formele dagdagelijkse activiteiten van de cliënt en op de eventueel aan te bevelen veranderingen binnen een periode van twee jaar. Negen formele dagactiviteiten worden functioneel beschreven en zijn aan te duiden in een checklist. Het betreft activiteiten zoals school, dagopvang, werk, opleiding ... .

- Hulpverlening (support services)

Dit domein schaaft de huidige en de potentieel benodigde hulpverlening in voor de cliënt. Op basis van een checklist kan de respondent verschillende vormen aanduiden (twaalf alternatieven en een dertiende mogelijkheid 'andere'). Voorbeelden van mogelijke hulpverleningsvormen zijn case management, thuisbegeleiding, gespecialiseerde tandverzorging, gespecialiseerd medische verzorging, therapie, transport, geestelijke gezondheid, ...

- Sociale en vrije tijd activiteiten

Het doel van dit domein is het verzamelen van een aantal formele en informele sociale activiteiten van de cliënt. Ten eerste wordt met een checklist (zeven opties en een optie 'andere') ingegaan op de sociale en vrije tijd activiteiten van de laatste maand waaraan de cliënt participeerde. Mogelijke opties zijn bijvoorbeeld familiebezoek, winkelen, hobby, telefoongesprek ... . Ten tweede wordt met een checklist (zeven opties en een optie 'andere') gepeild naar factoren die beperkend werken op de activiteiten. Mogelijke factoren zijn bijvoorbeeld desinteresse, gebrek aan personen die de cliënt vergezellen, geldproblemen, gedragsproblemen ... .

- Algemene informatie en aanbevelingen

Dit domein voorziet ruimte voor het verzamelen van specifieke informatie afkomstig van de secties 'diagnostische status' en functionele beperkingen' van de ICAP en andere bronnen, zoals gestandaardiseerde testcores, die nuttig kunnen zijn bij de evaluatie van de cliënt. Daarnaast biedt deze sectie ook ruimte om op basis van de

ICAP resultaten aanbevelingen te formuleren in verband met doelen voor gedrag en hulpverlening, en voor verdere planning.

- Normering

Data met betrekking tot de normen werd verzameld op basis van een onderzoekspopulatie bestaande uit 1764 individuen uit 40 verschillende gemeenschappen in de USA (1982 - 1983). Deze individuen zijn onderverdeeld in een vroege kindertijd groep (n = 516; 3 maand - 5 jaar), een kindertijd groep (n = 655; 6 - 12 jaar) en een adolescentie/volwassenen groep (n = 516; 14 - 44 jaar). Het betreft een niet-klinische, of algemene, normgroep.

*Leeftijd equivalent scores:* Deze scores zijn gebaseerd op algemeen kwantitatieve normen beschikbaar voor de vier domeinen van adaptief gedrag. Ze zijn gebaseerd op de gemiddelde adaptief gedrag domeinscores van 25 gecreëerde leeftijdsgroepen. Een leeftijd equivalent score geeft de prestatie van de cliënt weer voor de vier domeinen van adaptief gedrag in termen van het chronologische leeftijdsniveau waarop de normgroep gemiddeld gezien zich bevindt met dezelfde prestatie.

*Percentielrangen en standaardscores:* Deze scores zijn gebaseerd op algemeen kwantitatieve normen beschikbaar voor de vier domeinen van adaptief gedrag en zijn eveneens bepaald voor 25 leeftijdsgroepen. Ze zijn gebaseerd op het verschil tussen de domeinscore van de cliënt en de gemiddelde domeinscore van de normgroep met dezelfde leeftijd.

*Onaangepast gedrag indexen:* Deze scores zijn gebaseerd op algemeen kwantitatieve normen beschikbaar voor de vier domeinen van onaangepast gedrag en bijhorende domein algemeen onaangepast gedrag. De indexen zijn bekomen door statistische analyses op de acht domeinen van probleemgedrag. De indexwaarden variëren van +10 tot -70, waarbij negatieve scores probleemgedrag indiceren. De indexscores worden bekomen door de deelscores frequentie en ernst van de probleemgedragingen te sommeren voor het betreffende domein. Vervolgens worden deze scores gesommeerd met een leeftijdsgerelateerde factor en afgetrokken van 100 wat resulteert in de onaangepast gedrag indexscores. Tenslotte wordt een betrouwbaarheidsinterval van de indexscore berekend. Er is een relatie tussen de indexwaarden en het niveau van de ernst van het probleemgedrag.

*ICAP Service Level:* Deze scores zijn gebaseerd op algemeen kwantitatieve normen. Door middel van stapsgewijze regressie analyses is de service score samengesteld uit de variabelen algemeen adaptief gedrag (70%) en algemeen onaangepast gedrag (30%). De service score heeft een bereik van 0 tot 100 en geeft een indicatie voor het benodigde niveau van hulpverlening. De score worden in negen niveaus, of service levels, gepresenteerd.

De overige domeinen van de ICAP maken eerder gebruik van beschrijvende informatie dan genormeerde scores. De auteurs geven aan dat de items ontwikkeld zijn op basis van diepgaande literatuurstudie, overleg met professionals uit verschillende disciplines en praktische proefsessies.

Conclusie:

- Algemeen kwantitatieve normen
- Normgroepen voldoende groot

- **Betrouwbaarheid**

Als eerste zijn interne consistentie maten zijn gebruikt ter onderbouwing van de inter-item relatiebetrouwbaarheid bij alle adaptief gedrag domeinen. Hierbij wordt de split-half coëfficiënt berekend. De COTAN geeft aan dat dit echter geen goede/sluitende methode is.

Er is gebruik gemaakt van een totaal van 1510 individuen uit de technische onderzoeksteekproef. Bijkomende studies worden gepresenteerd met personen met een beperking. De betrouwbaarheid van alle adaptief gedrag domeinen is berekend met split-half procedures en gecorrigeerd door de Spearman-Brown formule. De betrouwbaarheid van de algemene adaptief gedrag domeinscore is berekend met Mosier's formule. De betrouwbaarheidsmaten zijn voor meerdere leeftijdscategorieën (vroege kindertijd, kindertijd, adolescentie/volwassen) en de totale groep geanalyseerd.

De split-half relatiecoëfficiënt voor de algemene adaptief gedrag domeinscore is het hoogst met een totaal van .86, variërend van .85 tot .86 overheen de verschillende leeftijdscategorieën. De vier domeinen van adaptief gedrag hebben wat lagere split-half relatiecoëfficiënten. De totale scores van motorische vaardigheden, sociale en communicatieve vaardigheden, basis zelfredzaamheid en zelfredzaamheid in de omgeving hebben waarden van respectievelijk 0,58, 0,70, 0,76, 0,69. De domeinen motorische vaardigheden en sociale en communicatieve vaardigheden vertonen hierbij een terugval in coëfficiëntiewaarden (respectievelijk 0,47 en 0,57 bij de adolescenten/volwassenen) bij de hogere leeftijdscategorie. De auteurs stellen dat dit te wijten is aan het gegeven dat de oudere individuen de maximale vaardigheden reeds hebben bereikt. De auteurs concluderen dat zowel weinig als hoge scores op de adaptief gedragsvaardigheden wat lagere coëfficiëntiewaarden vertonen maar dat dit niet als een beperking moet gezien worden.

In de steekproef bestaande uit 1457 personen met een beperking zijn eveneens de split-half relatiecoëfficiënten berekend voor de verschillende leeftijdscategorieën. Daarnaast is het bijkomend onderscheid gemaakt tussen diepgaande beperking, ernstige beperking, matige beperking, milde beperking, leerstoornissen en gedragsstoornissen. De mediaan van de coëfficiënten van de verschillende domeinen en de algemene adaptief gedrag domeinscore variëren tussen 0,90 en 0,97.

Van de andere grote domeinen van de ICAP worden geen interne consistentie gegevens verstrekt.

Ten tweede is de test-hertest betrouwbaarheid onderzocht. Twee lagere school-leeftijd steekproeven met kinderen zonder een beperking (N = 67) zijn gebruikt voor de analyses van adaptief gedrag, probleemgedrag en de ICAP Service Scores. Twee test zijn afgenomen bij dezelfde respondenten in een periode van vier weken. Alle test-hertest relatiecoëfficiënten van de domeinen van adaptief gedrag variëren tussen 0,62

en 0,88 (voldoende). Voor probleemgedrag zijn meerdere gegevens beschikbaar. De frequentieschalen hebben een mediaan relatiecoëfficiënt van 0,78, variërend van 0,65 tot 0,95 (voldoende). De ernstschalen hebben een mediaan relatiecoëfficiënt van 0,62, variërend van 0,42 tot 0,84 (onvoldoende/voldoende). De vier onaangepast gedrag indexen hebben een mediaan relatiecoëfficiënt 0,81, variërend van 0,75 tot 0,86 (voldoende). De ICAP Service Score heeft een mediaan relatiecoëfficiënt 0,89 (goed).

Een andere test-hertest studie is uitgevoerd bij een steekproef van 30 mentaal beperkte adolescenten en jong volwassenen in een periode van één tot twee weken. Deze steekproef bevat achttien mannelijke en twaalf vrouwelijke respondenten tussen de dertien en 39 jaar (gemiddelde leeftijd van 22,07 jaar). De domeinen van adaptief gedrag hebben allen relatiecoëfficiënten boven 0,92. De indexen van onaangepast gedrag hebben relatiecoëfficiënten tussen 0,73 en 0,90 (mediaan = 0,82). De ICAP Service Score heeft een relatiecoëfficiënt van 0,90. Dit is voldoende tot goed. Echter, de korte periode van één tot twee weken zal hierop zijn invloed hebben.

Daarnaast zijn nog twee test-hertest studies gedaan, gebruik maken van onafhankelijke beoordelaars tijdens een periode van één tot twee weken. De eerste studie heeft een steekproef bestaande uit 159 mentaal beperkte volwassenen, allen geplaatst in een gevarieerd aanbod van residentiële en dagprogramma settings. De meeste van hen zijn geclassificeerd met matige en ernstige beperkingen. De test-hertest correlaties van de adaptief gedrag domeinen gaan van 0,87 tot 0,94 (mediaan = 0,96). Correlaties voor de onaangepast gedrag indexen variëren tussen 0,73 en 0,90 (mediaan = 0,82). De ICAP Service Score heeft een test-hertest betrouwbaarheidcoëfficiënt van 0,90. De tweede studie bevat 56 matig tot ernstig beperkte personen komende uit een speciale onderwijs school en community job training programma's. Adaptief gedrag domeinscores correleren van 0,87 tot 0,96 (mediaan = 0,92). De onaangepast gedrag indexen hebben relatiecoëfficiënten gaande van 0,71 tot 0,92, met een mediaan van 0,86. Dit is opnieuw voldoende tot goed, al zal de korte periode van één tot twee weken ook hier zijn invloed hebben.

Tenslotte zijn twee test-hertest studies uitgevoerd op de probleemgedrag domeinen die enkel gebruik maken van een steekproef met kinderen die geplaatst zijn in bijzonder onderwijs ten gevolge van gedragsstoornissen. De eerste steekproef omvat 48 kinderen (gemiddeld 15,8 jaar) werden geclassificeerd als chronisch agressieve adolescenten. De tweede steekproef maakt gebruik van 65 individuen (gemiddeld 13,6 jaar oud) die met een gedragsstoornis zijn geclassificeerd. De test-hertest relatiecoëfficiënten voor de probleemgedrag domeinen variëren van 0,74 tot 0,83 (mediaan = 0,80) voor de groep met chronisch agressieve adolescenten en van 0,74 tot 0,88 (mediaan = 0,85) voor de groep met gedragsstoornissen.

Ten derde is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid onderzocht. In een eerste studie met 61 volwassenen met een beperking vulden de betrokken hulpverleners uit de residentiële opvang onafhankelijk de ICAP in. Het merendeel had een matige of ernstige mentale beperking. Relatiecoëfficiënten zijn beschikbaar voor de adaptief gedrag domeinscores en de ICAP Service Score. De coëfficiënten variëren van 0,89 tot 0,94 (goed).

Een tweede studie ging de overeenkomst in beoordeling na tussen onafhankelijke hulpverleners voor eenzelfde cliënt in twee verschillende omgeving (residentiële instelling en dagprogramma voorziening). De steekproef omvat 125 volwassenen (83 mannen en 42 vrouwen) tussen de achttien en 44 jaar oud (gemiddeld 27,77). De relatiecoëfficiënten voor de adaptief gedrag domeinscores en de ICAP Service Score situeren zich allen tussen 0,72 en 0,88 (goed).

Een derde studie focust op de onaangepast gedrag indexscores. Er werd gebruik gemaakt van onafhankelijke beoordelaars die allen leerkracht of hulpleerkracht waren van 39 adolescenten met een matig of ernstig beperking. De coëfficiënten variëren van 0,69 tot 0,81, met een mediaan van 0,77 (voldoende).

Tenslotte is met twee studie de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nagegaan inzake overige informatie, zoals diagnostische status, functionele beperkingen, sociale steun, benodigde hulpverlening, ... gemeten met de ICAP. De eerste studie heeft een steekproef van 61 cliënten met een mentale beperking. Deze worden elk beoordeeld door twee hulpverleners uit de residentiële setting. De tweede studie heeft betrekking op 125 volwassenen met een mentale beperking die elk worden beoordeeld door twee hulpverleners uit een residentiële setting of dagprogramma. De mate van overeenkomst wordt weergegeven aan de hand van percentages en relatiecoëfficiënten. Hulpverleners uit de residentiële setting hebben een grote mate van overeenkomst: beschrijvende informatie en diagnostische status (88% tot 100%, correlaties van 0,93 tot 0,99); functionele beperkingen (87% tot 98%, correlaties van 0,93 en 0,94); en hulpverlening en sociale en vrije tijd activiteiten (73% tot 85%). De overeenkomst tussen twee hulpverleners uit enerzijds de residentiële setting en anderzijds de dagprogramma voorziening varieert meer: demografische gegevens en diagnostische status (95% tot 100%, met uitzondering van 66% voor burgerlijke staat, relaties van 0,98 en 0,99); functionele beperkingen (87% tot 100%, relaties van 0,80 en 0,83); en hulpverlening en sociale en vrije tijd activiteiten (67% tot 88%).

Conclusie:

- Inter-itemrelatie: Onvoldoende scores in buitenlands onderzoek
- Interbeoordelaar: Voldoende scores in buitenlands onderzoek
- Test-hertest: Voldoende scores in buitenlands onderzoek

- Validiteit

In de handleiding worden heel wat validiteitsgegevens gepresenteerd. Hier wordt getracht een samenvatting te geven van de belangrijkste gegevens en conclusies.

### Begripsvaliditeit:

De gegevens met betrekking tot de begripsvaliditeit focussen op vijf verschillende onderdelen. Ten eerste is nagegaan of het correct is aan te nemen dat adaptief gedragsvaardigheden ontwikkelingsgebonden zijn. Hiervoor is onderzocht of de adaptief gedragsvaardigheden en de onaangepast gedrag indexscores gerelateerd zijn met leeftijd. Op basis van curvilineaire correlaties berekend op een steekproef met personen zonder beperking wordt geconcludeerd dat adaptief gedrag ontwikkelingsgebonden is. De onaangepast gedrag indexscores daarentegen correleren niet met de leeftijd, hoewel er wel een positieve trend lijkt. De ICAP Service Score is opnieuw leeftijdsgebonden, behalve in de groep adolescenten/volwassenen.

Ten tweede zijn de intercorrelaties van de adaptief gedrag domeinen onderzocht in de technische onderzoeksgroep. Op basis van correlatiecoëfficiënten is aan te nemen dat er matige overlap is in inhoud tussen de verschillende domeinen wanneer de steekproef in drie leeftijdscategorieën wordt opgedeeld. In de totale steekproef zijn de correlaties hoog, variërend tussen 0,89 en 0,91. Zoals te verwachten zijn alle correlaties tussen de domeinscores en de algemene adaptief gedrag domeinscores eerder aan de hoge kant. Dit hoeft geen probleem te zijn daar de verschillende domeinen deel uitmaken van die algemene adaptief gedrag maat.

Ten derde zijn ook de intercorrelaties van de onaangepast gedrag indexen onderzocht. Dezelfde steekproeven als deze van voorgaande studie zijn gebruikt. De correlaties tussen de deeldomeinen en de algemene onaangepast gedrag index zijn hoog. Dit is opnieuw geen probleem aangezien de deeldomeinen samen de algemene maat vormen. De correlaties tussen de deeldomeinen onderling zijn eerder matig.

Ten vierde zijn vergelijkende studies gedaan op de adaptief gedrag scores tussen verschillende onderzoekspopulaties. Er werd vanuit gegaan dat, gelet op het ontwikkelingsgebonden karakter van de ICAP, bepaalde groepen van personen met een beperking lager scoren op zulke metingen in vergelijking met personen zonder een beperking van dezelfde leeftijd. Personen met een zwaardere beperkingen zouden ook meer uitgesproken lage scores hebben. In totaal werden twintig steekproeven met elkaar vergeleken. De steekproeven verschillen onderling voornamelijk inzake leeftijd, mate van beperking en aard van beperking. Op basis van t-tests werd nagegaan of de groepen onderling verschillen. Concluderend werd vastgesteld dat adaptief gedragscores sterk verschillen tussen personen met een matige en ernstige beperking en de personen zonder beperking. Het verschil tussen personen met een leerstoornis en emotionele problemen en personen zonder beperking is veel minder frequent. Het functioneringsniveau is algemeen het laagst bij personen met een ernstige mentale beperking.

Ten vijfde zijn, net als in voorgaande onderzoek, vergelijkende studies gedaan op de probleemgedragscores en de ICAP Service Score tussen verschillende onderzoekspopulaties. In totaal werden twaalf steekproeven met elkaar vergeleken. De

steekproeven verschillen onderling voornamelijk inzake leeftijd, mate van beperking en aard van beperking. Op basis van t-tests werd nagegaan of de groepen onderling verschillen. Concluderend werd vastgesteld dat de onaangepast gedrag indexscores het hoogst zijn bij personen met een gedragsstoornis en in mindere mate bij personen met een matige of ernstige beperking. De personen zonder een beperking scoren het laagst en ook de personen met een leerstoornis hebben eerder lage scores. In vier steekproeven zijn eveneens de ICAP Service Scores geanalyseerd. Personen met een matige of ernstige beperking en personen met een matige gedragsstoornis vertonen de laagste Service Score (laag = nood aan meer intensieve hulpverlening). Personen zonder beperking en personen met een leerstoornis hebben de hoogste Service Scores.

criterium validiteit:

De ondersteuning van de criteriumvaliditeit wordt in de handleiding onderverdeeld in negen verschillende subdelen.

Ten eerste wordt een aantal studies aangehaald die de scores van de adaptief gedrag domeinscores vergeleken met deze van de Scales of Independent Behavior (SIB). De drie gepresenteerde studies tonen hoge correlaties aan tussen de ICAP en SIB adaptief gedrag scores bij onafhankelijke respondenten in functie van dezelfde cliënt.

Ten tweede werd de relatie tussen de Adaptive Behavior Scale – School Edition (ABS-SE) en de ICAP adaptief gedrag scores onderzocht bij personen met en zonder beperking. De ABS-SE meet eveneens adaptief gedrag. Zowel bij de personen met als zonder beperking werd een voldoende samenhang gevonden tussen de domeinen van de ABS-SE en deze van de ICAP.

Ten derde werd de relatie tussen cognitieve vaardigheden, gemeten met de Woodcock-Johnson Broad Cognitive Ability Scores, en de adaptieve gedragsvaardigheden, gemeten met de ICAP, nagegaan. De correlaties tonen aan dat ongeveer 50% van de variantie van adaptief gedrag (ICAP) wordt verklaard door de cognitieve vaardigheden in de groep met personen met een beperking. Dit indiceert dat er een samenhang is tussen de adaptieve en de cognitieve vaardigheden in deze groep met personen met een beperking. Veel minder (10% verklaarde variantie) samenhang werd gevonden in de groep met personen zonder beperking. Dit indiceert dat adaptief gedrag scores en cognitieve vaardigheidsscores primair een verschillend deel van het functioneren en presteren meten.

Ten vierde werd de relatie van de onaangepast gedrag domeinscores van de ICAP met de schalen van de Quay-Peterson Revised Problem Behavior Checklist bestudeerd in een steekproef van 185 kinderen en adolescenten geclassificeerd met een gedragsstoornis. Hoewel de beide instrumenten probleem gedrag verschillend meten, tonen de resultaten toch enig verband. Zo is er een verband tussen scores van de ICAP die agressief gedrag inschalen en deze van de Quay-Petersonschalen die dat eveneens doen. Dit patroon is ook te zien bij eigenschappen als terugtrekkinggedrag en aandachtsproblemen.

Na deze vier voorgaande vergelijkende studies worden verschillende studies aangehaald die gebruik maken van meervoudige discriminant analyses. Bedoeling hiervan is om in zowel populaties van personen met als zonder beperking na te gaan of er tussen de verschillende groepen verschillen zijn op een aantal variabelen waarbij de voorspellende waarde wordt geanalyseerd.

Ten vijfde wordt een studie aangehaald waarin de vier adaptief gedrag domeinscores en de drie onaangepast domein indexscores werden gebruikt bij de voorspelling van schoolplaatsingen bij personen met en zonder beperking en waarbij de proefpersonen werden onderverdeeld in matig, licht en niet beperkt. 74.5% van de personen werd correct geclassificeerd op basis van de ICAP scores. De resultaten suggereren dat de ICAP redelijk goed de plaatsing van personen in verschillende scholen kan voorspellen.

Ten zesde wordt een studie gepresenteerd waarbij de relatie tussen adaptief en probleemgedrag wordt gemeten bij de voorspelling van het aantal plaatsingen van kinderen met een beperking (N = 96) in reguliere scholen. Hierbij werd het onderscheid gemaakt tussen voltijds in de reguliere klas, deeltijds speciaal programma op school, en voltijds speciaal programma als afhankelijke variabelen. De onaangepast gedrag scores bleken, zoals te verwachten, negatief gecorreleerd met de mate van integratie in de reguliere klas. Daarnaast tonen de resultaten van verschillende studies dat de ICAP, op basis van discriminantfuncties, personen vrij correct kan classificeren.

Ten zevende wordt een studie beschreven die door middel van meervoudige discriminant analyse trachtte plaatsingen van mentaal beperkte volwassenen te voorspellen. De onderzoekspopulatie bestond uit 424 volwassenen met een mentale beperking die in een residentiële voorziening verblijven. Drie verschillende residentiële voorzieningen die werden onderscheiden zijn public operated institutions, group homes en semi-independant and independant settings. De plaatsing van de proefpersonen bleek met behulp van de adaptief gedrag en probleemgedrag domeinscores vrij goed te voorspellen. In totaal werd 67% van de gevallen correct voorspeld. De grootste percentage correcte voorspelling bestond voor de public institutions.

Ten achtste werd getracht dagprogramma's en arbeidprogramma's te voorspellen aan de hand van de adaptief gedrag domein en onaangepast gedrag indexscores bij volwassen personen met een mentale beperking (N = 960). Er werden vijf programma's onderscheiden: day activity center, work activity center, sheltered workshop, supervised job placement en competitive employment. Verschillende discriminant functies bleken opnieuw voldoende goed de uitkomstvariabelen te voorspellen (51% correcte voorspellingen).

Tenslotte is in een negende subdeel getracht de adaptief gedrag en onaangepast gedrag profielen bij personen met een mentale beperking, een mentale stoornis en oudere volwassenen onderling te vergelijken. Zowel volwassenen met een mentale beperking als met een mentale stoornis scoorden lager op de adaptief gedragscores in vergelijking met normale volwassenen. Volwassenen met een mentale stoornis, die beter scoorden op de adaptief gedrag scores dan volwassenen met een mentale beperking, vertoonden meer onaangepast gedrag. Bij de oudere volwassenen (62 jaar en ouder) werden in de adaptief gedrag profielen voornamelijk gelijkaardige gegevens gevonden in vergelijking met normaal functionerende volwassenen. De laagste scores werden evenwel gevonden voor oudere personen uit een intermediate care facility of

skilled nursing facility. De onaangepast gedrag profielen waren grotendeels in de normale range voor oudere personen. Enkel wat betreft internaliserend gedrag index voor personen verblijvend in een skilled nursing facility werden negatievere scores gevonden.

ICAP Service Levels:

Naast de validiteitstudies gericht op de adaptief gedrag domein en onaangepast gedrag index domeinscores afzonderlijk worden enkele studies gepresenteerd met de speciaal gewogen ICAP Service score (70% adaptief gedrag t.o.v. 30% onaangepast gedrag). De ICAP Service Score blijkt meer accurate voorspelling te doen dan de afzonderlijke domeinen. De Service Score verschilt significant bij verschillende intensiteiten van hulpverlening.

Conclusie:

- Begripsvaliditeit: Voldoende meerdere validiteitsgegevens op basis van buitenlands onderzoek.
  - Criteriumvaliditeit: Voldoende meerdere validiteitsgegevens op basis van buitenlands onderzoek.
- 
- Kostprijs
    - ICAP complete programme (Examiner's manual + 25 Response booklets): 202 dollar.
    - ICAP package 25 Response booklets: 78 dollar.
    - Compusscore 78 dollar.
    - Microsoft Windows Version 2.1 CD-Rom: 344 dollar.