

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Ontwikkeling van een  
BelRAI Screener instrument voor kinderen**

dr. Inge Neyens  
Prof. dr. Anja Declercq



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
 Tel 0032 16 37 34 32  
 E-mail: [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be) - Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2018/05  
 SWVG-Rapport 09  
 Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Ontwikkeling van een BelRAI Screener instrument voor kinderen

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq  
 Onderzoekers: dr. Inge Neyens

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



**Het consortium SWVG**

<i>Deelnemende instellingen</i>	<i>Dagelijks bestuur</i>
<b>KU Leuven</b>	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
<b>UGent</b>	
· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. An De Sutter
<b>Vrije Universiteit Brussel</b>	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b>	
· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b>	
· Centrum voor Statistiek	
<b>Thomas More Hogeschool</b>	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b>	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
<b>Hogeschool Gent</b>	
· Faculteit Mens en Welzijn	
<b>UC Leuven-Limburg</b>	
· Groep Gezondheid en Welzijn	

## Rapport 09

Mei 2018

### Ontwikkeling van een BelRAI Screener instrument voor kinderen

Onderzoeker: dr. Inge Neyens

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq

#### Samenvatting

BelRAI instrumenten worden momenteel gebruikt of het gebruik wordt onderzocht in de sectoren van ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en revalidatie. Een BelRAI instrument is uitgebreid en niet elke persoon die zorg nodig heeft, heeft een volledig BelRAI assessment nodig. Daarom is de BelRAI Screener ontwikkeld. Deze wordt ook gebruikt om te kijken wie recht heeft op het zorgbudget. De BelRAI Screener is momenteel echter enkel geschikt voor wie minstens 18 jaar is en dus niet voor kinderen en jongeren. Kinderen en jongeren hebben echter ook recht op het zorgbudget. Daarom wensen we in dit project een nieuw maar gelijkaardig instrument te ontwikkelen voor kinderen en jongeren en dit in samenspraak met de betrokken sectoren. Deze BelRAI Screener dient te kunnen bepalen welke kinderen al dan niet recht hebben op het Vlaamse zorgbudget.

In een eerste hoofdstuk halen we inspiratie uit bestaande interRAI instrumenten om een eerste ontwerp van een testversie te ontwikkelen van een BelRAI Screener voor kinderen en jongeren. Daarnaast brengen we enkele ervaringen met de huidige inschalingsinstrumenten in kaart van mutualiteiten en het VAPH.

In een tweede hoofdstuk verdiepen we ons in de visie van experts over de relevantie, effectiviteit, efficiëntie en bruikbaarheid van de eerste testversie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren.

In het derde hoofdstuk beschrijven we het proces en de resultaten van het uittesten van het ontwerp van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren in de praktijk. Indicatiestellers gebruikten deze testversie een eerste keer in hun dagdagelijkse beoordelingen en evalueerden deze. Dit betekent dat indicatiestellers bij ouders en kinderen aan huis gingen om deze testversie van de Screener af te nemen en de scores in te vullen. Op basis van deze fase komen we tot een nieuwe versie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren. Het recht op het zorgbudget voor kinderen van 4 tot en met 6 jaar kan daarbij op twee manieren berekend worden. Er zijn met andere woorden twee scenario's voorhanden, telkens met een verschillend afkappunt.

In het vierde hoofdstuk eindigen we met een weergave van de finale versie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren (inclusief de handleiding). Daarbij formuleren we de volgende aanbevelingen:

*Aanbeveling 1: Voor de leeftijdscategorie 4 tot 6-jarigen bevelen we het scenario aan met een sensitiever afkappunt.*

*Aanbeveling 2: Stimuleer indicatiestellers om schoolverslagen op te vragen bij de afnames van de Screener, mits toestemming van de ouders.*

*Aanbeveling 3: Stimuleer indicatiestellers om onderling ervaringen uit te wisselen zodat ze de Screeners steeds op eenzelfde manier invullen.*

*Aanbeveling 4: Voorzie voldoende schrijfruimte voor indicatiestellers in de digitale versie om scores te kunnen motiveren.*

*Aanbeveling 5: De BelRAI Screener voor kinderen is bedoeld en ontwikkeld voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. De toepassing van de Screener in andere contexten vereist bijkomend onderzoek.*

*Aanbeveling 6: Creëer andere noodzakelijke randvoorwaarden voor het gebruik van de BelRAI Screener voor kinderen.*

## Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>9</b>	
<b>Opzet van de studie</b>	<b>10</b>	
<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>Exploratie en ontwikkeling van een eerste ontwerp van een testversie van een BelRAI Screener voor kinderen en jongeren</b>	<b>11</b>
1	Doelstelling	11
2	Methode	11
	2.1 Deskresearch: interRAI instrumenten voor kinderen en jongeren	11
	2.2 Verkennende gesprekken met experts van mutualiteiten en het VAPH	11
3	Resultaten	12
	3.1 Deskresearch: interRAI instrumenten voor kinderen en jongeren	12
	3.2 Verkennende gesprekken met experts van mutualiteiten en het VAPH	13
4	Conclusie	16
<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>Aftoetsen van het eerste ontwerp van de testversie van een BelRAI Screener voor kinderen en jongeren</b>	<b>17</b>
1	Doelstelling	17
2	Methodes	17
	2.1 Drie expertenpanels met indicatiestellers en andere relevante experts	17
	2.2 Een eerste stuurgroep en een expertenpanel met vertegenwoordigers van de agentschappen van de overheid	18
	2.3 Interview met een academisch expert in het domein	18
3	Resultaten	19
	3.1 Drie expertenpanels met indicatiestellers en andere relevante experts	19
	3.2 Eerste stuurgroep en expertenpanel met vertegenwoordigers van de agentschappen van de overheid	35
	3.3 Interview met een expert in het domein	37
4	Conclusie	37
<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Het uittesten in de praktijk van de finale ontwerpversie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren</b>	<b>45</b>
1	Doelstelling	45
2	Methode	45
	2.1 Methode tijdens de testfase	45
	2.2 Methode na de testfase	49
3	Analyses	49
	3.1 Kwalitatieve analyses	49
	3.2 Kwantitatieve analyses	49

4	Resultaten	52
4.1	Bemerkingen van indicatiestellers (en ouders) over het instrument	52
4.2	Resultaten uit de kwantitatieve analyses	58
5	Conclusie	88
<b>Hoofdstuk 4 Conclusie en aanbevelingen</b>		<b>89</b>
1	Conclusie: de finale BelRAI Screener voor kinderen en jongeren	89
2	Aanbevelingen	93
<b>Referenties</b>		<b>95</b>
<b>Bijlagen</b>		<b>97</b>

## Lijst Tabellen

Tabel 1	Eerste ontwerp van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren	13
Tabel 2	De leeftijd van de kinderen/jongeren	48
Tabel 3	Het aantal ontbrekende antwoorden per vraag	59
Tabel 4	Het aantal en % kinderen/jongeren waarvoor de module werd ingevuld	61
Tabel 5	Het aantal modules dat per kind/jongere openklapte	61
Tabel 6	De verdeling van de scores per activiteit van het dagelijks leven	62
Tabel 7	De verdeling van de scores voor cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming	62
Tabel 8	De verdeling van de scores voor kortetermijn- en procedureel geheugen	63
Tabel 9	De verdeling van de scores voor 'Uiting – zichzelf duidelijk maken'	63
Tabel 10	De verdeling van de scores voor 'Begrip – anderen kunnen begrijpen'	63
Tabel 11	De verdeling van de scores voor 'gedragssymptomen'	64
Tabel 12	Verdeling van de scores voor 'meest recente poging tot zelfverwonding'	64
Tabel 13	Verdeling van de scores voor 'Aandacht en interesse'	65
Tabel 14	Verdeling van de scores voor enkele vragen over 'sociale participatie'	66
Tabel 15	Verdeling van de scores voor 'Betrokkenheid in gestructureerde activiteiten gedurende de laatste 90 dagen'	66
Tabel 16	Verdeling van de scores voor 'extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers' voor kinderen van 4 tot en met 6 jaar	67
Tabel 17	Verdeling van de scores voor 'extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers' voor kinderen en jongeren vanaf 7 tot 18 jaar	68
Tabel 18	Het percentage ouders dat al dan niet verhoogde kinderbijslag krijgt	69
Tabel 19	Eerste reeks correlaties (ADL)	69
Tabel 20	Een eerste principale componentenanalyse met varimax rotatie	70
Tabel 21	Tweede reeks correlaties	72
Tabel 22	Verdeling van het recht op zorgverzekering naar de punten op de verhoogde kinderbijslag	73
Tabel 23	Een principale componentenanalyse met het item 'gemakkelijk afgeleid'	74
Tabel 24	Een principale componentenanalyse zonder het item 'gemakkelijk afgeleid'	75
Tabel 25	Bijkomende logistische regressieanalyse met 'poging tot zelfverwonding' als één van de voorspellers	76
Tabel 26	Correlaties met de 'nieuwe' variabelen, namelijk s-gedragsindicatoren en ln (anhedonie)	76

Tabel 27	Logistische regressie analyse om het <i>automatisch</i> recht op de zorgverzekering te bepalen	77
Tabel 28	Stapsgewijze discriminant analyse om de zwaarste zorggroep te voorspellen (4-6 jaar)	78
Tabel 29	Stapsgewijze discriminant analyse om de zwaarste zorggroep te voorspellen (7-18 jaar)	78
Tabel 30	Stapsgewijze discriminant analyse om het behoren tot de 'iets minder zware zorggroep' te voorspellen (4-6 jaar)	79
Tabel 31	Stapsgewijze discriminant analyse om het behoren tot de 'iets minder zware zorggroep' te voorspellen (7-18 jaar)	79
Tabel 32	Naar eenzelfde discriminant analyses voor 4-6 als voor 7-18-jarigen	80
Tabel 33	Finale discriminant analyses met een toevoeging van voorspellers met betrekking tot de 'extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers'	81
Tabel 34	Profielen van kinderen van 4 tot en met 6 jaar waarvan de ouders volgens de indicatiestellers ten onrechte GEEN zorgverzekering krijgen	83
Tabel 35	Profielen van kinderen en jongeren vanaf 7 jaar (tot 18 jaar) waarvan de ouders volgens de indicatiestellers ten onrechte GEEN zorgverzekering krijgen	84
Tabel 36	Kenmerken van kinderen van 4 tot en met 6 jaar waarvan de ouders ten onrechte zorgverzekering zouden krijgen volgens de indicatiestellers	85
Tabel 37	Kenmerken van kinderen en jongeren vanaf 7 jaar (tot 18 jaar) waarvan de ouders ten onrechte zorgverzekering zouden krijgen volgens de indicatiestellers	86
Tabel 38	Profielen van kinderen van 4 tot en met 6 jaar waarvan de ouders volgens de indicatiestellers ten onrechte GEEN zorgverzekering krijgen	87
Tabel 39	Profielen van kinderen van 4 tot en met 6 jaar waarvan de ouders volgens de indicatiestellers ten onrechte zorgverzekering krijgen	87



## Inleiding

BeRAI instrumenten worden momenteel gebruikt in de sectoren van ouderenzorg. Niet elke oudere heeft echter een volledig BeRAI assessment nodig. Om onder meer de administratieve overlast te verminderen, is er nood aan een korte Screener met twee doelstellingen: (1) nagaan wie complexe zorg en daarom een meer uitgebreid assessment nodig heeft en (2) bepalen wie recht heeft op het zorgbudget. Het zorgbudget had tijdens de periode dat het onderzoek liep een andere naam, namelijk de 'zorgverzekering'. Daarom gebruiken we in dit rapport nog de term 'zorgverzekering'.

De BeRAI Screener voor volwassenen is een kort instrument dat begint met 5 ja/nee vragen

1. Heeft deze cliënt problemen met **instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven**?
2. Heeft deze cliënt problemen met **activiteiten van het dagelijkse leven**?
3. Heeft deze cliënt **cognitieve** problemen?
4. Heeft deze cliënt **psychische** problemen?
5. Heeft deze cliënt **gedragsproblemen**?

Enkel als het antwoord 'ja' is op één van deze vragen, wordt er verder op die problemen ingegaan, met bestaande interRAI/BeRAI schalen en items.

De BeRAI Screener is momenteel echter enkel geschikt voor wie minstens 18 jaar is en dus niet voor kinderen en jongeren. Daarom wensen we in dit project een nieuw maar gelijkaardig instrument te ontwikkelen voor kinderen en jongeren en dit in samenspraak met de betrokken sectoren.

## Opzet van de studie

De BelRAI Screener heeft als doel om de zorgbehoefte in te schatten en te bepalen of iemand recht heeft op de Vlaamse zorgverzekering. Het instrument is gericht op volwassenen en minder geschikt voor kinderen. Daarom is het doel van deze studie het ontwikkelen van een BelRAI Screener. Daartoe stellen we een eerste versie op aan de hand van deskresearch omtrent bestaande interRAI instrumenten voor kinderen en jongeren en exploreren we cruciale inzichten hieromtrent via verkennende gesprekken met experts van twee mutualiteiten en het VAPH. Vervolgens organiseren we drie panels met experts uit de praktijk, een stuurgroep, een panel met experts van de overheid en een interview met een academisch expert waarin we het eerste ontwerp van de testversie voorleggen en bijstaven. Daarna gaan de indicatiestellers aan huis bij 555 kinderen/jongeren en hun ouders met deze testversie en verzamelen we zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens. Deze gegevens verwerken we en gebruiken we om een korte versie op te stellen en afkappunten. De korte versie leggen we – samen met de oorspronkelijke uitgebreidere versie – opnieuw voor aan de indicatiestellers die aan huis gingen. Op basis van de resultaten uit deze onderzoeksfases, formuleren we enkele conclusies en aanbevelingen voor de overheid.

## **Hoofdstuk 1**

### **Exploratie en ontwikkeling van een eerste ontwerp van een testversie van een BelRAI Screener voor kinderen en jongeren**

#### **1 Doelstelling**

Het eerste doel van deze fase is om inspiratie op te doen uit bestaande interRAI instrumenten om een eerste ontwerp van een testversie te ontwikkelen van een BelRAI Screener voor kinderen en jongeren. Daarnaast wensen we enkele ervaringen met de huidige inschalingsinstrumenten in kaart te brengen.

#### **2 Methode**

We doen beroep op deskresearch om inspiratie te halen uit de bestaande interRAI instrumenten. Om meer inzicht te krijgen in de ervaringen met de huidige inschalingsinstrumenten, gaan we gesprekken aan met experts van mutualiteiten en het VAPH.

##### **2.1 Deskresearch: interRAI instrumenten voor kinderen en jongeren**

We raadplegen diverse instrumenten uit de interRAI suite voor kinderen en jongeren. Op basis van een selectie van bepaalde onderdelen van deze instrumenten stellen we een eerste ontwerp op voor een BelRAI Screener voor kinderen en jongeren. Deze selectie gebeurt aan de hand van drie criteria:

- De indicatoren van de Screener differentiëren voldoende tussen mensen die recht zouden moeten hebben op de zorgverzekering en zij die hier geen recht op zouden moeten hebben.
- Het instrument is een Screener en dient dus zo kort mogelijk te zijn.
- De BelRAI Screener voor kinderen dient afgestemd te zijn op de BelRAI Screener voor volwassenen: waar mogelijk gebruikt deze dezelfde of gelijkaardige items en houdt deze tegelijk rekening met de specifieke noden van kinderen.

##### **2.2 Verkennende gesprekken met experts van mutualiteiten en het VAPH**

We nemen twee (groeps)interviews af van vijf medewerkers van de twee grootste mutualiteiten en één interview met twee medewerkers van het VAPH. Meer inzicht in hun ervaringen met de huidige inschalingsinstrumenten kan ons o.a. helpen om een Screener te ontwikkelen die voldoende afgestemd is op de behoeften en werkwijze van de gebruikers.

De interviewleidraden van deze gesprekken vindt u terug in Bijlage 1.

We nemen deze gesprekken op en typen de transcripten ervan uit. We verwerken de data via NVivo aan de hand van een inductieve, datagedreven inhoudsanalyse waarbij elke betekenseenheid een code krijgt. Vervolgens worden de resultaten van de interviews gegroepeerd en gerapporteerd per code/betekenseenheid.

### **3 Resultaten**

#### **3.1 Deskresearch: interRAI instrumenten voor kinderen en jongeren**

De instrumenten voor kinderen en jongeren in de interRAI suite zijn uitgebreide beoordelingsinstrumenten en dus geen Screeners. Daarom gaat de ontwikkeling van een BelRAI Screener voor kinderen en jongeren verder dan enkel de vertaling van een bestaand instrument. Hieronder beschrijven we de belangrijkste relevante instrumenten uit de suite. Vervolgens beschrijven we welke onderdelen we uit welk instrument selecteerden voor een eerste ontwerp van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren.

##### **3.1.1 InterRAI suite voor Kinderen en Jongeren**

###### **3.1.1.1 *InterRAI Child and Youth Mental Health (ChYMH) en interRAI Adolescent Supplement (ChYMH-A)***

Het interRAI Child and Youth Mental Health instrument (ChYMH) is een gestandaardiseerd instrument om de noden, sterktes, en voorkeuren te evalueren van kinderen en jongeren van 4 tot 18 jaar op het vlak van geestelijke gezondheid. Het instrument beoogt compatibel te zijn met andere interRAI instrumenten voor kinderen en jongeren, zoals het interRAI EDU (Education) en interRAI ChYMH-DD (Children and Youth Mental Health and Developmental Disabilities) (zie hieronder). Compatibiliteit van beoordelingsinstrumenten verbetert de continuïteit van zorg doorheen een naadloos gezondheidsbeoordelingssysteem over meerdere settings heen en promoot een persoonsgerichte benadering van zorg.

Het interRAI ChYMH instrument bestaat uit een modulaire beoordeling met een kerngedeelte (ingevuld voor alle kinderen en jongeren) en een supplement voor adolescenten (ingevuld voor jongeren vanaf 12 jaar en kinderen onder de 12 jaar met adolescent gedrag). De formulieren vergemakkelijken het beoordelen door dienstverleners van de sleuteldomeinen van functioneren, psychische en lichamelijke gezondheid, sociale steun, en het gebruik van diensten. Bepaalde items identificeren ook wie gebaat kan zijn bij een verdere evaluatie van specifieke problemen en risico's voor achteruitgang van gezondheid, welzijn, of functioneren.

###### **3.1.1.2 *InterRAI Child and Youth Mental Health and Developmental Disability (ChYMH-DD)***

Het interRAI ChYMH-DD instrument beoogt binnen de settings van geestelijke gezondheid ondersteuning te bieden voor kinderen en jongeren met ontwikkelingsproblemen bij de zorgplanning, uitkomstmetingen, kwaliteitsindicatoren, en bij een classificatie om de zorg- en begeleidingsintensiteit in te schatten. Het is gebaseerd op specifieke observatieperiodes om de sterktes, voorkeuren en behoeften van de jonge persoon betrouwbaar en valide te meten. Er bestaan twee versies van het ChYMH-DD formulier. Het 'inpatient' formulier wordt gebruikt voor het kind dat of de jongere die verblijft in een residentiële voorziening of een psychiatrische eenheid. Het 'community-based' formulier gebruikt men voor kinderen en jongeren die thuis wonen.

###### **3.1.1.3 *Andere interRAI instrumenten***

Andere instrumenten in de interRAI suite voor Kinderen en Jongeren zijn de interRAI Education (EDU) en interRAI Education and Developmental Disability (EDU-DD), de interRAI Youth Justice Custodial

Facilities (YJCF) en interRAI Youth Justice (YJ) Supplement voor jongeren in het jeugdrecht en de interRAI Pediatric Home Care (PEDS-HC).

### 3.1.2 Eerste ontwerp van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren

Tabel 1 geeft weer welke onderdelen/schalen uit de interRAI instrumenten we selecteerden voor het eerste ontwerp van de BelRAI Screener voor kinderen/jongeren.

Tabel 1 Eerste ontwerp van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren

Onderdeel eerste ontwerp BelRAI Screener kinderen en jongeren	interRAI schaal	interRAI instrument
Activiteiten van het Dagelijkse Leven (ADL)	Activities of Daily Living Hierarchy Scale	ChYMH-ON, ChYMH-DD
Cognitie en communicatie	Cognitive Performance Scale	ChYMH-ON, EDU, YJCF
Gedragssymptomen	Aggressive Behaviour Scale	ChYMH-ON, ChYMH-DD, EDU, YJCF
	Disruptive Behaviour Scale	YJCF
Gebrek aan aandacht en hyperactiviteit	Distractibility/ Hyperactivity Scale	ChYMH-ON, ChYMH-DD, EDU, YJCF

Een meer gedetailleerd overzicht van de specifieke items van deze schalen vindt u terug in Bijlage 2.

## 3.2 Verkennende gesprekken met experts van mutualiteiten en het VAPH

### 3.2.1 Relatie met andere onderdelen van de Vlaamse Sociale Bescherming en persoonsvolgende financiering

De geïnterviewden schetsten het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming waarin de BelRAI Screener voor kinderen gesitueerd is. Ze besluiten dat – in het geval van zorg voor kinderen – het basisondersteuningsbudget (BOB) en de zorgverzekering best via één instrument afgestemd worden zodat er één stroomlijning bestaat in de wijze waarop de zorgnood in kaart wordt gebracht. Dit verkiezen ze boven het gebruik van verschillende instrumenten die soms hetzelfde meten. Wel zou de BelRAI Screener voor kinderen bijvoorbeeld gebruik kunnen maken van een ander afkappunt voor het BOB dan voor de zorgverzekering.

Daarnaast verwijzen de geïnterviewden ook naar het systeem van persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, waarin gebruik wordt gemaakt van het zorgzwaarte instrument. Dit systeem heeft als voordeel voor de cliënt dat het flexibel en vraaggericht is en als nadeel voor de voorzieningen dat deze geconfronteerd worden met heel wat organisatorische uitdagingen. Een belangrijk aandachtspunt bij deze vorm van financiering is volgens een geïnterviewde dan ook het bewaken van de continuïteit van zorg die vanuit de voorzieningen wordt aangeboden.

### 3.2.2 Mogelijke voordelen van een BelRAI Screener voor kinderen

Volgens de geïnterviewden kan een BelRAI Screener voor kinderen meerdere voordelen hebben. Zo kan het een wetenschappelijke basis hebben, kan het instrument billijker zijn dan het huidige inschalingsinstrument (en niet zich beperken tot het ADL functioneren), kan men de historiek van de

inschalingen zien en daarvan een update krijgen en kan het instrument niet enkel belichten wat het kind/de jongere doet maar ook naar wat dat kind of die jongere zou kunnen. Bovendien is een mogelijk voordeel dat het één instrument betreft waaruit je maximaal zoveel mogelijk rechten kunt afleiden.

### 3.2.3 Mogelijke nadelen BelRAI Screener voor kinderen

Twee mogelijke nadelen van een dergelijke Screener zijn volgens de geïnterviewden dat (1) – zoals bij alle dergelijke instrumenten – de scoring slechts een momentopname betreft en (2) bepaalde zorg-behoevende groepen minder vaak recht zouden kunnen hebben op de zorgverzekering (bijvoorbeeld de groep met lichamelijke beperkingen) dan voorheen.

### 3.2.4 Inhoud van een BelRAI Screener voor kinderen: Hoe ziet deze er best uit?

Wanneer we de vraag stelden hoe deze BelRAI Screener voor kinderen er best zou uitzien, beklemtoonden de geïnterviewden dat de huidige inschalingsinstrumenten te sterk of enkel de nadruk op lichamelijke beperkingen leggen. Dit dient volgens hen zeker vermeden te worden in de nieuwe Screener. Met andere woorden, de Screener dient ook de mentale en psychische zorgbehoefte in kaart te brengen.

In tegenstelling tot in de BelRAI Screener voor meerderjarigen lijken de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL) niet zozeer van toepassing te zijn bij kinderen. Naast de modules 'ADL', 'cognitie', 'communicatie', 'gedragssymptomen' en 'gebrek aan aandacht en hyperactiviteit' zouden de geïnterviewden aspecten zoals integratie en zindelijkheid toevoegen. Daarenboven stelt iemand in vraag of het zinvol is om enkel te screenen volgens wat men met een hulpmiddel kan. Het aanbrengen van hulpmiddelen (zoals orthopedisch materiaal) en het opvolgen van medicatie dienen volgens deze geïnterviewden eveneens in rekening te worden genomen. Bijkomend vermelden de geïnterviewden van het VAPH dat aspecten zoals rigiditeit, flexibiliteit, het kunnen blokkeren of angstig worden, repetitief gedrag en het inschatten van situaties rond veiligheid (verschillend van deze die onder het interRAI item 'impulsief' vallen) een zinvolle aanvulling kunnen zijn.

### 3.2.5 Vorm van een BelRAI Screener voor kinderen

Een geïnterviewde raadt aan om – net zoals bij de BelRAI Screener voor meerderjarigen – het modulaire aspect ervan te behouden. Het werken met modules impliceert dat nieuwe vragen verschijnen nadat een 'ja' wordt geantwoord op de basisvraag van die module. Op die manier wordt de herkenbaarheid van het instrument bevorderd. Een mogelijke optie daarbij is om per leeftijdscategorie andere modules open te klappen.

### 3.2.6 Afname van een BelRAI Screener voor kinderen

De geïnterviewden stelden eveneens vragen over hoe vaak de BelRAI Screener voor kinderen dient te worden afgenomen, wie bij de afname betrokken dient te zijn en hoe indicatiestellers ondersteund kunnen worden bij de afname van het instrument.

Wat betreft de frequentie van afname, geeft een geïnterviewde aan dat het momenteel wettelijk is om de BelRAI Screener om de 3 jaar af te nemen, maar dat je ook op elk moment een nieuwe aanvraag kunt doen. Bovendien is er volgens één geïnterviewde een nood aan een algoritme dat voorspelt of verbetering of verslechtering in de nabije toekomst reëel is (bv. bij een zeer hoge score op zorgzwaarte zal verbetering soms minder te verwachten zijn) en of dus snel een nieuwe afname noodzakelijk is.

Enkele geïnterviewden stellen dat het een voorwaarde moet zijn dat op zijn minst het kind bij de afname aanwezig is.

Bovendien veronderstelt een correcte afname van de Screener dat er voldoende en adequate vorming, begeleiding en intervisie is voor indicatiestellers (bv. ook aan de hand van e-learning, filmpjes, testen...).

### 3.2.7 Criteria voor een geslaagde BelRAI Screener voor kinderen

We stelden de vraag wanneer een BelRAI Screener voor kinderen volgens de geïnterviewden succesvol is. De geïnterviewden van de mutualiteiten vermelden dat de Screener voor hen geslaagd is indien deze in eerste instantie een bredere populatie vat dan de huidige instrumenten (dus ook zorgzwaarte omwille van psychische en mentale beperkingen). Bovendien is een goede handleiding noodzakelijk en mag er niet van uitgegaan worden dat een indicatiesteller weet wat de normale ontwikkeling van een kind is. Daarnaast dient er een naadloze overgang te zijn naar de BelRAI Screener voor volwassenen om de continuïteit te bewaken en dienen de duur en lengte van het instrument kort te zijn (ongeveer 1 uur afnametijd). Ze bevelen ook aan om een applicatie beschikbaar te stellen die goed werkt.

Voor de geïnterviewden van het VAPH zijn de aanvaardbaarheid en het draagvlak van de Screener cruciaal. Hun ervaring wijst uit dat als men niet tevreden is met het resultaat van de financiering, men al snel het meetinstrument in vraag zal stellen. Daarnaast dient het instrument zo efficiënt mogelijk te zijn en overbodige ballast van items te vermijden. Wel zal het in een testfase nodig zijn om een iets uitgebreidere versie te testen om te kunnen beslissen welke items eruit mogen. Bovendien vinden ze de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en een voldoende hoge sensitiviteit en specificiteit van het instrument cruciaal. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wordt zo goed mogelijk gewaarborgd door gebruik te maken van de interRAI instrumenten waarvan deze vorm van betrouwbaarheid al werd getest. Sensitiviteit van het instrument verwijst naar het percentage dat terecht een zorgverzekering krijgt; specificiteit verwijst naar het percentage dat terecht geen zorgverzekering krijgt. Eén geïnterviewde haalt daarbij aan dat de beslissing wie de zorgverzekering moet krijgen een subjectief verhaal is dat berust op een klinisch oordeel. Daardoor is het moeilijk om te achterhalen wat de criteriumvaliditeit is van het instrument.

### 3.2.8 Aandachtspunten bij de ontwikkeling van een BelRAI Screener voor kinderen

Volgens de geïnterviewden is één van de belangrijkste aandachtspunten bij de ontwikkeling van BelRAI Screener voor kinderen hoe we rekening houden met de groei en de ontwikkeling van het kind bij de scoring. Daarbij stelt men in eerste instantie in vraag vanaf welke leeftijd gescoord dient te worden. Bij het huidige instrument wordt er vanaf 5 jaar gescoord. In Canada is een eerste test gebeurd met een interRAI-instrument voor 0 tot 3-jarigen, maar dit gebeurde nog niet in andere landen. In tweede instantie zou men ook leeftijdsspecifieke afkappunten kunnen voorzien. Een andere optie is dat hetzelfde afkappunt behouden blijft voor elke leeftijdscategorie, maar dat de ruwe scores de totaalscore op een andere manier beïnvloeden per leeftijdscategorie (bv. een score 3 op een ADL-item voor een 10-jarige heeft een even grote impact op de totaalscore als een score 5 voor een 4-jarige).

Verder beveelt een geïnterviewde aan om bij de testfase te vragen naar het klinisch oordeel van de indicatiesteller. Tot slot merkt men op dat issues zoals gegevensdeling, privacy en informed consent (toestemming van de vertegenwoordiger van het kind) bewaakt dienen te worden.

#### **4 Conclusie**

We komen op basis van het deskresearch en de interviews tot een eerste ontwerp van een BelRAI Screener voor kinderen en jongeren zoals u terug kan vinden in Bijlage 2. We hanteren daarbij het modulaire concept waarbij bijkomende vragen verschijnen afhankelijk van het antwoord op een basisvraag. Op die manier faciliteren we de overgang naar de Screener die wordt gebruikt voor volwassenen. We maken gebruik van interRAI items om de betrouwbaarheid en validiteit van de Screener te waarborgen. De sensitiviteit en specificiteit van de Screener zullen in een latere fase worden getest (Hoofdstuk 3). Bovendien nemen we ook de zorgzwaarte die veroorzaakt wordt door psychische of mentale beperkingen of door ontwikkelingsproblemen in rekening.

Daarnaast onthouden we uit de interviews dat enkele van de volgende aspecten mogelijks nog dienen te worden toegevoegd:

- Integratie;
- Zindelijkheid;
- Het aanbrengen van hulpmiddelen (bv. orthopedisch materiaal) of het opvolgen van medicatie
- Rigiditeit, flexibiliteit;
- Het kunnen blokkeren of angstig worden;
- Repetitief gedrag;
- Het inschatten van situaties rond veiligheid (verschillend van deze die onder het aspect 'impulsief' vallen).

Om te beslissen welke van deze aspecten eventueel toegevoegd worden, baseren we ons op de ervaring van indicatiestellers en enkele andere experts (zie Hoofdstuk 2). Daarnaast leggen we ook aan deze experts voor hoe omgegaan kan worden met de leeftijdsspecifieke verschillen. Op die manier creëren we eveneens draagvlak bij deze experts voor het instrument. Tot slot zullen we naast de Screener een handleiding voorzien.



## **Hoofdstuk 2**

### **Aftoetsen van het eerste ontwerp van de testversie van een BelRAI Screener voor kinderen en jongeren**

#### **1 Doelstelling**

Tijdens deze onderzoeksfase verkennen we de mening van experts over de relevantie, effectiviteit, efficiëntie en bruikbaarheid van de eerste testversie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren. De BelRAI Screener dient op termijn te kunnen bepalen welke ouders al dan niet recht hebben op de Vlaamse zorgverzekering en bij voorkeur ook welke kinderen/jongeren nood hebben aan een uitgebreider assessment door middel van een volledige BelRAI.

De finale testversie wordt vervolgens getest in de praktijk (zie Hoofdstuk 3). Indicatiestellers zullen deze testversie een eerste keer gebruiken in hun dagdagelijkse beoordelingen en deze vervolgens evalueren.

#### **2 Methodes**

Om deze eerste testversie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren (Bijlage 2) te evalueren, doen we beroep op verschillende methodes en verschillende expertises. In eerste instantie is het belangrijk om de mening van experts uit de praktijk te horen over dit eerste ontwerp van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren. Daarom organiseren we expertenpanels met indicatiestellers van vier mutualiteiten en experts vanuit centra voor ambulante revalidatie, de Gezinsbond, het centrum voor ontwikkelingsstoornissen en kinderpsychiaters. Oorspronkelijk planden we twee panels met deze experts. Doorheen het onderzoeksproces bleek echter een derde panel noodzakelijk om tot een gedragen instrument te kunnen komen. Naast deze panels met 13 tot 18 experts, organiseren we (1) een stuurgroep met experts uit diverse disciplines die relevant zijn voor de ontwikkeling en implementatie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren en (2) een expertenpanel met enkel vertegenwoordigers van de agentschappen van de overheid om ook de afstemming met onder meer het BOB en de praktische aanpak van de testfase te bespreken. Tot slot kloppen we de finale testversie van dit instrument af na een interview met een academisch expert in het domein.

##### **2.1 Drie expertenpanels met indicatiestellers en andere relevante experts**

###### **2.1.1 Werkwijze**

Tijdens het eerste expertenpanel starten we met een eerste uiteenzetting over het doel van het onderzoek en de ontwikkeling van de eerste versie. Na een kennismakingsronde leggen we het eerste ontwerp van het instrument (Bijlage 2) voor aan de experts. Vervolgens wordt de groep in kleinere groepen verdeeld van telkens ongeveer 5 experts. In deze kleinere groepen wisselen de experts hun eerste ideeën uit met betrekking tot het voorliggende instrument. Na deze brainstormsessie verzamelen de experts zich in één grote groep en worden de resultaten plenair overlopen en bediscussieerd. Na afloop van het eerste expertenpanel wordt een verslag opgesteld met de bevindingen uit het panel en enkele antwoorden van de onderzoekers op deze suggesties. Dit wordt samen met een aangepaste Screener en een Engelstalig ontwerp van een handleiding naar de experts verstuurd. Een handleiding

heeft als meerwaarde dat de indicatiesteller een houvast heeft met meer uitleg bij de scoring en bovendien ook terug kan vallen op voorbeelden. Het is ook noodzakelijk materiaal tijdens opleidingen voor indicatiestellers.

Tijdens het tweede expertenpanel, waarvan de werkwijze analoog is aan deze uit het eerste panel, blijkt dat de visies over de Screener van de indicatiestellers verschillen van deze van de andere experten (zie §2.1.2). Bijgevolg besluiten we het derde expertenpanel op te splitsen in twee subpanels. De experten van deze laatste expertenpanels krijgen vooraf het verslag van het tweede expertenpanel, samen met de aangepaste Screener en handleiding. Nadien ontvangen zij eveneens het verslag van het derde expertenpanel.

### 2.1.2 Deelnemers

Een overzicht van de deelnemers uit de drie expertenpanels vindt u in Bijlage 3. Deze panels bestaan voornamelijk uit indicatiestellers vanuit 4 mutualiteiten (neutrale ziekenfondsen, socialistische mutualiteit, liberale mutualiteit, christelijke mutualiteit), aangevuld met experten vanuit centra voor ambulante revalidatie (CAR), de Gezinsbond, het centrum voor ontwikkelingsstoornissen (COS - UZ Brussel) en kinderpsychiaters. Het eerste panel bestaat uit 17 deelnemers, waaronder 14 indicatiestellers en 3 andere experten. Het tweede panel bestaat uit 18 deelnemers, waaronder 13 indicatiestellers en 5 andere experten. Voor de derde ronde splitsen we de groep in twee subpanels: een eerste subpanel bestaat uit 10 indicatiestellers, een tweede uit 3 andere experten.

## 2.2 Een eerste stuurgroep en een expertenpanel met vertegenwoordigers van de agentschappen van de overheid

Naast de inbreng van de indicatiestellers en andere relevante experten uit de praktijk, nemen we ook de input in rekening van de stuurgroep van het project, waar onder andere vertegenwoordigers van de agentschappen van de overheid aanwezig zijn. Omdat drie van deze vertegenwoordigers niet enkel aanwezig zijn tijdens de stuurgroep, maar ook tijdens het expertenpanel met de agentschappen, zullen we de bevindingen uit deze twee groepen gezamenlijk rapporteren. We stellen een verslag op van de stuurgroep en versturen dit naar alle deelnemers.

Daarnaast versturen we een aangepaste Screener en handleiding door naar zowel de leden van de stuurgroep, als naar de indicatiestellers en andere experten uit de drie expertenpanels. Zij kunnen vervolgens hun suggesties via mail bezorgen.

### 2.3 Interview met een academisch expert in het domein

We versturen deze documenten eveneens naar een academisch expert in het domein met wie we een laatste gesprek aangaan over het instrument en de handleiding vóór de aanvang van de testfase. Tijdens het gesprek overliepen we gezamenlijk de verschillende rubrieken uit de Screener en de handleiding.

Na verwerking van de feedback uit dit laatste gesprek versturen we een finale testversie naar de stuurgroep om hun suggesties te ontvangen over deze laatste wijzigingen.

### 3 Resultaten

#### 3.1 Drie expertenpanels met indicatiestellers en andere relevante experts

##### 3.1.1 Bevindingen uit het eerste expertenpanel

Tijdens het eerste expertenpanel kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

1. Visie op en aandachtspunten bij een BelRAI Screener voor kinderen;
2. Voorwaarden voor een geslaagde BelRAI Screener voor kinderen;
3. Vergelijking met leeftijdsgenoten;
4. Bepalen van de scores.

##### 3.1.1.1 *Visie op en aandachtspunten bij een BelRAI Screener voor kinderen*

Volgens de indicatiestellers is een belangrijke meerwaarde van deze eerste ontwerpversie van de Screener dat ouders van kinderen met autisme of met een mentale beperking vaker in aanmerking zullen komen voor de Vlaamse zorgverzekering dan nu het geval is. Tegelijk blijven ook ouders van kinderen met een fysieke beperking recht hebben op deze zorgverzekering. *De eerste indruk van enkele indicatiestellers over de Screener is dus dat er vooruitgang is ten opzichte van de bestaande instrumenten*, al merken ze op dat het instrument meer kindgericht en 'speelser' mag zijn.

Er heerst echter een grote bezorgdheid bij de experts voor de *doeleinden* waarvoor de (korte en dus beperkte<sup>1</sup>) Screener gebruikt zal worden. Zal er ook een link zijn met het BOB<sup>2</sup> en de verhoogde kinderbijslag<sup>3</sup>? Wat als de Screener een toegangspoort wordt voor de hele Vlaamse Sociale Bescherming? Is men dan het hele toegangsticket kwijt als de Screener dit aangeeft? Een expert vraagt zich ook af wie van waar juist het nodige geld zal krijgen. Dit zijn politieke beslissingen die voorbijgaan aan het onderzoek. De studie kan voorlopig enkel input geven voor het gebruik van een BelRAI Screener voor kinderen/jongeren voor de zorgverzekering.

Eén expert trekt in twijfel of een indicatiesteller deze screening wel op een betrouwbare manier kan afnemen gezien de *korte tijd die beschikbaar is om het functioneren van het kind/de jongere in te schatten*. Het gebruik van diagnoses wordt niet als een oplossing beschouwd aangezien diagnoses ook niet het hele functioneren dekken en bovendien niet iedereen die zorg nodig heeft, een diagnose heeft. Daarnaast hebben mensen met dezelfde diagnoses soms heel verschillende zorgbehoeftes. Een indicatiesteller merkt op dat het handig is om de diagnose te bevragen in het gesprek dat men voert om beter te kunnen scoren aan de hand van de Screener.

---

<sup>1</sup> Het zou volgens een expert beter zijn mocht een uitgebreid assessment bepalen of iemand recht heeft op een zorgverzekering. De ouders kunnen door het toekennen van het recht op zorgverzekering aan de hand van een korte Screener gefrustreerd geraken.

<sup>2</sup> Indien men op basis van de Screener ook toegang geeft tot het BOB, betekent dat een grote verruiming van de doelgroep. Als de Screener gebruikt wordt voor het BOB, dan moet erover gewaakt worden dat de criteria voor het BOB niet naar beneden gehaald worden. De vraag is of het de bedoeling is om zowel het BOB en de zorgverzekering toe te kennen aan mensen met een beperking.

<sup>3</sup> Het is momenteel niet duidelijk wat er juist met het stelsel van de verhoogde kinderbijslag zal gebeuren in de toekomst. Dit stelsel heeft vooruitgang geboekt en kan een inspiratiebron zijn voor de ontwikkeling van de BelRAI Screener voor kinderen.

### 3.1.1.2 Voorwaarden voor een geslaagde BelRAI Screener voor kinderen

Een bruikbare en zinvolle BelRAI Screener voor kinderen dient te voldoen aan een aantal voorwaarden. Zo is het belangrijk dat de kinderen/jongeren zelf, de ouders en de indicatiestellers het instrument als valide beoordelen. Dit wil onder meer zeggen dat het instrument relevant en bovendien bruikbaar lijkt en niet louter afhankelijk is van het moment waarop deze wordt afgenomen.

#### 1. Bruikbaarheid en relevantie van de Screener voor kinderen, jongeren en ouders

Voor de 'te screenen' jongeren mag de bevraging zeker niet als 'vernederend' overkomen. Het valt enkele experts op dat de klemtoon in het ontwerp van de Screener momenteel vooral ligt op wat het kind/de jongere *niet* kan in plaats van op wat deze *wel kan*. Wat je kan of niet kan, gaat bovendien voorbij aan de context en valt niet noodzakelijk samen met de zorgzwaarte. Belangrijk is ook wat je doet met wat het kind/de jongere kan of doet. Er zijn soms kinderen met beperkte mogelijkheden die heel veel doen (omwille van bv. een goede ondersteuning).

De experts beklemtonen dan ook het belang van voldoende positieve aandacht te besteden aan de kleine stappen die in het ontwikkelingsproces van het kind behaald worden dankzij permanente ondersteuning van ouders en/of andere mantelzorgers. Ouders dienen het gevoel te hebben dat alle zorg en ondersteuning wordt bevraagd en geregistreerd.

#### 2. Bruikbaarheid en relevantie van de Screener voor de indicatiestellers

De experts hebben meer informatie nodig om het instrument goed te kunnen afnemen en de informatie moet bovendien gemakkelijker zijn. Zo vinden ze het belangrijk om een *handboek/handleiding*<sup>4</sup> beschikbaar te stellen. Deze dient meer informatie toe te voegen die de indicatiestellers ondersteunt bij het stellen van vragen en het scoren. Daarnaast moet de bevraging overzichtelijk en zoveel mogelijk in *eenvoudige taal* aangeboden worden zodat de indicatiestellers niet wereldvreemd overkomen wanneer zij de vragen stellen. In onze multiculturele samenleving zijn er al voldoende uitdagingen om het interview in andere talen begrijpelijk te maken. Daarbij dient de Screener gemakkelijker te zijn door meer vragen te richten naar de *zorg zelf* in plaats van naar wat de bijkomende zorg veroorzaakt heeft.

Het taalgebruik leek op het moment van het eerste expertenpanel te zeer op een *kopie van de Screener voor volwassenen*. Bepaalde gedragingen die deze versie van de Screener omschrijft zoals 'het maquilleren' en 'het scheren', zijn niet van toepassing op kinderen (eventueel wel nog op jongeren van 17 jaar). Experts geven aan dat meer *voorbeelden en duidelijkheid* wenselijk zijn. Zo is er voor 'ADL' soms meer uitleg nodig over hoe men dient te scoren. 'Uitgebreide hulp' verwijst bijvoorbeeld naar de situatie waarbij het kind/de jongere zelf nog minstens 50% van de subtaken uitvoert maar het is niet duidelijk wanneer er juist sprake is van 50% van de subtaken. Dit dient de handleiding te verduidelijken. Voor 'Cognitie' merken experts op dat de scoring van het geheugen ingewikkeld is. Zo zal een kind van 3 jaar andere stappen van een reeks taken kunnen uitvoeren dan een kind van 13 jaar. Daarom zouden deze hierbij graag wat voorbeelden hebben om uniform te kunnen handelen. Ook een scoring van het kortetermijngeheugen zal voor de heel jonge kinderen (<3 jaar) niet relevant zijn omdat we hierin niet kunnen differentiëren. Voor een jongere is een tijdspanne van 20-30 seconden dan weer heel kort. Verder stelt men in vraag of het geheugen wel bevraagd dient te worden. Een expert merkt namelijk op

---

<sup>4</sup> De InterRAI instrumenten hebben ook handleidingen. Deze dienen vertaald te worden naar het Nederlands.

dat deze minder vaak tot bijna nooit kinderen met geheugenproblemen ziet, tenzij ze mentaal beperkt zijn.

Verder besluiten de experts dat *meer modules* aangewezen zijn (bv. rond het mentale/psychische luik) maar dat deze modules *minder gedetailleerd* dienen te zijn. De hele zware zorgsituaties worden immers al via andere kanalen goedgekeurd.

De experts zouden ook enkele aspecten toevoegen aan de Screener. Ten eerste maakt de Screener volgens sommige experts namelijk niet altijd het onderscheid tussen wat het kind *kan* en wat het kind *doet*. Men zou analoog aan het instrument voor volwassenen, een onderscheid kunnen maken tussen welk gedrag effectief wordt uitgevoerd en welk gedrag het kind/de jongere kan of de tijd of het leerproces dat erbij komt kijken. Als het heel veel tijd of energie heeft gekost voor bv. de ouder/het kind/de jongere om tot dat resultaat te komen verschilt dit van wanneer dat vanzelf gaat. Andere indicatiestellers zijn van mening dat als een kind/jongere het gedrag kan stellen, deze dat hoogstwaarschijnlijk ook zal stellen. Zij zijn minder geneigd om het onderscheid tussen gedragingen en capaciteiten te maken. Ten tweede zou men in de algemene overzichtsvragen uit de module 'Vooraf' die nagaat of er problemen zijn op elk van de diverse deelgebieden van het functioneren, toevoegen dat het kind problemen heeft met het functioneren in *vergelijking met leeftijdsgenoten* (bv. van 0 tot 5 jaar). In de handleiding verduidelijkt men dan wat deze leeftijdsgenoten over het algemeen kunnen. Vanaf de leeftijd van 6 jaar kan je dit wel absoluut maken en de gewone Screener afnemen. Ten derde suggereert men om enkele nieuwe blokken te includeren, namelijk (1) een psychisch en emotioneel luik, (2) een luik rond bijkomende zorg en ondersteuning vanuit de omgeving en (3) een luik over het sociale aspect en de participatie van het kind of de jongere aan de maatschappij. Voor het *psychisch en emotioneel luik* vinden de experts het belangrijk om stemmingssymptomen<sup>5</sup> op te nemen met betrekking tot initiatiefname, neerslachtige stemming en angsten<sup>6</sup>. Het is echter moeilijk een algemene 'ja/nee' vraag te stellen (zoals 'Is er een psychische of emotionele problematiek?') en vervolgens te werken met deelvragen. Ouders zullen niet altijd hetzelfde verstaan onder psychische en emotionele problemen. Bovendien is het moeilijk om af te leiden of de psychische/emotionele problematiek verbonden is aan extra hulp. Een tweede luik heeft betrekking op *extra zorg en ondersteuning vanuit de omgeving*. Het is belangrijk om ook te zorgen voor diegene die de zorg opnemen. De Screener houdt geen rekening met de grote inzet van de ouders/de omgeving en de vele energie die zij al in de zorg voor het kind/de jongere stopten. Ondersteuning wordt met andere woorden afgestraft: wanneer het kind door een goede ondersteuning vanwege de ouders 'te goed' presteert op het moment van de scoring, krijgt men geen zorgverzekering. Het is van belang dat de Screener *polst naar de intensiteit die de zorg vraagt van de ouders*, ongeacht wat de problematiek is en dat er een maat is van hoe hard de ouders het gevoel hebben dat ze zelf niet meer kunnen werken of goed functioneren. Op die manier worden vele andere vragen overstegen. Verder lijkt ook een derde luik over *het sociale en de participatie van het kind/de jongere aan de maatschappij* op zijn plaats in de Screener. De context wordt momenteel niet in de

---

<sup>5</sup> Een andere indicatiesteller verwijst ook naar 'wanen' als een onderdeel van het psychisch luik.

<sup>6</sup> Bijvoorbeeld niet alleen naar het toilet durven gaan.

Screeener bevraagd<sup>7</sup>: ‘Wat is de impact op het gezin<sup>8</sup>’, ‘Wat is de impact op participatie van het kind aan samenleving en omgeving?’ Hierbij kan inspiratie worden gehaald bij de medisch-sociale schaal van de verhoogde kinderbijslag<sup>9</sup> waarbij wel wordt gekeken naar participatie en de impact van de beperking op het gezin en de omgeving. Bovendien kan ook een opsplitsing van dit aspect per leeftijdscategorie gebeuren. De zorg vanuit de omgeving voor een kind van 0 tot 3 jaar verschilt van de zorg van voor een jongere van bv. 12 tot 16 jaar. De indicatiestellers denken daarbij aan de volgende vragen:

- ♦ Heeft het kind/de jongere vrienden?
- ♦ Is er sprake van vrijetijdsbesteding?
- ♦ Is er een sociaal isolement?
- ♦ Kan het kind/de jongere niet naar school (omwille van gedrags- of ontwikkelingsproblemen)?
- ♦ Ervaart het kind/de jongere een emotioneel verlies omdat deze vrienden mist omdat het kind/de jongere niet naar school kan (door bv. kanker)?

Daarnaast zouden de experts enkele inhoudelijke aspecten van deze versie van de Screeener veranderen, namelijk met betrekking tot ‘ADL’ en ‘Cognitie’. Voor ‘ADL’ beschrijven ze dat (1) het vervangen van de bedpan (zelden of) nooit voorkomt en geschrapt kan worden uit de Screeener en (2) het houden van toezicht en het geven van aanwijzingen nogal laag gescoord wordt (score=2). Wanneer bijvoorbeeld twee mensen aanwezig zijn die intensief toezicht houden/aanwijzingen geven, krijgt dit slechts een lage score in de bepaling van de zorgzwaarte. Daarnaast verwijst ‘uitgebreide hulp’ louter naar fysieke hulp (bv. gewichtsondersteunende hulp), terwijl ‘een intensief toezicht’ lager lijkt te scoren. Wellicht is het aangeraden om bij ‘uitgebreide hulp’ ook andere dan louter fysieke hulp te includeren. Wat betreft toezicht bestaat bovendien een verschil tussen iemand in het oog houden en een één-op-één begeleiding (de extreemste vorm van toezicht). Er zijn met andere woorden meer gradaties van toezicht dan enkel ‘ja’ of ‘nee’. Mogelijks wordt dit aspect wel in rekening genomen bij de scoring van ‘impulsiviteit’, namelijk bij ‘moeite om aan de planning te houden’ of bij de scoring van ‘cognitie’, namelijk ‘neemt zelden of nooit beslissingen’. Het is belangrijk dat dit meegerekend wordt in het algoritme van de ADL-scoring. Bovendien is er onduidelijkheid over het verschil tussen score 5 = maximale hulp (door 2 hulpverleners) en score 6 = totale afhankelijkheid. Zo lijkt het dat het verzorgen van de persoonlijke hygiëne met twee hulpverleners identiek is aan de score van ‘totale afhankelijkheid’, wat eveneens geldt voor het baden, aan- en uitkleden, zich verplaatsen en eten. Bovendien merkt een indicatiesteller rond het toiletgebruik op dat de meeste toiletruimtes niet toegankelijk zijn voor twee hulpverleners tegelijk. Voor ‘Cognitie’ merken ze op dat een kind met autisme bijvoorbeeld niet een reeks taken zal kunnen uitvoeren zonder aanwijzingen (bv. pictogrammen), maar wel een goed procedureel geheugen kan hebben. Men zou hierbij eveneens probleemoplossende vaardigheden kunnen bevragen die een impact kunnen hebben op onder meer ADL.

Naast de relevantie en duidelijkheid van de inhoud van de Screeener is het van belang dat deze corrigeert voor het moment waarop de screening gebeurt. Aan de ene kant verwijst de Screeener naar een

---

<sup>7</sup> Volgens enkelen gebeurt dit trouwens ook niet voldoende bij de BelRAI Screeener voor volwassenen. Daarom loopt momenteel een andere studie om een *sociaal supplement* te ontwikkelen waarin deze context wel bevraagd wordt. Dit supplement zal zowel voor het instrument van de volwassenen als voor dat van de kinderen van toepassing zijn.

<sup>8</sup> Zal men wachten tot het gezin in elkaar stuikt en pas daarna komen tot een hoge score op de Screeener? Of zal men dergelijke risicosituaties vooraf in rekening nemen?

<sup>9</sup> Het instrument voor verhoogde kinderbijslag meet 3 pijlers: de medische pijler, de impact op het gezin en de gevolgen voor participatie aan de samenleving.

momentopname van 3 (gedragssymptomen; gebrek aan aandacht en hyperactiviteit) of 7 dagen (ADL), wat men kort vindt. Het functioneren kan namelijk sterk verschillen afhankelijk van de context. Men is bezorgd wat het resultaat is van de Screener als een bepaalde context net niet aanwezig was tijdens die 3 of 7 dagen<sup>10</sup>. Het lijkt zinvol een contextgegeven toe te voegen in de Screener (volgens het ICF-denkkader). Zo kan de context voor een kind op school verschillen wanneer deze plots een vervangende leerkracht krijgt omdat de vaste leerkracht ziek is. Dit kan een sterke impact hebben op het functioneren van sommige kinderen. Een andere indicatiesteller verwijst naar kinderen met mucoviscidose die afwisselend periodes hebben van heel goed te functioneren en periodes dat ze uit de context gehaald worden en naar een sanatorium gaan. Een afname van de Screener in één van deze periodes zou een vertekend beeld geven. Een ander voorbeeld is een kind met ADHD dat veel beter functioneert met medicatie maar waarvan de ouders het niet steeds die medicatie geven. Opnieuw zal het resultaat van de screening verschillen wanneer een indicatiesteller langskomt bij het kind dat al dan niet de medicatie heeft genomen.

Aan de andere kant hanteert de BelRAI Screener voor volwassenen een tijdsbestek van 3 dagen. Het zou logisch zijn dat de Screener voor kinderen gelijkaardig zou zijn aan deze van volwassenen. Een deelnemer geeft aan dat het misschien voor gedragssymptomen moeilijker is om deze op een tijdsbestek van 3 dagen te detecteren in plaats van 7 dagen. Wel kan men momenteel voor gedragssymptomen als antwoordcategorie aangeven dat deze aanwezig zijn, maar niet vertoond werden in de laatste drie dagen.

### 3.1.1.3 *Vergelijking met leeftijdsgenoten*

De indicatiestellers vragen wat de leidraad zal zijn om de zorgzwaarte te beoordelen. Zal men het kind vergelijken met een *gezond kind van dezelfde leeftijd*? Of zal men puur naar de ontwikkeling van het kind zelf kijken? Kijkt men met andere woorden naar de ontwikkelingsleeftijd of kalenderleeftijd<sup>11</sup>? De experts beschouwen dit als een belangrijke uitdaging van de studie.

Daarnaast legt een vergelijking met leeftijdsgenoten die geen ziekte, beperking of problematiek hebben juist de klemtoon op wat men *niet kan* (en dus niet op wat men wel kan) in vergelijking met deze groep. Ook dit dient vermeden te worden. Er zijn vragenlijsten die wel vertrekken van wat het kind of de jongere kan, maar ook deze vragenlijsten zijn vaak confronterend omdat ouders regelmatig moeten zeggen van 'dat is moeilijk', 'dat gaat (nog) niet'...

Het recht op de zorgverzekering is er vanaf 0 jaar. Momenteel is er met de huidige Belgische instrumenten pas een berekening vanaf 5 jaar. Die 5 jaar is er gekomen puur omdat het moeilijk is om kinderen onder de 5 jaar te scoren. Dit geldt ook voor de Screener die nu voorligt. Maar het is beter om op een *zo vroeg mogelijke leeftijd* te kunnen starten met de scoring door bv. vragen aan te passen. Voor hele jonge kinderen (< 5 jaar) moeten we dus andere vragen stellen (bv. kan hij zich draaien?, kan hij kruipen?) en dienen we de scores te vergelijken met deze van andere kinderen van dezelfde

---

<sup>10</sup> Deze dagen dienen representatieve dagen te zijn voor het gedrag van het kind/de jongere. Er bestaat in de handleiding meer uitleg over hoe je dit best scoort. Bovendien zijn de scores geen simpele optelsom. Zo kan een score 1 (aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond) op gedragssymptomen zwaarder wegen in de berekening van de eindscore dan het op het eerste zicht lijkt. Het verschil tussen score 1 en 2 kan bv. kleiner zijn dan deze tussen score 0 en 1.

<sup>11</sup> Dit is belangrijk voor kinderen met bv. een verstandelijke beperking.

leeftijdscategorie. Het is wel zo dat hoe jonger de kinderen zijn, hoe moeilijker de verschillen en problemen op te merken zijn.

Een andere vraag is welke leeftijdscategorieën onderscheiden moeten worden. Bovendien kan een handleiding meer duidelijkheid scheppen in wat een kind normaal doet op welke leeftijd. Een kind van 3 jaar zal nog niet zelfstandig kunnen baden. Momenteel krijgen deze 3-jarigen allemaal dezelfde score waardoor het instrument *onvoldoende differentieert* tussen kinderen met een grotere zorgbehoefte en met een kleinere, 'normale' zorgbehoefte.

### 3.1.1.4 Bepalen van de scores

Het is belangrijk om vooraf aan te geven met wie men het kind/de jongere moet vergelijken om de juiste score te kunnen toekennen. De Screener moet vooraf *vermelden* dat de scoring gebeurt in *vergelijking met kinderen van dezelfde leeftijd*.

Qua *het berekenen van de scores* is het *onduidelijk* voor de indicatiestellers hoe dit zal verlopen en welke de zwaarte is van elke individuele score in de eindberekening. Dit heeft als voordeel dat de scoring objectiever kan gebeuren aangezien het gebruik van algoritmes niet toelaat te achterhalen welke score nodig is om een bepaald eindresultaat te behalen. Als nadeel heeft dit dat het momenteel nog wat onduidelijk is voor de indicatiestellers of men wel juist scoort (mede door de complexiteit van de antwoordcategorieën zoals deze bij ADL<sup>12</sup>).

Soms bestaat er *overlap tussen de blokken* (bv. cognitie en gebrek aan aandacht). Hoe scoor je bijvoorbeeld een kind dat iets niet onthoudt en snel afgeleid is? Een oplossing daarvoor is bv. te vragen om 3 woordjes te onthouden, ze te laten herhalen en later vragen om deze nogmaals op te noemen. Zo kan het onderscheid wel gemaakt worden. Dergelijke voorbeelden kan de handleiding beschrijven.

Tot slot is het van belang rekening te houden met het *perspectief van wie men de Screener afneemt*. Verschillende perspectieven leiden tot verschillende scores. De ouder en het kind/de jongere kunnen dan ook een volledig verschillende beleving hebben over het functioneren. Zo gaf een indicatiesteller aan dat een jongere met autisme geen probleem ervaarde, terwijl de moeder in tranen uitbarstte omdat ze de ondersteuning voor haar zoon als erg zwaar ervoer.

### 3.1.2 Enkele antwoorden van de onderzoekers op de bevindingen uit het eerste expertenpanel

We voegen in het nieuwe, aangepaste ontwerp van de eerste testversie (Bijlage 4) bij de algemene rubriek 'Vooraf' toe dat de Screener bij kinderen *vanaf de leeftijd van 4 jaar* kan worden afgenomen en dat men bij de scoring rekening dient te houden met het functioneren van leeftijdsgenoten. Bovendien voegen we toe dat bij de scoring men best beroep doet op:

- ♦ de observaties;
- ♦ het perspectief van het kind/de jongere;
- ♦ het perspectief van de ouders.

Daarnaast includeren we twee extra modules, namelijk over 'Sociale relaties' en 'Zorgintensiteit' en vereenvoudigen de vragen hier en daar. Ook houden we rekening met het feit dat de indicatiestellers

---

<sup>12</sup> Een indicatiesteller stelt voor om de mate van ondersteuning in vraagvorm te gieten in de plaats van het gebruik van antwoordcategorieën. Bv. Doe je baden met ondersteuning van gewicht en ledematen? i.p.v. score 4 (uitgebreide hulp)



meestal geen specialisten zijn in zorg voor kinderen en dat de items daarom duidelijk en zo eenvoudig mogelijk moeten zijn.

Voor 'ADL' vereenvoudigen we de scoring aan de hand van een 0 – 1 onderscheid waarvoor '0' staat voor 'zelfstandig of slechts hulp bij het klaarzetten' en '1' voor 'toezicht of lichamelijke hulp'. We verwijderen eveneens termen die niet van toepassing zijn op kinderen zoals het scheren en maquilleren.

'Communicatie en cognitie' splitsen we op in twee aparte onderdelen om het geheel overzichtelijker te maken. We behouden de vragen over het geheugen aangezien deze onder meer relevant zijn voor de detectie van de extra zorgzwaarte van kinderen of jongeren met een mentale beperking. Ook de oorspronkelijke duur van het kortetermijngeheugen (20 à 30 seconden) behouden we als richtlijn. In de handleiding staan hierbij enkele voorbeelden omschreven voor de scoring.

De experts uit het panel zouden graag nog enkele items toevoegen rond het psychisch welbevinden van de kinderen/jongeren. We erkennen het belang van deze items om de zorgnood in kaart te brengen in een volledig assessment. We zijn er evenwel niet van overtuigd dat deze items nodig zijn om te bepalen of een kind recht heeft op de zorgverzekering. De zorg die voortvloeit uit deze problemen wordt wellicht al gemeten aan de hand van de andere modules (bijvoorbeeld de zorgintensiteit, de sociale relaties, het gedrag, de aandacht, de hyperactiviteit, het cognitief functioneren en/of de communicatie van het kind/de jongere).

Over de module 'Gedragssymptomen' gaven de experts aan dat ze de duur van de scoring (over de laatste drie dagen) te kort vonden. Ze merken echter op dat score '1' (aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond) hiervoor compenseert.

Daarnaast werd tijdens het eerste expertenpanel meerdere keren aangehaald dat de sociale relaties en de bredere context (bv. niet naar school kunnen gaan) belangrijk zijn en ontbreken. We doen beroep op de medisch-sociale schaal (verhoogde kinderbijslag) om dit aspect te kunnen meten. Een vraag die zich hierbij stelt, is of de door onszelf geconstrueerde antwoordcategorieën, voldoende adequaat zijn om deze vragen te beantwoorden.

Een andere vaak vermelde bekommernis betrof de vraag om de intensiteit van de zorg door de ouders/context mee in rekening te nemen. Opnieuw doen de onderzoekers beroep op de medisch-sociale schaal om deze module te kunnen ontwikkelen. Deze schaal maakt een onderscheid tussen 4-6-jarigen en kinderen/jongeren van 7 jaar of ouder. Opnieuw is een vraag die zich hierbij stelt of deze antwoordcategorieën (NEE/JA), voldoende adequaat zijn om deze vragen te beantwoorden. Dit zal worden afgetoetst tijdens het tweede expertenpanel.

### 3.1.3 Bevindingen uit het tweede expertenpanel

Tijdens het tweede expertenpanel kwamen de volgende rubrieken aan bod:

1. Algemene indruk over de aangepaste ontwerpversie van de BelRAI Screener voor kinderen;
2. Randvoorwaarden voor een goed gebruik van de Screener;
3. Bemerkingen bij de nieuwe ontwerpversie van de Screener;
4. Scoring.

### 3.1.3.1 *Algemene indruk over de aangepaste ontwerpversie van de BelRAI Screener voor kinderen*

Heel wat indicatiestellers vinden het instrument al een enorme verbetering, zeker in vergelijking met de Bel-foto die ze subjectiever vinden. Anderen (overwegend de experten die niet aan indicatiestelling doen) blijven enkele fundamentele kritische bedenkingen uiten over (de randvoorwaarden van) de Screener.

Enkele indicatiestellers merken op dat de vragen (uit de zeven blokken) moeilijk zijn om te onthouden<sup>13</sup> wanneer men een open interview afneemt (en achteraf scoort en eventueel nog bijvragen stelt). Het is daarbij dus van belang om open vragen te formuleren<sup>14</sup> maar het is niet altijd eenvoudig om op basis van open vragen scores toe te kennen in de Screener<sup>15</sup>.

Bovendien halen verschillende deelnemers aan dat er een open ruimte ontbreekt voor opmerkingen. Een indicatiesteller vermeldt dat het belangrijk kan zijn om een aantal dingen zoals interpretaties waarop je je baseert bij de score, te noteren. Als er dan achteraf (soms na verschillende weken) vragen of klachten komen over het resultaat, kun je ook beter het gesprek aangaan over de argumentatie achter je beslissing.

Tot slot stelt een indicatiesteller de vraag of de beoordeling best op basis van 'naakte' feiten gebeurt of dat men beter de 'lijdensdruk' van ouders meer inschat. Een indicatiesteller uit dezelfde subgroep geeft aan dat men met deze Screener -waarin de klemtoon sterk ligt op de 'naakte feiten'- wel kleine nuances kan leggen en een goede registratie van de zorgzwaarte dus wel degelijk mogelijk is<sup>16</sup>. Een andere groep met uitsluitend indicatiestellers gaf eveneens aan een correcte beoordeling te kunnen maken met deze schaal (met eventueel nog de nodige aanpassingen), zeker wanneer er geen graad of ernst gevraagd wordt maar enkel de aanwezigheid van een bepaald probleem of gedrag moet ingeschat worden.

### 3.1.3.2 *Randvoorwaarden voor een goed gebruik van de Screener*

Een eerste randvoorwaarde voor een goed gebruik van de Screener heeft betrekking op de kennis van ouders over de zorgverzekering en hun gebruik van het recht erop. Mensen die geen zorgzwaarte aangeven, zullen ook geen aanvraag doen. Anderzijds zullen pogingen tot oneigenlijk gebruik van het recht op de zorgverzekering onvermijdelijk zijn door ouders die er wel kennis van maar er feitelijk geen recht op hebben. Dit is een valkuil die vaak grotendeels kan worden opgevangen door de manier van afname van de Screener door de indicatiestellers.

Een tweede randvoorwaarde betreft de frequentie van de afname van de Screener door de indicatiestellers. Een niet-indicatiesteller benadrukt dat de Screener steeds een momentopname meet en dat 3 dagen te kort zijn om zorgzwaarte ten gevolge van verminderde communicatie, hyperactiviteit en dergelijke te meten. Bovendien herhaalt deze dat het onmogelijk is om op 1 uur tijd dit goed te

---

<sup>13</sup> Men merkt ook op dat de BelRAI van volwassenen nog niet volledig werd losgelaten en stelt dit in vraag.

<sup>14</sup> Enkele deelnemers geven aan dat bij jongerenwelzijn en in het onderwijs wel de mogelijkheid bestaat om louter kwalitatieve gegevens te registreren die dan later verwerkt worden.

<sup>15</sup> Het is de bedoeling dat dergelijke open vragen centraal staan maar dat tegelijkertijd twee indicatiestellers wel tot dezelfde 'objectieve' score komen. De gebruikte InterRAI instrumenten zijn getest en betrouwbaar gebleken op het vlak van deze interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

<sup>16</sup> Vervolgens is het aan de overheid om te beslissen wat gebeurt met de scores.

beoordelen. Daarom pleit men voor een snelle herevaluatie waarbij dat indicatiestellers meerdere keren het gezin kunnen bezoeken.

Daarnaast is het belangrijk dat een nieuwe indicatiesteller onmiddellijk kan meelopen met een ervaren indicatiesteller en zo ervaring kan opdoen. Bovendien is het cruciaal om veel voorbeelden en casussen te voorzien tijdens de opleidingen aan nieuwe indicatiestellers<sup>17</sup> en hen te leren dat de vragen niet sec gesteld dienen te worden. Een indicatiesteller vermeldt daarbij dat als de Screener te lang is, men riskeert dat men zich te strikt aan de tekst houdt om niets te vergeten. Deze pleit dus voor een zo kort mogelijk instrument.

Tot slot is er volgens vele indicatiestellers een grote nood aan een duidelijke, uitgebreide handleiding waarin ook iemand met weinig voeling rond ontwikkeling van kinderen een correcte inschaling kan maken. Het is bijvoorbeeld moeilijk om voor een 4-jarige in te schatten wat leeftijdsgenoten doen. Het is dus van belang dat er in de handleiding een aantal mijlpalen staan voor wat een kind kan binnen elke leeftijdscategorie. Zelfs de meer ervaren indicatiestellers die zelf kinderen hebben weten soms niet meer wat deze op vlak van cognitie kunnen op 4 jaar. Bovendien zijn bepaalde vragen voor interpretatie vatbaar waardoor een dergelijke goede handleiding onontbeerlijk is (bv. wat is 'begeleiding en bijzondere stimulering' uit deel H: Zorgintensiteit). Een deelnemer vreest dat de handleiding te uitgebreid zal worden wanneer deze al die nuances dient te verduidelijken. Belangrijk is ook om in de handleiding te vermelden dat contact met anderen, zoals leerkrachten in scholen ook een informatiebron kan zijn om de zorgzwaarte te bepalen.

### 3.1.3.3 *Bemerkingen bij de nieuwe ontwerpversie van de Screener*

Hieronder beschrijven we per module de bemerkingen en suggesties van de experts bij de versie van de Screener die voorlag tijdens het tweede expertenpanel.

Wat betreft de module 'Vooraf' vindt men de leeftijdsafbakening tot 18 jaar en 11 maanden onlogisch en zou men deze vervangen door 17 jaar en 11 maanden (meerderjarigheid). Bovendien is de instructie om te scoren in vergelijking met leeftijdsgenoten volgens hen moeilijk toe te passen op 'ADL': Ofwel kan het kind de activiteit verrichten, ofwel niet. Het is complex om dit ook nog te vergelijken met wat leeftijdsgenoten zouden kunnen. Dit kunnen we wel in rekening nemen bij de scoring of we kunnen aparte vragen stellen per leeftijdscategorie afhankelijk van welke activiteiten men op een bepaalde leeftijd al kan. In het laatste geval zou men bv. het onderscheid tussen 4 tot 6-jarigen en 7 tot 18-jarigen kunnen blijven volgen. Tot slot blijft het belangrijk om het perspectief van diverse actoren te betrekken (ook eventueel de school bv.) om een zo betrouwbaar mogelijk resultaat te verkrijgen. Soms kan een kind bv. zich flink voordoen omdat deze voelt dat hij/zij 'getest' wordt waardoor er een vertekening ontstaat in de score. Daarom is het belangrijk de verschillende perspectieven te combineren.

De antwoordcategorieën van 'ADL' werden in de nieuwe versie vereenvoudigd tot 0 ('zelfstandig of slechts hulp bij het klaarzetten') en 1 ('toezicht of lichamelijke hulp'). De indicatiestellers oordelen dat de keuze 0 of 1 weinig nuances toelaat en dat er heel vaak een score 1 gegeven kan worden. Eén groep opteert in de plaats daarvan voor 0 'zelfstandig', 1 'slechts hulp bij het klaarzetten of toezicht' en 2 'lichamelijke hulp of inhoudelijke begeleiding noodzakelijk'; een andere groep zou een gelijkaardige

---

<sup>17</sup> Door ervaring en opleiding leren indicatiestellers om situaties te onderscheiden waarin moeders bv. aangeven dat hun kind (zogezegd) iets niet kan en dus alles in de plaats van het kind doen (terwijl het kind het feitelijk wel kan) van deze situaties waarin de moeders dit eveneens beweren maar het kind het ook effectief niet kan.

scoring gebruiken als deze in de bel-foto, namelijk 0 'zelfstandig', 1 'toezicht/moeite', 2 'hulp' en 3 'totale afhankelijkheid'. Verder hangt bij ADL veel af van de leeftijd van het kind. Zo wordt de impact op de zorgbelasting veel groter naarmate het kind ouder is. De indicatiestellers stellen voor om dit eventueel te bevragen in de module 'Zorgintensiteit'. Verder formuleerden de experts enkele opmerkingen bij specifieke ADL-items. Bij het item 'kleden' staat niets over het al dan niet zelf kunnen kiezen welke kledij wordt aangetrokken en over het klaarleggen van die kledij. De experts vragen zich of dit aspect moet aangevuld worden bij ADL of dat het eerder thuishoort bij 'initiatief' of 'cognitie'. Bij het item 'zich verplaatsen' staat niets over transfers in en uit de rolstoel wat zou kunnen worden toegevoegd. Bij het item 'eten' staat momenteel tussen haakjes vermeld: 'ongeacht de vaardigheid'. De indicatiestellers vinden daarentegen ook de vaardigheid belangrijk om te beoordelen.

Bij 'Cognitie' is volgens enkele experts een opsplitsing van leeftijd van belang om een correcte inschaling te maken. Men beklemtoont opnieuw voornamelijk de nood aan een goede handleiding met voorbeelden, een omschrijving van de normale ontwikkeling... Zoals hierboven geschetst vragen enkele indicatiestellers zich af of het 'nemen van initiatief', bv. met betrekking tot het kunnen klaarleggen van kledij, onder 'Cognitie' valt.

Voor 'Communicatie' merken de experts zowel plenair als in kleinere groepjes op dat zowel bij de communicatieve vaardigheid van 'Uiting' als bij deze van 'Begrip' een onderscheid gemaakt moet worden tussen vertrouwde personen en anderen. Ouders verstaan hun kinderen soms beter dan dat buitenstaanders dit doen. Bij bijvoorbeeld SMOG (spreken met ondersteuning van gebaren) of gebarentaal is het heel goed mogelijk dat een kind zich perfect duidelijk kan maken en dat deze zijn ouders, broers en zussen begrijpt omdat iedereen in het gezin SMOG of gebarentaal kent. Voor anderen is het kind daarentegen niet zo verstaanbaar. Een vraag die daarbij aansluit is hoe de Screener de zorgzwaarte meet die veroorzaakt wordt door problemen op het vlak van non-verbale communicatie. Ook hier dient het instrument rekening mee te houden bij de bepaling van de zorgzwaarte.

Een groep experts zou de ouders zelf de 'Gedragsproblemen' laten benoemen in plaats van een lijst voor te leggen met problematische gedragingen. De opgenomen gedragingen zijn allemaal zeer negatief (of meteen in de ergste vorm omschreven) naar anderen en de buitenwereld toe waardoor de extra zorg die door mildere problematische gedragingen ontstaat, niet in rekening wordt genomen. Het lijkt bovendien beter om de omschrijving 'viel seksueel lastig' (bij 'lichamelijk lastigvallen') te vervangen door 'geen remmingen hebben of grensoverschrijdend gedrag'. 'Gooien met eten of feces' (bij sociaal ongepast of storend gedrag) zouden de experts vervangen door 'gooien met voorwerpen'<sup>18</sup>. Daarnaast handelt dit deel voornamelijk over gedrag dat storend is voor anderen. Er bestaan daarentegen ook gedragingen die problematisch zijn maar waar anderen weinig of geen last van hebben (bv. stereotype gedragingen, zich afzonderen, zich isoleren, geen contact maken, automutilatie, panikeren in nieuwe situaties, niet weten wat te doen in onbekende situaties en het stille, teruggetrokken, passief en initiatiefloos gedrag...). Men stelt voor om deze vorm van destructief gedrag ten opzichte van zichzelf ook te includeren (naast destructief gedrag ten aanzien van eigendom). Bovendien zijn een aantal items moeilijk bespreekbaar omdat ze heel specifiek bevestigd worden, in aanwezigheid van het kind/de jongere (bijvoorbeeld een 16-jarige met een ernstige gedragsproblematiek). Een aantal indicatiestellers

---

<sup>18</sup> Dit laatste (namelijk gooien met objecten) staat momenteel opgenomen bij het item 'destructief gedrag ten aanzien van eigendom'.

zijn op zoek naar goede handvaten om het gesprek hierover aan te gaan. Is het bv. een goed idee om daarover even apart met de ouders te spreken?

Sommige deelnemers vinden het vreemd dat vragen rond aandacht en hyperactiviteit werden toegevoegd, terwijl andere vragen niet aan bod komen. Bovendien is het onderscheid met de module 'Gedragssymptomen' niet altijd even duidelijk. Zo kunnen 'moeite om zijn beurt af te wachten' en 'onderbreekt' zowel impulsief (F) als sociaal ongepast gedrag (E) zijn.

Volgens een expert werd de context in de eerste versie niet bevraagd, en in de tweede versie slechts beperkt, namelijk bij de module 'Sociale relaties'. De eerste vraag ('Niet naar school kunnen gaan omwille van zware chronische behandeling, verblijf in instelling voor bijzonder onderwijs, ziekenhuisschool, regelmatig of langdurig verblijf in het ziekenhuis') is verwarrend omwille van twee redenen. Ten eerste bevat deze een ontkenning waardoor de scoring dubbelzinnig is. Ten tweede verwijst de vraagstelling naar 'niet school kunnen gaan' en daarnaast naar 'verblijf in instelling voor bijzonder onderwijs' maar bijzonder onderwijs is ook onderwijs. Deze vraag dient duidelijker gesteld te worden. Dit kan bv. door de antwoordcategorieën aan te passen. Verder stelt iemand de vraag of men voor bijzonder onderwijs niet altijd verhoogde kinderbijslag krijgt. De meningen hierover zijn verdeeld maar het lijkt logischer dat de ernst en zwaarte van de problemen het uitgangspunt zijn. Het is raadzaam om contact op te nemen met de ontwikkelaars van de medisch-sociale schaal om deze schaal beter te kunnen includeren. Het tweede item 'De sociale relaties zijn gestoord omwille van zware gedragsstoornissen, mentale, zintuiglijke, neuromotorische of lichamelijke aandoeningen' is wel duidelijk voor indicatiestellers. De module 'Sociale relaties' kan niet worden gescoord over de termijn van de laatste drie dagen. Iemand stelt voor om deze termijn dan ook uit de gehele Screener te verwijderen. Tot slot dienen ook sociale relaties in kaart te worden gebracht die betrekking hebben op participatie in de samenleving. Hierbij suggereert men om een onderscheid te maken tussen interne gezinsrelaties en externe relaties met de ruimere familie en omgeving. Bij kinderen zijn daarbij onderwijs (inclusief of buitengewoon, ziekenhuisschool, Bednet of niet) en vrije tijd belangrijk.

Enkele indicatiestellers hebben moeite met de formulering van de module 'Zorgintensiteit', meer bepaald met de 'noodzaak tot thuisblijven of onderbreken van beroepsbezigheden door één van de ouders voor verzorging van het kind'. Het moet duidelijk zijn dat het de *noodzaak* is die de score bepaalt en niet het feit of ouders effectief hun beroepsbezigheden onderbreken. Het kan immers effectief nodig zijn dat ouders thuisblijven maar dit omwille van financiële redenen niet kunnen. Zij zoeken dan misschien een oplossing door grootouders, burens en kennissen in te schakelen. Enkele experten vinden het belangrijk om dit uitgebreider te bevragen. Het kan zinvol zijn om hier ook een ruimte te voorzien waar de situatie kan beschreven worden. Hoe regelen gezinnen dit? Welke mantelzorg wordt ingeschakeld? Een factor die weegt op gezinnen is vaak ook de noodzaak om 'chauffeur' te spelen. Waar andere opgroeiende kinderen steeds meer zelfstandig worden in hun mobiliteit, geldt dit niet voor kinderen met een beperking of zieke kinderen. Niet alleen toezicht, maar ook begeleiding van en naar school, vrije tijd, onderzoeken en therapie blijven nodig en vergroten de zorgzwaarte. Volgens één niet-indicatiesteller kan de hele Screener - bij wijze van spreken - vervangen worden door de vraag 'Kun je de zorg aan?' Met andere woorden, ouders die minder draagkracht hebben en dit aangeven, zouden volgens deze expert meer recht moeten hebben op een financiële tegemoetkoming van hun extra zorg dan zij die meer draagkracht hebben. Anderzijds zijn er dan ouders die er misschien geen recht op hebben net omdat ze extra inspanningen doen. Een indicatiesteller antwoordt daarop dat het instrument in eerste instantie van het kind dient te vertrekken en dat op basis daarvan kan worden ingeschat wie financieel wordt ondersteund omwille van de extra zorg die men dient op te nemen.

Daarnaast vraagt men zich af wat er dient te gebeuren met het onderscheid tussen fysieke en mentale belasting en hoe dit een impact kan hebben op de financiële belasting. Ook heeft de zorgzwaarte vaak een impact op het hele gezinsleven en dus ook de zorg voor andere kinderen in het gezin. Qua scoring stijgt de zorgintensiteit op vlak van ADL-ondersteuning met de leeftijd van het kind. Het lijkt dan ook logisch dat dit bij oudere kinderen meer gaat doorwegen in de weging van de scores. Een niet-indicatiesteller dacht eraan om de antwoordcategorieën van deze module ('ja' of 'nee') te vervangen door schalen van 0 tot 10. Een indicatiesteller waarschuwde daarentegen dat op die manier de scores zullen verschillen tussen de indicatiestellers.

### 3.1.3.4 Scoring

De experts wijzen er herhaaldelijk op dat de uiteindelijke handleiding zeer belangrijk zal zijn om een zo uniform mogelijke beoordeling te realiseren. De indicatiestellers benadrukken dat zij weinig ervaring hebben met kinderen en daarom onzeker zijn. Het is van belang ook te overwegen om per leeftijdscategorie bepaalde scores anders te coderen zoals bij ADL en zorgintensiteit. Tot slot merkt iemand op dat een groot aantal vragen handelt over het gedragsmatige (10 vragen) waardoor daar meer variantie (spreiding) kan ontstaan in de scores. Deze persoon vreest dat op die manier het risico bestaat dat bepaalde onderdelen (bv. 3 vragen cognitie waarvan 2 vragen met als antwoordcategorieën 0 - 1) onvoldoende zullen wegen in de totaalscore.

### 3.1.4 Antwoorden van de onderzoekers op de bevindingen uit het tweede expertenpanel

De experts gaven aan dat de handleiding dient te vermelden wat een 4-jarige kan en niet kan. Het lijkt moeilijk om dit te beoordelen en te vergelijken met andere kleuters. We merken op dat als de 4-jarige naar school gaat, ouders wellicht wel een vergelijking kunnen maken met andere kleuters; indien deze niet naar school gaat is dit al een teken aan de wand (de zorgbehoefte zal wellicht groot zijn).

In de aangepaste testScreener (Bijlage 5) verwijderen we bij de module 'Vooraf' de instructie om het functioneren te beoordelen in vergelijking met leeftijdsgenoten om verwarring te vermijden bij de scoring. De gedragingen uit de Screener zouden in principe allemaal vanaf 4 jaar gesteld moeten kunnen worden. Wel zullen we bij de scoring rekening houden met mogelijke verschillen tussen leeftijdscategorieën op enkele vlakken (bv. baden, persoonlijke hygiëne...). We voegen toe dat informatie van meerdere bronnen verzameld dient te worden, bv. van het kind/de jongere, ouders/belangrijkste mantelzorger, hulpverleners, school en anderen. Bovendien beperken we de leeftijdscategorie tot 18 jaar (i.p.v. 18 jaar en 11 maanden) om ook de continuïteit met de Screener voor volwassenen te bewaken. En bij de titel van module F voegen we 'het gebrek aan interesse' toe.

Voor de 'Communicatie' module verduidelijken we in de handleiding de scoring van 'Uiting'. Het gaat hier over het vermogen van het kind/de jongere, dit verschilt niet altijd naargelang de setting. Mocht er toch een verschil optreden naar bv. de uiting t.o.v. ouders en anderen, telt het hoogste niveau van functioneren aangezien het *vermogen* wordt beoordeeld. Hetzelfde geldt voor 'Begrip', daarvan wordt eveneens de vaardigheid beoordeeld.

Voor de module 'Gebrek aan interesse, gebrek aan aandacht en hyperactiviteit' kunnen twee items uit de interRAI instrumenten worden geselecteerd. In het volgende (derde) expertenpanel stemmen we af welke items uit de onderstaande lijst hiervoor het meest geschikt zijn:

- a. Lack of interest in social interaction
- b. Lack of motivation — Absence of spontaneous goal-directed activity

- c. Expressions, including nonverbal, of a lack of pleasure in life (anhedonia) — e.g., “I don’t have fun anymore”; gloomy during favourite activities
- d. Withdrawal from activities of interest — e.g., long-standing activities, being with family/friends.

Wat betreft de module ‘Sociale relaties’ zijn onderstaande items mogelijke toevoegingen of wijzigingen die te bespreken zijn tijdens het derde expertenpanel:

1. Kan het kind/de jongere naar de opvang of school zoals andere kinderen van dezelfde leeftijd?
  0. Nee
  1. Ja
2. Hoe lang kon het kind/de jongere gemiddeld het afgelopen jaar niet naar de opvang of school gaan?
  0. Minder dan twee weken
  1. Twee of drie weken
  2. Eén maand
  3. Meer dan één maand
3. Betrokkenheid in gestructureerde activiteiten gedurende de laatste 90 dagen.
  - a. **Extra curriculum lessen** — Elke les buiten de school, bijvoorbeeld naschoolse muzieklessen, yogalessen.
    0. Nee
    1. Ja
  - b. **Vrijwilligersactiviteit** — Het kind of de jongere verleende diensten zonder compensatie tijdens de laatste 90 dagen, bv. een dienst voor de gemeenschap, een programma, of in groep. Merk op dat het kind of de jongere ingezet kan worden en diensten kan verlenen als vrijwilliger.
    0. Nee
    1. Ja
  - c. **Georganiseerd programma in een club of team** — Het kind of de jongere behoort tot een georganiseerde club of team op schoolse basis of op gemeenschapsbasis (bv. voetbal, scouts) en woont deze regelmatig bij.
    0. Nee
    1. Ja

Voor de module ‘Zorgintensiteit’ maken we een onderscheid tussen 4 tot 6-jarigen en 7 tot 18-jarigen. De volgende items zijn mogelijke toevoegingen of wijzigingen die te bespreken zijn tijdens het derde expertenpanel:

**4-6 jaar**

1. Noodzaak tot thuisblijven, noodzaak tot het onderbreken/verminderen van de beroepsbezigheden door één van de ouders of noodzaak tot het inschakelen van andere mantelzorgers voor verzorging van het kind/de jongere.
  0. Nee
  1. Ja

**7-18 jaar**

1. Er is meer toezicht en begeleiding noodzakelijk dan voor een ander kind van dezelfde leeftijd.
  0. Nee
  1. Ja
  
2. Ondanks speciale inspanningen van de ouders zijn normale jeugdbeweging en sportactiviteiten moeilijk of onmogelijk (bv. aangepast vakantieverblijf).
  0. Nee
  1. Ja
  
3. Noodzaak tot thuisblijven, noodzaak tot het onderbreken/verminderen van de beroepsbezigheden door één van de ouders of noodzaak tot het inschakelen van andere mantelzorgers voor verzorging van het kind/de jongere.
  0. Nee
  1. Ja

### 3.1.5 Bevindingen uit het derde expertenpanel

De experten gaven hun suggesties en ideeën met betrekking tot de aanpassingen aan de Screener. Tijdens het expertenpanel kwamen de volgende rubrieken aan bod:

1. Inhoudelijke bemerkingen en suggesties bij de aangepaste testversie van de BelRAI Screener voor kinderen
2. Andere bemerkingen en suggesties gerelateerd aan de BelRAI Screener voor kinderen

#### 3.1.5.1 *Inhoudelijke bemerkingen en suggesties bij de aangepaste ontwerpversie van de BelRAI Screener voor kinderen*

In het algemeen merkt men op dat het woord 'episodes' moeilijk te verstaan of te interpreteren is en op verschillende plaatsen in de Screener kan worden aangepast.

Wat betreft de module 'Vooraf', geeft iemand aan dat bij module F 'Vertoont het kind/deze jongere een gebrek aan interesse, gebrek aan aandacht of hyperactiviteit?' verwarring kan ontstaan over of het nu over een gebrek aan of over de aanwezigheid van hyperactiviteit gaat.

De indicatiestellers kwamen samen met de onderzoekers tot het besluit om voor de testfase de meest genuanceerde schaal met 8 antwoordcategorieën te gebruiken ter scoring van 'ADL'. Deze laat het meest ruimte toe voor nuancering. Indien deze scoring te moeilijk blijkt, kan achteraf nog naar een alternatief<sup>19</sup> worden gekeken. Daarnaast dient wel verduidelijkt te worden wat men bv. beschouwt als het uitvoeren van 50% van de subtaken. Bovendien merkt men op dat de omschrijving van het item 'eten' (ongeacht de vaardigheid) nog onduidelijk blijft en dat kinderen van 4 jaar nog niet altijd kunnen baden en kunnen instaan voor hun persoonlijke hygiëne.

Bij de module 'Cognitie' merkt men op dat het belangrijk is om duidelijke voorbeelden te voorzien om dit goed te kunnen inschatten. Zo geeft iemand aan dat deze tijdens het gesprek op een ongedwongen

---

<sup>19</sup> Een mogelijk probleem bij de scoring aan de hand van twee antwoordcategorieën kan zijn dat men voor kinderen onder de 7 jaar altijd 'toezicht of lichamelijke hulp' zal scoren, ook indien het kind geen extra zorgbehoefte heeft.



manier kan vertellen dat deze graag pannenkoeken eet en later tijdens het gesprek opnieuw kan vragen wat deze weer graag at.

Bij 'Communicatie' blijft de vraag bestaan hoe rekening kan worden gehouden met het feit dat bepaalde kinderen wel goed kunnen communiceren met bijvoorbeeld hun ouders, maar niet met anderen.

Voor de 'Gedragssymptomen' merken de indicatiestellers op dat zichzelf verwonden eventueel kan vallen onder 'lichamelijk lastigvallen' maar dat dit duidelijk zou moeten staan omschreven in de handleiding. Daarnaast geven enkele niet-indicatiestellers aan dat ze de items nogal sterk negatief verwoord vinden. Ze zouden bij 'verbaal geweld' de omschrijving herschikken ('bv. schreeuwde of vloekte tegen hen, bedreigde anderen' in plaats van 'bv. bedreigde anderen, schreeuwde of vloekte tegen hen'). In de handleiding zouden de indicatiestellers aangeven dat dit best apart wordt gevraagd aan de ouders of schriftelijk wordt ingevuld door de ouders. De niet-indicatiestellers geven aan dat dat artificieel overkomt voor het kind/de jongere en dat – indien het mogelijk is volgens een inschatting van de indicatiesteller – dit ook bevestigd kan worden in het bijzijn van het kind/de jongere. De handleiding dient volgens hen dus duidelijk te vermelden dat bij voorkeur het gevraagd wordt in het bijzijn van het kind, maar indien dat niet aangewezen is, dat men dit afzonderlijk bevestigd (of schriftelijk).

We voegden vier items toe aan de module 'Hyperactiviteit, gebrek aan aandacht en gebrek aan interesse' om 'anhedonie' in kaart te brengen. Twee daarvan dienen daaruit geselecteerd te worden om de lengte van het instrument te bewaken. De indicatiestellers komen overeen dat 'gebrek aan motivatie' en 'uitingen, ook non-verbale-, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie)' daartoe de meest geschikte items zijn. Een indicatiesteller geeft aan dat deze module bestaat uit vrij veel specifieke, afzonderlijke items. Deze vreest dat niet alle gedragingen in een open gesprek naar voren zullen komen. Een andere indicatiesteller geeft -op basis van ervaring met analoge items uit het zorgzwaarte instrument- aan dat dit wel haalbaar is om af te nemen en dat de meeste ouders 'nee' zullen scoren bij de vraag F in de module 'Vooraf'. Tot slot maakt deze rubriek geen onderscheid in de plaats waar het gedrag zich voordoet (bv. op school of thuis).

Verder zijn er nog enkele onduidelijkheden bij de module 'Sociale relaties' volgens de experts. Zo is het onduidelijk of met de vraag 'Kan het kind/de jongere naar de opvang of school zoals andere kinderen van dezelfde leeftijd?' ook verwezen wordt naar bijzonder onderwijs. De antwoordcategorieën van de tweede vraag ('Hoe lang kon het kind/de jongere gemiddeld het afgelopen jaar niet naar de opvang of school gaan?') zou men vervangen door 'minder dan één maand' of 'één maand of meer'. Volgens een niet-indicatiesteller kunnen cijfers over absentisme op school worden opgevraagd om meer inzicht te krijgen vanaf welke duur van afwezigheid er echt een probleem is. Voor de lagere school zou dat volgens ons kunnen lukken, voor de kleuterschool ligt dat iets moeilijker omdat jonge peuters soms nog halve dagen naar huis gaan. Daarnaast werd aangehaald dat bv. in het geval van kanker de score vertekend kan zijn. Een regelmatige herscoring bij die groep kan dit probleem verhelpen. Voor de derde vraag 'De sociale relaties zijn gestoord omwille van zware gedragsstoornissen, mentale, zintuiglijke, neuromotorische of lichamelijke aandoeningen', stellen de indicatiestellers opnieuw voor de antwoordcategorieën te vereenvoudigen door 'ja' en 'nee' en het woord 'zware' te verwijderen uit de vraag. Tot slot werd op basis van de interRAI instrumenten een schaal toegevoegd die de betrokkenheid in kaart brengt in gestructureerde activiteiten (tijdens de laatste 90 dagen). Hierbij stellen beide groepen experts voor om de items 'extra curriculum lessen' en 'georganiseerd programma in een club of team' samen te voegen. Bovendien dient hierbij vermeld te worden dat men niet aan deze activiteiten kan deelnemen door gezondheidsproblemen (en dus niet bv. uit een gebrek aan interesse of omwille van financiële redenen) en maakt men best een onderscheid tussen activiteiten in het gewone circuit of in het circuit dat aangepast is aan mensen met beperkingen.

Wat betreft de 'Zorgintensiteit' geeft een expert uit de tweede groep aan dat hierbij duidelijk moet zijn dat het over informele zorg door de ouders gaat en niet deze van bv. hulpverleners. Daarnaast gaf een indicatiesteller aan dat uit de omschrijving bij 'bestendig toezicht', namelijk 'kan geen ogenblik alleen gelaten worden' niet duidelijk is waar het kind alleen gelaten kan worden. Dit kan betekenen dat men alleen in het huis of alleen in een andere ruimte in huis wordt gelaten. Voor kinderen ouder dan 7 jaar, zijn er twee vragen rond toezicht die volgens de indicatiestellers kunnen worden samengevoegd, maar met andere antwoordcategorieën. Een niet-indicatiesteller zou bovendien starten met de meer algemene vraag rond begeleiding en toezicht en daarna de specifieke vraag naar hulp bij huiswerk stellen. Wat betreft de derde vraag 'Ondanks speciale inspanningen van de ouders zijn normale jeugdbeweging en sportactiviteiten moeilijk of onmogelijk (bv. aangepast vakantieverblijf)' stelt een indicatiesteller voor om het woord 'normale' te vervangen door het woord 'gewone'. Een niet-indicatiesteller geeft aan dat momenteel de Screener niet dekt of iemand meerdere keren per week naar therapie moet gaan (bv. revalidatiecentra, logopedist, kinesist, psycholoog...).

### 3.1.5.2 *Andere bemerkingen en suggesties gerelateerd aan de BelRAI Screener voor kinderen*

De niet-indicatiestellers geven aan dat ze bezorgd zijn dat de psychische moeilijkheden en gedragsymptomen te weinig zullen doorwegen bij de beoordeling. De scoring en de weging van alle items zal echter pas duidelijker worden na de testafname.

De indicatiestellers wijzen op mogelijke problemen met het beroepsgeheim bij het contacteren van scholen. De geest van de wet stelt echter dat er een gedeeld beroepsgeheim is en dat indicatiestellers zelf daar hun verantwoordelijkheid rond hebben. Ook kan men eventueel het bilan van de school opvragen bij de ouders. Een indicatiesteller vermeldt dat deze telkens een document laat ondertekenen door de ouders om informatie te mogen opvragen bij de huisarts of specialist.

Wat betreft de toepassingsmogelijkheden van de Screener voor andere doeleinden dan de bepaling van het recht voor de zorgverzekering (en bepaling of iemand een uitgebreide assessment nodig heeft), vrezende niet-indicatiestellers dat de indicatiestelling een alles of niets verhaal wordt waarbij een momentopname bepaalt of iemand recht heeft op bijvoorbeeld BOB en zorgverzekering. Het zal nodig zijn om bij kinderen sneller een tweede inschaling te voorzien. Vanuit de overheid wenst men mogelijk tot één instrument te komen omwille van administratieve vereenvoudiging.

### 3.1.6 *Antwoorden van de onderzoekers op de bevindingen uit het derde expertenpanel*

In deze paragraaf lichten we de keuzes toe die we maakten op basis van het derde expertenpanel. We bespreken daarbij zowel wijzigingen aan de Screener (Bijlage 6) als aan de handleiding.

In de gehele Screener wordt het woord 'episodes' vervangen door het woord 'voorvallen'.

Bij de module 'Vooraf' veranderen we de vraag van module F in 'Vertoont het kind/deze jongere hyperactiviteit, een gebrek aan aandacht of een gebrek aan interesse?'

Voor de testfase zal de Screener de ADL-versie met de uitgebreide scoring met 8 antwoordcategorieën bevatten.

Voor de module 'Gedragsymptomen' herschikken we de voorbeelden van 'verbaal geweld' naar 'bv. schreeuwde of vloekte tegen hen, bedreigde anderen'.

Wat betreft de module over 'Sociale relaties' wordt aan de eerste vraag 'Kan het kind/de jongere naar de opvang of school zoals andere kinderen van dezelfde leeftijd?' toegevoegd dat het kind/de jongere naar school, inclusief bijzonder onderwijs, kan gaan. De antwoordcategorieën van de tweede vraag ('Hoe lang kon het kind/de jongere gemiddeld het afgelopen jaar niet naar de opvang of school gaan?')

vereenvoudigen we door de huidige categorieën te vervangen door ‘minder dan één maand’ of ‘één maand of meer’. Voor de derde vraag ‘De sociale relaties zijn gestoord omwille van zware gedragsstoornissen, mentale, zintuiglijke, neuromotorische of lichamelijke aandoeningen’, vereenvoudigen we de antwoordcategorieën tot ‘ja’ en ‘nee’ en wordt het woord ‘zware’ verwijderd uit de vraag. Verder voegen we de items ‘extra curriculum lessen’ en ‘georganiseerd programma in een club of team’ samen. Voor de antwoordcategorieën van deze items maken we een onderscheid tussen al dan niet kunnen deelnemen aan activiteiten wegens gezondheidsproblemen (en dus niet uit een gebrek aan interesse of omwille van financiële redenen) en tussen activiteiten in het gewone circuit of in het circuit dat aangepast is aan mensen met beperkingen.

Wat betreft de module ‘Zorgintensiteit’ veranderen we de titel in ‘Zorgintensiteit voor de ouders of andere mantelzorgers’. We voegen toe dat ‘Het op geen enkel ogenblik alleen gelaten kunnen worden’ verwijst naar het alleen laten binnen een andere ruimte in het huis (en dus niet naar alleen in het huis zijn). Bij de vragen voor kinderen boven de 7 jaar, voegen we de vragen rond begeleiding en toezicht samen in één nieuwe vraag met verschillende antwoordcategorieën. Bovendien geven we daarbij aan dat het gaat over andere dagdagelijkse activiteiten dan huiswerk maken en stellen we deze vraag voordat we de vraag naar hulp bij huiswerk stellen. Wat betreft de vraag ‘Ondanks speciale inspanningen van de ouders zijn normale jeugdbeweging en sportactiviteiten moeilijk of onmogelijk (bv. aangepast vakantieverblijf)’ vervangen we het woord ‘normale’ door het woord ‘gewone’. We voegen een vraag toe naar de extra inspanningen die geleverd worden om het kind naar therapieën te brengen.

Voor de wijzigingen in de handleiding vermelden we in de module ‘Vooraf’ dat best verschillende bronnen geraadpleegd worden zodat bij minder mondige ouders, eventueel andere bronnen de nodige informatie kunnen aanleveren.

Wat betreft ‘ADL’ geven de experts uit de tweede groep aan dat kinderen van 4 jaar nog niet altijd kunnen baden en kunnen instaan voor hun persoonlijke hygiëne. In de handleiding dient daarom verduidelijkt te worden hoe dit juist gescoord dient te worden. Bovendien dient de handleiding te verduidelijken wat men beschouwt als het uitvoeren van 50% van de subtaken (wat één van de antwoordcategorieën is van ADL).

De handleiding dient ook duidelijk te vermelden dat gedragssymptomen bij voorkeur gevraagd worden in het bijzijn van het kind, maar indien dat niet aangewezen lijkt, dat men dit afzonderlijk bevroegt (of schriftelijk). We merken op dat dit wellicht anders zal zijn voor een 16 of 17-jarige dan voor een 5-jarige. Bovendien vermelden we expliciet in de handleiding dat deze rubriek geen onderscheid maakt tussen de plaatsen waar het gedrag zich voordoet (bv. op school of thuis).

### **3.2 Eerste stuurgroep en expertenpanel met vertegenwoordigers van de agentschappen van de overheid**

We bespreken hierbij per module de suggesties van de leden van de stuurgroep tijdens hun eerste bijeenkomst. Een algemene opmerking was of een afnametijd van 1 uur wel volstaat om deze Screener te kunnen invullen.

Voor de module ‘Vooraf’ met de algemene ja/nee vragen merkt iemand op dat het belangrijk is dat het kind bij de afname van de Screener aanwezig is en minstens een gedeelte van de tijd geobserveerd kan worden. Daarnaast werd de vraag gesteld of iedereen wel weet wat cognitieve problemen zijn. Het instrument is bedoeld voor indicatiestellers die deze term kennen. Zij vragen dit niet letterlijk op deze manier aan de ouders en herformuleren het in hun eigen bewoordingen.

Wat betreft 'ADL' benadrukt men het belang van een handleiding die goed verduidelijkt welke de nuances zijn tussen de antwoordcategorieën. Daarnaast merkt iemand op dat het item 'Zich verplaatsten' momenteel nog te beperkt is aangezien het enkel verplaatsing tot dezelfde verdieping betreft.

Met betrekking tot 'Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming' lijkt het dat dit item twee dimensies bevat, namelijk: de kwaliteit van de beslissingen en de nood aan toezicht bij het nemen van beslissingen. In de handleiding zal duidelijk omschreven dienen te worden hoe dit item best geïnterpreteerd wordt. Zo kan een kind bv. een beslissing nemen om de weg over te steken zonder te kijken, maar is deze beslissing niet veilig en is met andere woorden toezicht nodig.

Bij 'Gedragssymptomen' wordt momenteel enkel verwezen naar 'acting out' gedrag; 'acting in' gedragingen (bv. terugtrekken) komen minder aan bod<sup>20</sup>. Het is belangrijk om in de testfase na te gaan of dat een aspect is dat wordt gemist. Ook geeft iemand aan dat de voorbeelden bij sociaal ongepast of storend gedrag allemaal nogal verbaal (bv. "schreeuwde tijdens de les, lawaai, gilde") zijn en overlap vertonen met verbaal geweld.

Verder merkt iemand op dat naast 'hyperactiviteit' ook 'hypo-activiteit' in de titel van module F geïncorporeerd dient te worden.

Wat betreft 'Sociale relaties' kan meer inspiratie worden geput uit de ZZI-instrumenten voor kinderen en uit de Bayley schalen voor adaptief gedrag (Baar et al., 2014; Bayley, 2006). Wat betreft de eerste vraag rond sociale relaties kunnen bijkomende antwoordcategorieën beter differentiëren. Zo zou men aangeven dat het kind naar het gewone onderwijs/gewone kinderopvang of naar bijzonder onderwijs/inclusieve kinderopvang kan gaan. Bij de vraag over 'verstoorde sociale relaties' merkt iemand op dat het woord 'mentale' niet duidelijk is omdat dit soms verwijst naar intellectuele en soms naar psychische/psychiatrische beperkingen. Ook het 'neurologische' aspect kan naast het 'neuromotorische' aspect worden opgenomen in de lijst. In de vragen over betrokkenheid in gestructureerde activiteiten is het woord 'extra curriculum' wat verwarrend. Dit kan bv. vervangen worden door 'buitenschools'. Daarnaast vermeldde iemand dat het woord 'beperkingen' verwijst naar iedereen en dus onvoldoende differentieert van handicap. Men geeft aan dat dit woord vervangen zou kunnen worden door 'gezondheidsproblemen/handicap/beperkingen'. Wat betreft 'vrijwilligers-activiteit' vindt men dat er verwarring kan ontstaan over één reden die niet gerelateerd is aan de gezondheid (namelijk 'geen financiële middelen'). Men stelt voor om dit te vervangen door 'organisatorische redenen'.

Voor 'Zorgintensiteit' stelden de leden van de stuurgroep in vraag of het onderscheid tussen 4-6-jarigen en 7-18-jarigen niet verder gedifferentieerd dient te worden (naar bv. 7-12-jarigen en 12-18-jarigen). Het onderscheid werd echter gemaakt op basis van de onderverdeling in de medisch sociale schaal. Wat betreft de 'specifieke hulp en toezicht nodig voor huiswerk' dient nog duidelijker te zijn dat dit effectief over extra/andere hulp bij het maken van huiswerk gaat dan de gewoonlijke hulp. Verder kan bij de vraag 'Hoe vaak de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie gaan?' best worden toegevoegd dat ook naar 'therapie vervangende activiteiten' gegaan kan worden zoals sportactiviteiten die maken dat minder therapie sessies nodig zijn door bijvoorbeeld met het kind te gaan zwemmen, fietsen, wandelen of hypotherapie. Het gaat dus over het trainen van vaardigheden van het kind wat

---

<sup>20</sup> Zie hiervoor wel naar 'gebrek aan motivatie' en 'uitingen -ook non-verbale- van een gebrek aan plezier in het leven'.

kan via een therapeut of door ouders die er extra energie in steken. Tot slot zou men in de handleiding aangeven wat de normale intensiteit van zorg is die kan verwacht worden voor een kind uit het desbetreffende leeftijdsbereik.

### **3.3 Interview met een expert in het domein**

We herwerkten de Screener en handleiding op basis van de suggesties uit de stuurgroep en gingen daarmee ten rade bij een expert in het domein. Tijdens het interview met de expert kwam naar voren dat niet alle beschreven activiteiten kunnen gesteld worden door een 4-jarige. Uit de scoring zal moeten blijken welke handelingen bijvoorbeeld automatisch toezicht vereisen bij elke 4-jarige. Ook vrijwilligersactiviteit zal niet voorkomen bij 4-jarige en dus anders dienen door te wegen bij de scoring.

De expert bevestigde de relevantie van de modules 'Vooraf', 'ADL' en 'Cognitie' en had geen bijkomende suggesties hiervoor.

Wat betreft 'Communicatie' vroeg de expert zich af of deze module voldoende genuanceerd is en er na de test misschien zal uitvallen omdat deze sterk gelinkt kan worden aan de andere modules en dus overbodig wordt.

Voor de 'Gedragssymptomen' raadt de expert aan ook destructief gedrag ten opzichte van zichzelf toe te voegen. Daarom voegden we aan de Screener een nieuw item toe dat pogingen tot zelfverwonding in kaart brengt. Of dit item moeilijk te bevragen zal zijn door de indicatiestellers, zal later moeten blijken uit de testfase.

De titel van de module 'Hyperactiviteit, hypoactiviteit, gebrek aan aandacht en gebrek aan interesse' is te lang en te ingewikkeld volgens de expert. Zij zou deze vervangen door de titel 'Aandacht en interesse'. Daarnaast merkt ze op dat slaapmoeilijkheden en de impact daarvan op de slaap van de ouders eveneens belangrijk zijn in het bepalen van de zorgzwaarte. Vandaar dat we bij deze module twee items toevoegen om moeilijkheden bij het slapen te kunnen beoordelen.

De titel 'Sociale relaties' dekt eveneens niet alle items van deze module. Vandaar dat deze vervangen wordt door 'sociale participatie'. Ook suggereert deze expert een item toe te voegen om na te gaan of een kind naar buitenschoolse opvang kan gaan.

Tot slot zou deze expert de titel 'Zorgintensiteit voor ouders en/of andere mantelzorgers' vervangen door 'Extra zorg voor ouders en/of andere mantelzorgers' om te beklemtonen dat het over de extra zorg gaat bovenop de standaard zorg. Ook zou ze mee in rekening nemen dat een kind bv. niet met de fiets van thuis naar school kan door zijn/haar beperking terwijl een ander kind van dezelfde leeftijd dit wel zou kunnen. Dit voorbeeld voegen we dan ook toe aan de handleiding (bij 'Is meer toezicht en begeleiding bij dagdagelijkse activiteiten noodzakelijk dan voor een ander kind van dezelfde leeftijd?').

## **4 Conclusie**

Op basis van deze fase komen we tot de finale testversie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren die op de volgende bladzijden te vinden is.

## BelRAI Screener kinderen: testversie

Aan de hand van deze Screener schaaft u het functioneren van kinderen/jongeren (4-18 jaar) in. Verzamel informatie van meerdere bronnen, bv. van het kind/de jongere, ouders/belangrijkste mantelzorg, hulpverleners, school en anderen.

### MODULE A. VOORAF

#### A1. Geslacht

1 Man                      2 Vrouw

#### A2. Leeftijd

jaar

### MODULE B. ADL

Heeft dit kind/deze jongere problemen met activiteiten van het dagelijks leven (baden, persoonlijke hygiëne, kleden boven, kleden onder, zich verplaatsen, toiletgebruik of eten)?

- JA, vul de onderstaande vragen in. Ga erna verder naar module C.  
 NEE. Ga verder naar module C.

Codeer het ADL-functioneren rekening houdend met alle situaties waarin de activiteit zich in de LAATSTE 7 DAGEN heeft voorgedaan.

- Als de activiteit iedere keer op hetzelfde niveau wordt uitgevoerd, geef dan de ADL-score van dat niveau;
- Als de activiteit in 1 of meerdere situaties op niveau 6 maar andere keren minder afhankelijk (0-5) wordt uitgevoerd, geef dan een ADL-score van 5;
- Focus in de andere gevallen op de 3 meest afhankelijke situaties waarin de activiteit wordt uitgevoerd (of op alle situaties waarin de activiteit minder dan 3 keer wordt uitgevoerd). Als de meest afhankelijke situatie 1 is, geef dan een ADL-score van 1. Zo niet, geef de minst afhankelijke score uit de reeks van 2 t.e.m. 5.

- 0. **Zelfstandig** - Bij geen enkele activiteit fysieke hulp, klaarzetten of toezicht nodig;
- 1. **Hulp beperkt tot klaarzetten** - Voorwerp of apparaat bezorgd of binnen bereik geplaatst, bij geen enkele activiteit fysieke steun of toezicht nodig;
- 2. **Toezicht** - Toezicht of aanwijzingen geven;
- 3. **Beperkte hulp** – Fysiek helpen of fysiek ondersteunen bij het bewegen van ledematen;
- 4. **Uitgebreide hulp** – De jonge persoon voert zelf nog minstens 50% van de subtaken uit OF gewichtsondersteunende hulp (inclusief ledematen optillen) door 1 hulpverlener;
- 5. **Maximale hulp** – De jonge persoon heeft hulp nodig bij meer dan 50% van de subtaken OF gewichtsondersteunende hulp (inclusief ledematen optillen) door 2 hulpverleners;
- 6. **Totale afhankelijkheid** - Activiteit wordt altijd volledig door anderen uitgevoerd;
- 8. **Activiteit kwam niet voor.**

- B1a. Persoonlijke hygiëne** - Het zich wassen (bv. aan een lavabo, waskom), inclusief haar kammen, tandenpoetsen, wassen en afdrogen van gezicht en handen - NIET baden en douchen;
- B1b. Baden** - Het nemen van een bad of douche inclusief het in- en uitstappen EN hoe elk lichaamsdeel wordt gewassen (NIET rug en haar);
- B1c. Kleden boven** - Het aan- en uittrekken van alle kledingstukken (onder- en bovenkleden) boven het middel, ook prothesen, steungordels, ritsen, knopen, truien, ...;
- B1d. Kleden onder** - Het aan- en uittrekken van alle kledingstukken (onder- en bovenkleden) onder het middel, ook prothesen, steungordels, riemen, broeken, rokken, schoenen, ritsen, veters;
- B1e. Zich verplaatsen** - Het zich voortbewegen (wandelen of met rolstoel) van de ene plaats naar de andere op dezelfde verdieping. Bij gebruik van een rolstoel: zichzelf kunnen voortbewegen eens men in de rolstoel zit;

- B1f. Toiletgebruik** - Het gebruik van de toiletruimte (of toiletstoel, urinaal, bedpan) en het zichzelf reinigen na toiletgebruik of bij incontinentie, het vervangen van bedpan, het omgaan met stoma of katheter; kleren in orde brengen - NIET op een toilet(stoel) gaan en van een toilet(stoel) komen;
- B1g. Eten** - Het eten en drinken (ongeacht vaardigheid) inclusief de opname van voedsel op andere manieren (bv. sondevoeding, totale parenterale voeding).

### MODULE C. Cognitie

Heeft dit kind/de jongere cognitieve problemen?

- JA, vul de onderstaande vragen in. Ga erna verder naar module D.  
 NEE. Ga verder naar module D.

#### C1. Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming

0. **Zelfstandig** - Beslissingen zijn samenhangend, aanvaardbaar en veilig
1. **Gewijzigd zelfstandig** - Slechts in nieuwe situaties enige moeite
2. **Minimaal beperkt** - In specifieke, terugkerende situaties zijn aanwijzingen of toezicht nodig
3. **Matig beperkt** - Altijd aanwijzingen of toezicht nodig
4. **Ernstig beperkt** - Neemt zelden of nooit beslissingen
5. **Geen waarneembaar bewustzijn, coma**

#### C2. Geheugen/herinneringsvermogen

C2a. Kortetermijngeheugen - Schijnt/blijkt zich na 20-30 seconden nog te herinneren

0. **Geen geheugenprobleem**
1. **Geheugenprobleem**

C2b. Procedureel geheugen - Kan (bijna) alle stappen van een reeks taken uitvoeren zonder aanwijzingen.

0. **Geen geheugenprobleem**
1. **Geheugenprobleem**

### MODULE D. Communicatie

Heeft dit kind/deze jongere communicatieproblemen?

- JA, vul de onderstaande vragen in. Ga erna verder naar module E.  
 NEE. Ga verder naar module E.

#### D1. Uiting – zichzelf duidelijk maken

0. **Wordt begrepen** - Uit ideeën zonder moeite
1. **Wordt gewoonlijk begrepen** - Moeite om woorden te vinden of gedachten af te maken MAAR weinig of geen hulp nodig als voldoende tijd wordt gegeven
2. **Wordt vaak begrepen** - Moeite om woorden te vinden of gedachten af te maken EN gewoonlijk hulp nodig
3. **Wordt soms begrepen** - Vermogen beperkt tot het kenbaar maken van concrete verzoeken
4. **Wordt zelden of nooit begrepen**

#### D2. Begrip - anderen kunnen begrijpen

De inhoud van verbale informatie begrijpen (op welke manier dan ook; met hoorapparaat, indien gebruikt)

0. **Begrijpt** - Duidelijk begrip;
1. **Begrijpt gewoonlijk** - Mist een deel of de bedoeling van de boodschap, MAAR begrijpt het grootste gedeelte van het gesprek;
2. **Begrijpt vaak** - Mist een deel of de bedoeling van de boodschap, MAAR kan het grootste gedeelte van het gesprek vaak begrijpen mits herhaling of uitleg;
3. **Begrijpt soms** - Reageert alleen goed op eenvoudige, directe communicatie;
4. **Begrijpt zelden of nooit.**

**MODULE E. Gedragssymptomen**

Vertoont het kind/de jongere gedragsproblemen?

- JA, vul de onderstaande vragen in. Ga erna verder naar module F.  
 NEE. Ga verder naar module F.

Codeer wat is waargenomen, ongeacht de veronderstelde oorzaak.

**0. Niet aanwezig**

- 1. Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond;**  
**2. Op 1-2 van de laatste 3 dagen vertoond;**  
**3. Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 1 - 2 voorvallen;**  
**4. Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 3 of meerdere voorvallen of continu.**

- E1a. Verbaal geweld** - bv. schreeuwde of vloekte tegen hen, bedreigde anderen;   
**E1b. Lichamelijk lastigvallen** - bv. sloeg, duwde, krabde, viel seksueel lastig;   
**E1c. Sociaal ongepast of storend gedrag** - bv. overal op en aan zitten, dringt zich op, smeerde of gooide met eten of feces;   
**E1d. Verzet zich tegen zorg** - bv. geneesmiddelen of injecties, hulp bij ADL of eten;   
**E1e. Destructief gedrag ten aanzien van eigendom** - bv. gooien of breken van objecten, omkantelen van bedden of tafels, vandalisme;   
**E1f. Woede-uitbarsting** - intense vlaag van boosheid als reactie op een specifieke actie of gebeurtenis (bv. driftbuien wanneer er 'nee' wordt gezegd).

**E2. Meest recente poging tot zelfverwonding**

Codeer voor het meest recente voorval

- 0. Nooit**  
**1. Meer dan 1 jaar geleden**  
**2. 31 dagen - 1 jaar geleden**  
**3. 8 - 30 dagen geleden**  
**4. 4 - 7 dagen geleden**  
**5. In de laatste drie dagen**

**MODULE F. Aandacht en interesse**

Vertoont het kind/de jongere een gebrek aan aandacht of een gebrek aan interesse?

- JA, vul de onderstaande vragen in. Ga erna verder naar module G.  
 NEE. Ga verder naar module G.

Codeer voor indicatoren die waargenomen zijn tijdens de LAATSTE 3 DAGEN, ongeacht de veronderstelde oorzaak (opm.: wanneer mogelijk, vraag aan het kind/de jongere)

- 0. Niet aanwezig;**  
**1. Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond;**  
**2. Op 1-2 van de laatste 3 dagen vertoond;**  
**3. Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 1 – 2 voorvallen;**  
**4. Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 3 of meerdere voorvallen of continu.**

- F1a. Impulsief** - bv. de straat oplopen zonder te kijken; risicovol handelen zonder na te denken; moeite om zijn beurt af te wachten, onderbreekt;   
**F1b. Gemakkelijk afgeleid** - episodes van moeilijk aandacht bij iets te kunnen houden; dwaalt gemakkelijk af;   
**F1c. Hyperactiviteit** - bovenmatig activiteitsniveau;   
**F1d. Desorganisatie** - bv. problemen om persoonlijke bezittingen te beheren; moeite om zich aan planning te houden;   
**F1e. Gebrek aan motivatie** - afwezigheid van spontane doelgerichte activiteit;



- F1f. Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie)** - bv. 'Ik heb geen plezier meer'; somber tijdens favoriete activiteiten;
- F1g. Moeite om in slaap te vallen of te blijven slapen; te vroeg wakker worden; rusteloosheid; onrustige slaap;**
- F1h. Wordt meerdere keren per nacht wakker.**

### MODULE G. Sociale participatie

Hebben de noden van het kind/de jongere een impact op zijn of haar sociale participatie?

- JA, vul de onderstaande vragen in. Ga erna verder naar module H.**
- NEE. Ga verder naar module H.**

- G1a.** Kan het kind/de jongere naar de opvang of school zoals andere kinderen van dezelfde leeftijd?
- 0. Nee;**
- 1. Ja, het kind kan naar het gewone onderwijs/kinderopvang gaan;**
- 2. Ja, het kind kan naar bijzonder onderwijs/inclusieve kinderopvang gaan.**
- G1b.** Kan het kind/de jongere naar buitenschoolse opvang?
- 0. Nee**
- 1. Ja**
- G1c.** Hoe lang kon het kind/de jongere gemiddeld het afgelopen jaar niet naar de opvang of school gaan?
- 0. Minder dan één maand**
- 1. Één maand of langer**
- G1d.** De sociale relaties zijn verstoord omwille van gedragsstoornissen, verstandelijke, psychische/psychiatrische, zintuiglijke, neurologische, neuromotorische of lichamelijke aandoeningen.
- 0. Nee**
- 1. Ja**
- G2. Betrokkenheid in gestructureerde activiteiten gedurende de laatste 90 dagen**
- G2a. Georganiseerd programma in een club of team of buitenschoolse lessen** - Het kind of de jongere behoort tot een georganiseerde club of team op schoolse basis of op gemeenschapsbasis (bv. voetbal, scouts) en woont deze regelmatig bij of gaat naar een les buiten de school (bv. naschoolse muzieklessen, yogalessen).
- 0. Ja, neemt deel aan activiteiten die niet in het bijzonder zijn aangepast aan kinderen/jongeren met gezondheidsproblemen/handicap/beperkingen;**
- 1. Ja, neemt deel aan activiteiten die zijn aangepast aan kinderen/jongeren met gezondheidsproblemen/handicap/beperkingen;**
- 2. Nee, omwille van problemen die niet gerelateerd zijn aan de gezondheid/handicap/beperking** (bv. geen interesse, geen financiële middelen);
- 3. Nee, omwille van gezondheidsproblemen/handicap/beperkingen.**
- G2b. Vrijwilligersactiviteit** - Het kind of de jongere verleende diensten zonder compensatie tijdens de laatste 90 dagen, bv. een dienst voor de gemeenschap, een programma of een groep. Merk op dat het kind of de jongere ingezet kan worden en diensten kan verlenen als vrijwilliger.
- 0. Ja, neemt deel aan activiteiten die niet in het bijzonder zijn aangepast aan kinderen/jongeren met gezondheidsproblemen/handicap/beperkingen;**
- 1. Ja, neemt deel aan activiteiten die zijn aangepast aan kinderen/jongeren met gezondheidsproblemen/handicap/beperkingen;**
- 2. Nee, omwille van problemen die niet gerelateerd zijn aan de gezondheid/handicap/beperking** (bv. geen interesse, organisatorische redenen);
- 3. Nee, omwille van gezondheidsproblemen/handicap/beperkingen.**

**MODULE H. Extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers**

Wordt de zorg door ouders (of andere mantelzorgers) als intensiever ervaren dan de zorg voor andere kinderen/jongeren van dezelfde leeftijd?

- JA, vul de onderstaande vragen in.**  
 **NEE. Ga verder naar deel 3.**

Bij deze module maken we een onderscheid tussen vragen voor kinderen van 4 tot en met 6 jaar en 7 jaar of ouder.

**4-6 jaar**

**H1a.** Begeleiding en bijzondere stimulering door ouders, bv. in geval van psychomotorische achterstand, gedrags- of sensorische stoornissen.

**0. Nee**

**1. Ja**

**H1b.** Noodzaak tot thuisblijven, noodzaak tot het onderbreken/verminderen van de beroepsbezigheden door één van de ouders of noodzaak tot het inschakelen van andere mantelzorgers voor verzorging van het kind/de jongere.

**0. Nee**

**1. Ja**

**H1c.** Bestendig toezicht noodzakelijk, kan geen ogenblik alleen gelaten worden in een andere ruimte binnenshuis.

**0. Nee**

**1. Ja**

**H1d.** Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie (bv. revalidatiecentra, kinesitherapeut, logopedist, psycholoog...) of naar therapieervangende activiteiten (bv. sportactiviteiten die maken dat minder therapie sessies nodig zijn door met het kind te gaan zwemmen, fietsen, wandelen... of hypotherapie)?

**0. Nooit**

**1. Eén keer per maand of minder**

**2. Eén keer per twee à drie weken**

**3. Eén keer per week**

**4. Meerdere keren per week**

**7 jaar of ouder**

**H2a.** Is meer toezicht en begeleiding bij dagdagelijkse activiteiten noodzakelijk dan voor een ander kind van dezelfde leeftijd?

**0. Nee**

**1. Ja, er is meer toezicht en begeleiding noodzakelijk dan voor een ander kind van dezelfde leeftijd maar het kind/de jongere kan wel alleen worden gelaten in een andere ruimte binnenshuis;**

**2. Ja, kan geen ogenblik alleen gelaten worden in een andere ruimte binnenshuis.**

**H2b.** Is extra specifieke hulp en toezicht nodig bij het maken van huiswerk in vergelijking met een leeftijdsgenoot (omwille van sensorische stoornissen, psychomotorische achterstand of gedragsstoornissen), bv. vergroten van nota's, bijlessen...?

**0. Nee**

**1. Ja**

**H2c.** Ondanks speciale inspanningen van de ouders is deelname aan een gewone jeugdbeweging en sportactiviteiten moeilijk of onmogelijk. Zo gaat het kind bv. naar een aangepast vakantieverblijf.

**0. Nee**

**1. Ja**

**H2d.** Noodzaak tot thuisblijven, noodzaak tot het onderbreken/verminderen van de beroepsbezigheden door één van de ouders of noodzaak tot het inschakelen van andere mantelzorgers voor verzorging van het kind/de jongere.

**0. Nee**

**1. Ja**

**H2e.** Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie (bv. revalidatiecentra, kinesitherapeut, logopedist, psycholoog...) of naar therapieervangende activiteiten (bv. sportactiviteiten die maken dat minder therapie sessies nodig zijn door met het kind te gaan zwemmen, fietsen, wandelen... of hypotherapie)?

**0. Nooit**

**1. Eén keer per maand of minder**

**2. Eén keer per twee à drie weken**

**3. Eén keer per week**

**4. Meerdere keren per week**

COPYRIGHT



## Hoofdstuk 3

### Het uittesten in de praktijk van de finale ontwerpversie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren

#### 1 Doelstelling

Tijdens deze onderzoeksfase testen we de finale ontwerpversie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren die we ontwikkelden in de vorige fasen van het onderzoek. Dit houdt in dat indicatiestellers bij ouders en kinderen aan huis gaan om deze testversie van de Screener af te nemen en de scores invullen.

Eenzijds wensen we via deze testfase na te gaan hoe indicatiestellers het gebruik van deze versie ervaren; anderzijds trachten we aan de hand van de verzamelde gegevens te zoeken naar manieren om te bepalen wanneer ouders recht hebben op de Vlaamse zorgverzekering.

#### 2 Methode

We onderscheiden in deze paragraaf twee momenten waarbij we telkens een andere methode hanteren. Eerst bespreken we de methode die we hanteren tijdens de testfase, vervolgens gaan we dieper in op een onderzoeksmethode die we toepassen na de testfase.

##### 2.1 Methode tijdens de testfase

In deze paragraaf beschrijven we hoe we de gegevens verzamelden, wie uiteindelijk deelnam aan deze fase van het onderzoek en welke bijkomende vragen we stelden naast deze uit de finale testScreener.

###### 2.1.1 Dataverzameling

###### 2.1.1.1 Voorbereidende fase

In een eerste voorbereidende fase (juni - september 2017) organiseren we vijfmaal een training van een halve dag voor indicatiestellers van de mutualiteiten. Tijdens deze training starten we met een theoretische toelichting over het doel, de meerwaarde en het gebruik van de interRAI en BelRAI instrumenten. Vervolgens geven we uitleg over hoe de testversie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren concreet in de praktijk afgenomen en gescoord dient te worden en oefenen de indicatiestellers een eerste maal met de Screener aan de hand van casussen. Tot slot maken we enkele afspraken met de indicatiestellers over het verdere verloop van het onderzoek. Na de opleiding verzenden we nog een bijkomende e-mail naar de indicatiestellers met een verdere toelichting over het onderzoek vooraleer ze effectief van start gaan met de afname van de testScreener. In deze mail verduidelijken we onder meer ook dat inclusieve kinderopvang (item G1a, score 2) verwijst naar kinderopvang die extra ondersteuning voorziet voor kinderen met beperkingen. Ook tijdens de testfase zelf (tijdens de afnames van de Screeners) sturen we e-mails met extra toelichting bij het gebruik van

de Screener wanneer hieromtrent specifieke vragen rijzen. Deze e-mails bevatten de volgende toelichtingen:

*Item C2b ‘procedureel geheugen’*: hier gaat het om het cognitief vermogen om taken achtereenvolgens uit te voeren. Wanneer een kind dus in staat is om cognitief de taken achtereenvolgens op te roepen en te beschrijven, volstaat dit. Zo zal een kind met ASS bijvoorbeeld in staat zijn om de omschrijving van de verschillende stappen te geven, maar deze niet altijd kunnen uitvoeren omdat deze bijvoorbeeld snel afgeleid is. Toch beschikt dit kind over het cognitief vermogen om de taken uit te voeren en is er met andere woorden geen geheugenprobleem.

*Item G1b ‘Kan het kind/de jongeren naar buitenschoolse kinderopvang’*: hiermee verwijzen we zowel naar buitengewone als niet-aangepaste opvang.

*Item H2b ‘Is specifieke hulp en toezicht nodig bij het maken van huiswerk ...’*: We vernamen dat sommige kinderen in het buitengewoon onderwijs geen huiswerk krijgen. Als het kind geen huiswerk heeft, krijgt deze score 0 ‘Nee’.

*Item H2d ‘Noodzaak tot thuisblijven, ... het onderbreken/verminderen van beroepsbezigheden of noodzaak tot het inschakelen van andere mantelzorgers’*. Hierbij is het enkel de bedoeling te kijken naar de extra inspanningen die ouders leveren door de bijkomende zorg voor het kind dat gescreend wordt. Het is NIET de bedoeling om de gehele gezinscontext te scoren (bv. ouders met meerdere kinderen kunnen thuisblijven omwille van de gewone zorg voor hun andere kinderen).

*Item H2e ‘Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie of therapieervangende activiteiten?’* Wanneer ouders met een kind 1 keer per week naar de kinesitherapeut gaan en om de 14 dagen naar de psycholoog, wordt dit score ‘4’ (meerdere keren per week). Wanneer een kind therapie krijgt in het buitengewoon onderwijs en de ouders/mantelzorgers hiervoor geen extra inspanningen dienen te leveren, dient deze therapie NIET in rekening te worden genomen.

Kinderen waarvan de ouders **verhoogde kinderbijslag** ontvangen, mogen meegenomen worden in het onderzoek.

Zowel kinderen die reeds in aanmerking komen voor de zorgverzekering op basis van het Bel-profiel als kinderen waarvoor een herziening hiervan nodig is, mogen opgenomen worden in het onderzoek.

Daarnaast kwam de vraag of een **pleeggezin** ook gezien kan worden als ouders. Dit is inderdaad het geval.

Graag geven we nog de volgende verduidelijking mee bij vraag 2 van deel 3, namelijk **‘Hebben de ouders van dit kind/deze jongere volgens u recht op de Vlaamse zorgverzekering?’**. Het is hier belangrijk om uw mening te horen over of de ouders van dit kind/deze jongere volgens de wet al dan niet de zorgverzekering zouden moeten krijgen, onafhankelijk van de aard van de beperkingen van het kind/de jongere. De groep van ouders die recht hebben op de zorgverzekering is volgens de wet ruimer dan ouders van kinderen/jongeren met ADL beperkingen. Het zijn de ouders die omwille van een grotere zorgzwaarte voor hun kind (om eender welke reden) wezenlijke niet-

*medische kosten hebben. Belangrijk is dus dat jullie een 'ja' scoren op deze vraag wanneer jullie van mening zijn dat de niet-medische kosten van deze ouders gedekt zouden moeten worden door de zorgverzekering. Deze score dient dus niet enkel gegeven te worden wanneer de kinderen ADL-beperkingen hebben die leiden tot grotere niet-medische kosten voor ouders, maar dient ook gegeven te worden aan kinderen met andere soorten beperkingen (bv. gedragsproblemen, cognitie...) én waarvan de ouders eveneens wezenlijke niet-medische kosten hebben.*

Tot slot stellen indicatiestellers de vraag om een document te voorzien waarin zij specifieke aanvullingen bij de scoring van de items kunnen weergeven. We maken een dergelijk document op en gebruiken deze ingevulde documenten om de scoring door de indicatiestellers na te kijken. Bij twijfel over bepaalde scores, nemen we contact op met de indicatiestellers.

#### 2.1.1.2 Contactopname met ouders

Vanaf juli tot december 2017 werden ouders via twee verschillende kanalen benaderd om hun medewerking te vragen aan deze studie. Ten eerste vroegen de mutualiteiten de medewerking van ouders waarvoor een afname van de Bel-foto bij hun kind/jongere reeds gepland stond vanuit hun dienst voor maatschappelijk werk. Ten tweede werd een oproep via de Gezinsbond en de CAR verspreid om ouders te vragen om deel te nemen aan deze studie. Deze ouders konden zich aanmelden bij één centrale contactpersoon per mutualiteit die ervoor zorgde dat een indicatiesteller aan huis ging om de testScreener af te nemen. Dit tweede kanaal diende ervoor om te vermijden dat de steekproef enkel zou bestaan uit kinderen/jongeren waarvan de ouders momenteel in aanmerking kunnen komen voor de zorgverzekering omwille van ADL-beperkingen. Via deze tweede weg bereikten we dus ook kinderen en jongeren met bijvoorbeeld autisme, ADHD of gedragsstoornissen en kwamen we tot een grotere diversiteit in de steekproef.

#### 2.1.2 Steekproef

In totaal namen 54 indicatiestellers van vier mutualiteiten 555 testScreeners af bij kinderen/jongeren en hun ouders. Ook vroegen sommige indicatiestellers informatie op bij de school om hun scores zo waarheidsgetrouw mogelijk in te vullen. Van de kinderen en jongeren uit de steekproef is 64% van het mannelijke en 36% van het vrouwelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd bedraagt 10 jaar (SD= 4). Van de kinderen/jongeren uit de steekproef is 22,3% tussen de 4 en 6 jaar oud; 77,7% is 7 jaar of ouder.

Tabel 2 De leeftijd van de kinderen/jongeren

	Percentage
4 jaar	2%
5 jaar	10%
6 jaar	10%
7 jaar	9%
8 jaar	10%
9 jaar	8%
10 jaar	6%
11 jaar	6%
12 jaar	8%
13 jaar	9%
14 jaar	7%
15 jaar	5%
16 jaar	6%
17 jaar	5%
18 jaar	0%
Totaal	100%

### 2.1.3 Bijkomende vragen

Aan de vragen uit de testScreener (zie pagina 38 tot pagina 43) voegden we nog een blad toe met enkele bijkomende vragen voor de indicatiestellers, namelijk:

- Hebben de ouders van dit kind/deze jongere volgens u recht op de Vlaamse zorgverzekering?
- Waarom hebben ze volgens u hier al dan niet recht op?
- Krijgen de ouders verhoogde kinderbijslag?

Nee => scoor '0'

Ja => scoor het nummer van de onderstaande categorie waarbinnen de verhoogde kinderbijslag valt (*Pijler 1 is de 'medische pijler' en bevat max. 6 punten*)

1. Minder dan 6 punten in totaal waarvan minstens 4 op pijler 1 (medische pijler);
2. 6-8 punten in het totaal waarvan minder dan 4 punten op pijler 1;
3. 6-8 punten in het totaal waarvan minstens 4 punten op pijler 1;
4. 9-11 punten in het totaal waarvan minder dan 4 punten op pijler 1;
5. 9-11 punten in het totaal waarvan minstens 4 punten op pijler 1;
6. 12-14 punten in totaal;
7. 15-17 punten in totaal;
8. 18-20 punten in totaal;
9. Meer dan 20 punten in totaal.

- Hebt u opmerkingen over het instrument?



## **2.2 Methode na de testfase**

Na de afnames van de Screener, analyseren we de verzamelde -kwalitatieve en kwantitatieve- gegevens en stellen we een nieuw ontwerp van een verkorte Screener (Bijlage 7) en handleiding op. Deze leggen we voor tijdens een expertenpanel met negen indicatiestellers van vier verschillende mutualiteiten. Gedurende dit expertenpanel verzamelen we hun feedback (en deze van enkele van hun collega's) over deze nieuwe versies.

## **3 Analyses**

De antwoorden op de vragen uit § 2.1.3 zijn van belang om zowel kwantitatieve als kwalitatieve analyses te kunnen verrichten. De kwantitatieve analyses zijn voornamelijk gericht op het bepalen van de score vanaf wanneer iemand recht heeft op de Vlaamse zorgverzekering. De kwalitatieve analyses dienen hoofdzakelijk om de bruikbaarheid en gezichtsvaliditeit van de Screener te kunnen verbeteren.

### **3.1 Kwalitatieve analyses**

Voor de kwalitatieve analyses van de opmerkingen die indicatiestellers of ouders maken over het instrument tijdens de afname van de Screener, gebruiken we Excel. Hiertoe stellen we een globaal overzicht met algemene bemerkingen op. Daarnaast maken we ook per module een overzicht op van de specifieke bemerkingen van de indicatiestellers. Eveneens maken we een samenvatting van de suggesties die de indicatiestellers geven tijdens het expertenpanel. Tot slot integreren we alle kwalitatieve resultaten.

### **3.2 Kwantitatieve analyses**

De kwantitatieve analyses van de gegevens verlopen in de volgende 6 fasen die we elk hieronder verder toelichten:

- Fase 1: Beschrijving van de gegevens
- Fase 2: Verkennen van de samenhang tussen variabelen
- Fase 3: Naar één maat voor gedrag & aandacht
- Fase 4: Nagaan van de voorwaarden om bepaalde statistische analyses te mogen doen
- Fase 5: Op zoek naar voorspellers voor recht op zorgverzekering
- Fase 6: Hoe bepalen de voorspellers samen wie uiteindelijk recht heeft op de zorgverzekering?

#### **3.2.1 Fase 1: Beschrijving van de gegevens**

In deze eerste analysefase beschrijven we (1) het aantal ontbrekende antwoorden per vraag, (2) de verdeling van de scores per module en (3) de verdeling van de scores op de uitkomstmaten (namelijk

het percentage ouders dat volgens het oordeel van de indicatiestellers recht heeft op de zorgverzekering en het percentage ouders dat verhoogde kinderbijslag krijgt).

### 3.2.2 Fase 2: Verkennen van de samenhang tussen variabelen

In een tweede fase exploreren we hoe de scores op bepaalde vragen al dan niet onderling samenhangen. Een statistische maat die de lineaire samenhang tussen twee variabelen weerspiegelt, is de correlatie ( $r$ ). Een correlatie situeert zich steeds tussen  $-1$  en  $+1$  waarbij een correlatie van  $-1$  een perfecte negatieve<sup>21</sup> samenhang tussen de twee variabelen voorstelt en  $+1$  een perfecte positieve<sup>22</sup> samenhang voorstelt. Een correlatie met de waarde  $0$  betekent dat er *geen* samenhang bestaat tussen de scores op de twee variabelen. Met een dergelijke correlatieanalyse wensen we o.a. ‘overbodige’ vragen te verwijderen uit de test Screener. ‘Overbodige’ vragen in deze Screener zijn vragen die geen extra voorspelling toevoegen aan het al dan niet recht hebben van de ouders op de zorgverzekering. Dat wil evenwel niet zeggen dat deze vragen niet zinvol zijn voor andere doeleinden, zoals het opstellen van een zorgplan.

Een tweede manier om de samenhang tussen variabelen in kaart te brengen, is via een principale componentenanalyse<sup>23</sup>. Een dergelijke analyse biedt meer inzicht in welke variabelen sterk samenhangen en eenzelfde onderliggende dimensie of onderliggend ‘construct’ meten. Een voorwaarde om een dergelijke analyse te mogen doen, is dat de variabelen die men in deze analyse opneemt, niet uit ‘ja’/‘nee’ antwoorden bestaan<sup>24</sup> maar uit een opeenvolgende reeks van mogelijke antwoorden (bv.  $0$ = Niet aanwezig;  $1$ = Aanwezig maar in de laatste drie dagen niet vertoond;  $2$ = Op 1-2 van de laatste drie dagen vertoond;  $3$ = Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 1-2 voorvallen;  $4$ = Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 3 of meerdere voorvallen of continu). Deze laatste variabelen noemen we verder in de tekst variabelen op ‘intervalniveau’.

Tot slot gaan we in deze fase na via correlatieanalyse hoe de dimensies die uit de principale componentenanalyse naar voren komen en de constructen die interRAI voorstelt met elkaar samenhangen en met enkele aparte items (op intervalniveau) die niet tot een dimensie behoren.

### 3.2.3 Fase 3: Naar één maat voor gedrag & aandacht

Uit de resultaten van fase 2 zal blijken dat bepaalde constructen onderling sterk samenhangen (bv. de schalen ‘gedragssymptomen’, ‘aandacht’ en ‘cognitie’). Een zeer sterke samenhang kan echter ‘multicollineariteit’ veroorzaken in de volgende analyses (zoals bv. discriminantanalyses) wat de betrouwbaarheid van deze analyses kan reduceren. Om dit te voorkomen berekenen we één

---

<sup>21</sup> Een hogere score op de eerste variabele gaat gepaard met een lagere score op de tweede variabele én een lagere score op de eerste variabele gaat gepaard met een hogere score op de tweede variabele.

<sup>22</sup> Een hogere score op de eerste variabele gaat gepaard met een hogere score op de tweede variabele.

<sup>23</sup> We kiezen in dit geval voor een principale componentenanalyse met een varimaxrotatie aangezien we veronderstellen dat er verschillende mogelijke constructen zijn. Indien we slechts één construct verwachten, is een varimaxrotatie overbodig.

<sup>24</sup> Hiervoor bestaan aparte factoranalyses met dichotome variabelen.

samengestelde maat (een index) voor 'gedragssymptomen' & 'aandacht' via een principale componentenanalyse. Deze nieuwe index noemen we verder de schaal 'gedragsindicatoren'.

#### 3.2.4 Fase 4: Nagaan van de voorwaarden om bepaalde statistische analyses te mogen doen

Vooraleer we aan de hand van discriminantanalyses op zoek gaan naar de schalen en items die het recht op de zorgverzekering voorspellen, checken we of deze schalen en items normaal verdeeld zijn. Normaal verdeelde scores zijn immers een voorwaarde om deze discriminantanalyses te mogen doen. Indien de variabelen niet normaal verdeeld zijn, transformeren we ze aan de hand van een logaritmische functie om alsnog te streven naar een normale verdeling.

Vervolgens berekenen we opnieuw de correlaties (maat voor samenhang) tussen alle nieuwe variabelen, incl. de getransformeerde variabelen en de nieuwe index (i.e. 'gedragsindicatoren') en de schalen en items die we in de voorgaande fasen selecteerden.

#### 3.2.5 Fase 5: Op zoek naar voorspellers voor recht op zorgverzekering

Indien de verhoogde kinderbijslag minimaal 18 punten telt, krijgen ouders *automatisch* recht op de Vlaamse zorgverzekering. In deze vijfde fase gaan we eerst op zoek naar de schalen en items die voorspellen of ouders *automatisch* recht op zorgverzekering hebben door verhoogde kinderbijslag en dit ten opzichte van ouders die volgens de indicatiestellers recht zouden moeten hebben op de zorgverzekering maar dit niet automatisch krijgen (de kinderen van deze ouders hebben met andere woorden minder dan 18 punten op de schaal van verhoogde kinderbijslag). Om deze voorspellers op te sporen, maken we gebruik van een logistische regressieanalyse. Een logistische regressieanalyse laat toe om na te gaan hoe de voorspellers samenhangen met een *binair* uitkomstmaat (bv. in dit geval de groep ouders die *automatisch* recht heeft op de zorgverzekering en de groep ouders die eveneens recht hebben op de zorgverzekering maar dit niet automatisch krijgen).

Vervolgens analyseren we aan de hand van discriminantanalyses welke schalen en items voorspellen of ouders al dan niet recht zouden moeten hebben op de zorgverzekering. Daartoe gaan we eerst na welke variabelen het sterkst samenhangen met het al dan niet behoren tot de zwaarste zorggroep uit de steekproef. Vervolgens zwakken we de voorwaarden van de zorgzwaarte af en bekijken we welke voorspellers hiermee gepaard blijven gaan.

#### 3.2.6 Fase 6: Hoe bepalen de voorspellers samen wie uiteindelijk recht heeft op de zorgverzekering?

De discriminantanalyses leveren ons meer inzicht op in hoe sterk elke voorspeller samenhangt met het recht op de zorgverzekering. De grootte van deze samenhang wordt weerspiegeld door een coëfficiënt op de discriminantfunctie. Deze discriminantfunctie bestaat uit een optelsom van deze coëfficiënten die telkens vermenigvuldigd worden met de respectievelijke scores van het kind/de jongere op de schalen/items.

Om te kunnen bepalen vanaf welke score ouders recht hebben op de zorgverzekering, is het belangrijk dat deze discriminantfunctie een goede voorspelling oplevert van welke ouders volgens de indicatiestellers al dan niet recht hebben op de zorgverzekering. Dit gaan we na aan de hand van ROC-

analyses. Indien de statistische maat 'area under curve' groter is dan 0.80, betekent dit dat de discriminantfunctie een goede voorspeller is van het al dan niet recht hebben op de zorgverzekering.

Indien de discriminantfunctie een goede voorspeller blijkt te zijn, kunnen we afkapscores berekenen. Deze scores moeten aan twee voorwaarden voldoen. Enerzijds moet de voorspelling aan de hand van de scores op de discriminantfunctie ervoor zorgen dat die ouders die volgens de indicatiestellers recht hebben op de zorgverzekering ook volgens de voorspelling aan de hand van de discriminantfunctie recht hebben op die zorgverzekering. Dit noemen we de sensitiviteit van de discriminantfunctie. Anderzijds moeten ouders die volgens de indicatiestellers *geen* recht hebben op de zorgverzekering ook volgens de voorspelling aan de hand van de discriminantfunctie *geen* recht hebben op die zorgverzekering. Dit noemen we de specificiteit van de discriminantfunctie. De afkapscore wordt berekend door het maximum te berekenen van de som van de sensitiviteit en de specificiteit (- 1). Alle scores die onder deze afkapscore vallen, zouden samen moeten gaan met *geen* recht hebben op de zorgverzekering; alle scores die boven deze afkapscore vallen, zouden samen moeten gaan met het *recht* hebben op de zorgverzekering. Aangezien een voorspelling nooit perfect zal zijn, gaan we in een laatste deel na welke kinderen/jongeren volgens de indicatiestellers *foutief* al dan niet de zorgverzekering zouden krijgen wanneer we de discriminantfunctie gebruiken als voorspeller van het recht op de zorgverzekering.

## 4 Resultaten

Eerst belichten we de bemerkingen en suggesties van indicatiestellers en ouders over hun ervaringen met de testScreener. Vervolgens beschrijven we de resultaten van de kwantitatieve analyses om afkapscores te bepalen.

### 4.1 Bemerkingen van indicatiestellers (en ouders) over het instrument

#### 4.1.1 Globale indrukken van de indicatiestellers (en ouders) over het instrument

Veel indicatiestellers geven aan dat de testScreener omvattend is en dat ouders zich tijdens de afname van de Screener beluisterd voelen. Tegelijkertijd geven enkelen ook aan dat deze omvattendheid ook maakt dat het instrument confronterend en belastend is voor de ouders, zeker indien nog andere kinderen aanwezig zijn tijdens de afname van de Screener.

Daarnaast wijzen de indicatiestellers op het tijdsgebonden karakter van de testScreener. Zo zijn bijvoorbeeld gedragsproblemen bij bepaalde kinderen meer aanwezig tijdens de vakantieperiode dan tijdens de schoolperiodes. Het moment waarop de Screener wordt afgenomen, bepaalt mee de scores.

Ook geven de indicatiestellers aan dat het soms moeilijk is om de laatste 7 dagen te bevragen in het geval van co-ouderschap bij gescheiden ouders (bv. als het kind één week bij de moeder en de week erna bij de vader woont).

Andere indicatiestellers hebben moeite met de vragen die handelen over de laatste drie dagen. Dit vindt men soms te gedetailleerd en zou men vervangen de laatste week of maand. Aangezien sommige kinderen anders functioneren thuis dan op school, worden volgens de indicatiestellers uit het

expertenpanel soms verschillende scores gegeven wanneer het weekend al dan niet meetelt in de voorbije drie dagen.

Tot slot stelt een indicatiesteller de vraag of het ook bij deze Screener mogelijk blijft om een voorstel in te dienen met betrekking tot de verwachte periode van zorgbehoefte (bv. in het geval van tijdelijke ziektes).

#### 4.1.2 Bemerkingen van de indicatiestellers (en ouders) per module

##### 4.1.2.1 *Activiteiten van het dagelijks leven (ADL)*

Volgens sommige indicatiestellers ontbreken in de testScreener (1) bepaalde activiteiten van het dagelijks leven zoals het niet kunnen lezen of schrijven<sup>25</sup>, het wassen van de rug en haren, zich kunnen verplaatsen op een langere afstand/buitenshuis, scheren, het gebruik van maandverband... alsook (2) de moeite en tijd die een kind of jongere nodig heeft om bepaalde activiteiten te kunnen verrichten (bv. lopen in 'pinguingang'). Ook incontinentie kan momenteel niet gescoord worden terwijl het toch een ernstig probleem is volgens enkele indicatiestellers.

Anderen wijzen op de complexiteit van het gebruik van de ADL-boomstructuur. Voor hen dienen de handleiding en de opleiding deze boomstructuur meer te verduidelijken.

Ook heeft een indicatiesteller het moeilijk met de scoring voor het item eten. Wanneer het kind zelfstandig eet maar alles wordt voorbereid (bv. eten nemen, vlees snijden, brood smeren), krijgt deze een score 1 (= hulp beperkt tot klaarzetten) terwijl het voor de indicatiesteller uitgebreide hulp lijkt. Ook wist een andere indicatiesteller niet hoe een kind te scoren dat eet met de handen in plaats van met een lepel of vork.

##### 4.1.2.2 *Cognitie*

Een aantal indicatiestellers wensen extra oefeningen en voorbeeldvragen in de handleiding om de scoring van deze module te vergemakkelijken. Zo geeft men aan dat cognitie moeilijk te bevragen valt bij een kind met bv. een ontwikkelingsleeftijd van 18 maanden, bij een extreem verlegen/autistisch kind (dat niet kan antwoorden in aanwezigheid van een vreemde persoon) of bij een kind dat niet kan spreken.

Wat betreft het aspect 'cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming' merkt een indicatiesteller op dat kinderen van 4 jaar sowieso moeilijk beslissingen nemen. Daarnaast vragen sommige indicatiestellers zich af of 'zijn/haar eigen zin willen doen (bv. bij boosheid, verzet, afkeer)' ook gescoord dient te worden als het nemen van beslissingen.

Daarnaast blijkt dat sommige kinderen op bepaalde momenten wel enkele zaken op korte termijn kunnen onthouden, zolang die zich bv. binnen de eigen interessesfeer bevinden of zolang het kind/de

---

<sup>25</sup> Een indicatiesteller uit het expertenpanel merkt op dat kunnen lezen en schrijven samenhangt met 'taalvaardigheid'. Volgens deze is 'lezen en schrijven' impliciet aanwezig in een andere module van de Screener, namelijk de module 'communicatie (uiten)'.

jongere niet afgeleid wordt. Over het algemeen onthouden deze kinderen echter minder dan de meeste andere kinderen van dezelfde leeftijd. Dit komt niet tot uiting in de scores.

Ook kunnen sommige kinderen bepaalde taken die wijzen op een goed werkend procedureel geheugen (bv. fietsen) wel verrichten en andere soortgelijke taken niet (bv. zwemmen, veters knopen), wat het scoren bemoeilijkt.

Tot slot suggereerde een ouder om ook het langetermijngeheugen te bevragen (bv. niet enkel vragen wat er de dag zelf maar ook wat er gisteren gebeurde) maar volgens de experts uit het panel is dit aspect minder relevant hier.

### 4.1.2.3 *Communicatie*

Een indicatiesteller twijfelt zowel voor cognitie als communicatie om ofwel de score 3 of 4 te geven. Een andere indicatiesteller heeft het gevoel hierrond (en ook bij aandacht en interesse) te weinig te kunnen doorvragen.

Andere indicatiestellers geven aan dat kinderen of jongeren zich soms wel kunnen uiten maar dat deze uitingen soms onaangepast (bv. zeer luid) of onduidelijk (bv. articulatieproblemen) zijn. Daarnaast geeft een indicatiesteller aan dat de vertrouwdeheid bij de gesprekspartners (de context) een invloed heeft op de communicatie. Dit kan niet gescoord worden in de testScreener. Ook geven twee indicatiestellers aan dat de testScreener niet toelaat te scoren dat bv. kinderen met autisme vaak moeite hebben om gevoelens te uiten.

### 4.1.2.4 *Gedragssymptomen*

Eén indicatiesteller geeft aan dat deze nood heeft aan meer voorbeelden of opleiding rond gedragssymptomen, zeker indien de ouders zelf niet in staat zijn om dit in te schatten. Een andere indicatiesteller geeft aan dat het kind aangepast gedrag vertoont in situaties buitenshuis, maar thuis zeer moeilijk gedrag stelt. Tijdens het panel geven de experts aan dat de moeder en vader soms verschillen in hun perceptie van de gedragssymptomen van het kind. Deze experts wijzen op het belang van directe observaties en het betrekken van de school bij dergelijke twijfelgevallen. Enkele indicatiestellers vroegen steeds schoolverslagen vóór hun afname van de Screener af, anderen namen het mee als de ouders het hen bezorgden. Nog anderen deden hier minder of geen beroep op.

Andere indicatiestellers wijzen erop dat bepaalde gedragssymptomen niet zijn opgenomen in de testScreener zoals een angstig kind dat elke nacht bij de ouders slaapt, introvert gedrag<sup>26</sup>, oversociaal gedrag en migraine/braken als stressreacties.

Eén indicatiesteller merkt op dat het onderscheid tussen verbaal geweld en woede-uitbarsting soms moeilijk te maken is.

Een andere indicatiesteller haalt aan dat het gedragssymptoom 'sociaal onaangepast gedrag' een subjectieve beoordeling vereist. Bovendien vertoont dit symptoom volgens een andere persoon gelijkenissen met item 'F1a. Impulsief' (bv. onderbreken). Eén indicatiesteller vraagt zich af of

---

<sup>26</sup> Het was bijvoorbeeld niet mogelijk om een gesprek te voeren met een kind omwille van het introverte gedrag (ook niet in de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon).

dwangmatig gedrag (bv. vreetbuien) misschien beter apart bevroegd kan worden i.p.v. het te scoren onder 'sociaal onaangepast gedrag'. Tot slot gaf één persoon aan dat het kind zijn eigen kracht niet kent en daardoor veel kapot maakt zonder dat dit de bedoeling is.

Wat betreft het gedragssymptoom 'verzet tegen zorg' beschrijft een indicatiesteller dat er geen verzet is vanwege het kind tegen zorg op voorwaarde dat er een klik bestaat met de hulpverlener. De score 0 voor dit symptoom is hier volgens deze persoon niet helemaal juist.

'Destructief gedrag ten aanzien van eigendom' handelt over een bewuste manier van beschadigen. Een indicatiesteller vraagt zich af of dit dan niet gescoord dient te worden wanneer het toch veelvuldig voorkomt ook al gebeurt het niet bewust.

In verband met het symptoom 'woede-uitbarsting' geeft een indicatiesteller aan dat dit enkel een probleem is wanneer de structuur wordt weggenomen.

Enkele indicatiestellers merken op dat zelfverwonding niet altijd bewust gebeurt maar ook een reactie kan zijn (bv. als het kind boos is, door hoofdpijn het hoofd ergens tegenslaan, uit frustratie, een gebrek aan aandacht, met zichzelf geen blijf weten). Dit kan niet gescoord worden in de huidige testScreener. Een expert uit het panel haalt aan dat dit item slechts sporadisch een score krijgt en het gesprek met de ouders niet bevordert.

#### 4.1.2.5 *Aandacht en interesse*

Eén indicatiesteller beschrijft dat deze het zeer moeilijk vindt om deze items in frequenties te scoren. Een andere persoon ervaart eveneens moeite met de afname van deze module omdat het kind een vegetatief zenuwstelsel heeft.

Daarnaast geeft één persoon aan dat hypersensitiviteit een probleem vormt (bij te veel lawaai stopt het kind met de activiteit en blijft het stilstaan met de handen op de oren) en dat dit niet gescoord kan worden. Een andere indicatiesteller vermeldt dat nergens gescoord kan worden dat het kind geen gevaar kan inschatten en bijvoorbeeld het televisietoestel omvertrekt. Wat betreft het item 'impulsief' vraagt een indicatiesteller zich af of dit gescoord mag worden als het een gevolg is van de jonge leeftijd (bv. 5 jaar).

Het item 'desorganisatie' vindt men wat onduidelijk en moeilijk om te bevragen bij jonge kinderen (4 – 6 jaar). De indicatiestellers wensen dan ook extra voorbeeldvragen en toelichting in de handleiding hiervoor.

Bij het item 'gebrek aan motivatie' merkt een indicatiesteller op dat deze het kind hier een score 0 geeft omdat hij wel doet wat hij belangrijk vindt (bv. digitale spellen spelen), maar andere dingen doet hij niet.

Het item 'anhedonie' is soms moeilijk te scoren. Volgens een indicatiesteller zou het antwoord 'niet geweten' hierbij meer van toepassing zijn.

Het item 'Moeite om in slaap te vallen of te blijven slapen; te vroeg wakker worden; rusteloosheid; onrustige slaap' brengt ook enkele moeilijkheden in de scoring met zich mee. Enkele indicatiestellers stellen de vraag vanaf welk moment een kind te vroeg wakker is. Ook kan een kind slechts éénmaal per nacht gaan slapen waardoor de score 4 (dagelijks in de laatste drie dagen vertoond, 3 of meerdere voorvallen of continu) niet van toepassing kan zijn volgens twee indicatiestellers. Eén van hen stelt de

vraag of deze keuzemogelijkheden veranderd kunnen worden. Een andere indicatiesteller twijfelde tussen de score 0 en 3 omdat de moeder bij het kind zit omdat het bang is bij het gaan slapen. Deze indicatiesteller wenst hierover meer uitleg in de handleiding. Bovendien twijfelde deze of dit gedrag verklaard wordt door de jonge leeftijd (een 4-jarig kind). Een andere indicatiesteller gaf aan dat het onderscheid tussen onrustige slaap en meerdere keren per nacht wakker worden, niet duidelijk is. In dit geval kon het kind wel goed inslapen, maar slaapt het onrustig omdat het meerdere keren per nacht wakker wordt.

Wat betreft het item 'wordt meerdere keren per nacht wakker' geeft een indicatiesteller aan dat dit afhangt van de mate waarin het kind last heeft van infecties. Het kind wordt soms wakker van een geïnfecteerde neus die gespoeld moet worden.

### 4.1.2.6 *Sociale participatie*

Bij vragen G1a. ('Kan het kind/de jongere naar de opvang of school zoals andere kinderen van dezelfde leeftijd') en G1b ('Kan het kind/de jongere naar buitenschoolse opvang?') stellen sommige indicatiestellers de vraag om te verduidelijken in de handleiding of we hiermee het 'kunnen' of het 'effectief gaan' in kaart willen brengen. Daarnaast vullen twee indicatiestellers aan dat het kind naar gewoon onderwijs kan gaan mits gon begeleiding, logopedie, een stagiair die helpt bij de lesverwerking en/of een aangepast programma. Eén indicatiesteller geeft aan dat een jongere geen plaats vindt in type 9 onderwijs en daardoor naar gewoon beroepsonderwijs moet gaan.

Wat betreft de vraag G1b rond buitenschoolse opvang, geven een aantal indicatiestellers aan dat deze vraag niet van toepassing is voor 17-jarigen (en volgens sommigen voor jongeren vanaf 12 jaar) of kinderen/jongeren die op internaat zitten. Bovendien geeft een indicatiesteller aan dat het moeilijk is om deze vraag te scoren als er geen opvang is op school; een andere geeft aan dat deze niet weet hoe een kind te scoren dat niet naar de opvang gaat omdat deze niet aangepast is. Daarnaast is het voor één indicatiesteller niet duidelijk of het kind in gewone buitenschoolse opvang terecht kan indien nodig aangezien de moeder niet werkt en dus geen buitenschoolse opvang nodig is. Een andere indicatiesteller geeft aan dat het kind niet naar de opvang wil en dat de ouders en grootouders deze opvangen. Voor nog een andere indicatiesteller is niet duidelijk of deze vraag enkel over de opvang tijdens schoolperiodes gaat of ook over de vakantieperiodes. Deze persoon vraagt zich bovendien af welke score gegeven dient te worden als de opvang speciaal opgericht is voor kinderen met beperkingen.

Met betrekking tot item G1c 'Hoe lang kon het kind/de jongere gemiddeld het afgelopen jaar niet naar de opvang of school gaan?' vult een indicatiesteller aan dat het kind slechts een paar uur per dag les volgt (enkel de verplichte vakken).

Eén indicatiesteller vindt het item G1d. 'De sociale relaties zijn verstoord omwille van gedragsstoornissen, verstandelijke, psychische/psychiatrische, zintuiglijke, neurologische, neuromotorische of lichamelijke aandoeningen' eerder subjectief en niet duidelijk te beantwoorden. Volgens een expert uit het panel is het antwoord op deze vraag bijna steeds 'ja' waardoor het een overbodige vraag lijkt.

Met betrekking tot item G2a 'Georganiseerd programma in een club of team of buitenschoolse lessen' geeft een indicatiesteller aan dat dit voor verschillende activiteiten, verschillend gescoord kan worden.



Andere indicatiestellers vullen aan dat een kind samen met twee zussen naar de Chiro gaat (nooit alleen) en dat de moeder een jeugdbeweging in kleine groepen met veel structuur gezocht had voor haar kind.

Opvallend zijn de vele bemerkingen met betrekking tot het item G2b. 'Vrijwilligersactiviteit'. Dit lijkt voor vele indicatiestellers een overbodige vraag, zeker bij heel jonge kinderen. Ze raden aan om de vraag te schrappen of een antwoordcategorie 'Niet van toepassing' toe te voegen.

#### 4.1.2.7 *Extra zorg voor ouders/mantelzorgers*

Een indicatiesteller geeft aan dat de openingsvraag 'Wordt de zorg door ouders (of andere mantelzorgers) als intensiever ervaren dan de zorg voor andere kinderen/jongeren van dezelfde leeftijd?' positiever geëvalueerd wordt door een ouder dan bijvoorbeeld de vraag naar 'Is uw kind tot last?' (zoals bij de medisch-sociale schaal van de verhoogde kinderbijslag). Hierbij aansluitend vermeldt een moeder dat de vragen uit deze module sterk zouden moeten doorwegen in het bepalen van het recht op de zorgverzekering.

Volgens andere indicatiestellers ontbreekt de mogelijkheid om te rapporteren (1) indien ouders duidelijk de beperking van hun kind over- of onderschatten, (2) in welke mate ouders een structuur bieden aan hun kind die het (zelfstandiger) functioneren positief beïnvloedt (bv. specifieke taal gebruiken; boekentas op vaste plaats zetten) en (3) de mate waarin ouders tijd en moeite spenderen aan hun kind (bv. het aanpassen van school- en hobby materiaal voor slechtziende/blinde kinderen) (omwille van ja/nee vragen in plaats van vragen met meerdere antwoordcategorieën). Ook kan niet gescoord worden (1) of ouders thuisbegeleiding (bv. thuisverpleging) krijgen en (2) welke extra kosten er zijn bv. door hulpmiddelen.

Andere vaststellingen van indicatiestellers zijn dat (1) een babysit soms moeilijk te vinden is omdat deze moet kunnen omgaan met kinderen met specifieke beperkingen, (2) op vakantie gaan lastig is omwille van de nood aan een aangepast verblijf en aangepaste activiteiten en (3) noodzakelijk hulp ingeroepen wordt van een maatschappelijk werker van het CLB en een intercultureel medewerker. Een andere indicatiesteller zou ook de extra zorg in de schoolse context hier in rekening brengen. Deze persoon nam de testScreener af van een kind dat constant een opvoeder bij zich had en dan nog lukte het niet allemaal altijd.

Ook geven bepaalde indicatiestellers aan dat de context voor het gezin extra zwaar is doordat bv. de vader het gezin verlaten heeft en er meerdere kinderen zijn met beperkingen. Zo zou ook volgens een indicatiesteller de zorgverzekering voor elk kind uit een familie met drie dove kinderen overdreven zijn. Indien echter naar het gehele gezin gekeken wordt, zou een tegemoetkoming wel zinvol zijn.

Wat betreft vraag H1c. 'Bestendig toezicht noodzakelijk, kan geen ogenblik alleen gelaten worden in een andere ruimte binnenshuis' gaf een indicatiesteller aan dat het kind niet meer toezicht nodig heeft dan een ander kind maar omwille van de leeftijd van 4 jaar sowieso nooit alleen gelaten kan worden in een andere ruimte.

Voor de vragen H1d. en H2e. 'Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorger met het kind naar therapie of naar therapieervangende activiteiten?' suggereert een indicatiesteller dat de Screener ook een optie zou moeten bevatten die aangeeft dat ouders dit niet doen omdat het kind alle therapie op school krijgt (bv. omdat het kind dit na de schooluren niet meer aan kan, omdat het kind op internaat

zit). Een andere indicatiesteller geeft aan dat het kind door hoge stress en nood aan structuur therapieën niet aankan en dat dit niet gescoord kan worden. Ook kan niet in kaart worden gebracht indien ouders omwille van financiële redenen het kind niet naar therapie of therapieervangende activiteiten kunnen brengen. Een expert uit het panel beschrijft tot slot dat arts-specialisten hier niet vermeld worden (bv. oncoloog).

Bij vraag H2a. 'Is meer toezicht en begeleiding bij dagdagelijkse activiteiten noodzakelijk dan voor een ander kind van dezelfde leeftijd?' maken twee indicatiestellers het onderscheid tussen kunnen en willen. Soms durft een kind nergens te verblijven zonder de nabijheid van ouders. Dit kan niet gescoord worden. Daarnaast stelt een indicatiesteller de vraag hoelang een 'ogenblik' juist is (zo kan een kind bv. slechts 5 minuten alleen gelaten worden); een andere indicatiesteller vraagt zich af welke score dient te worden toegekend als het kind niet samen met anderen alleen gelaten kan worden. Tot slot merkt iemand op dat het alleen thuisblijven niet vermeld wordt.

Vele indicatiestellers geven aan dat vraag H2b. 'Is extra specifieke hulp en toezicht nodig bij het maken van huiswerk in vergelijking met een leeftijdsgenoot?' vaak niet van toepassing is (bv. in het buitengewoon onderwijs).

Vraag H2c. 'Ondanks speciale inspanningen van de ouders is deelname aan een gewone jeugdbeweging en sportactiviteiten moeilijk of onmogelijk. Zo gaat het kind bv. naar een aangepast vakantieverblijf.' vindt men onduidelijk geformuleerd. Zo is een scoring moeilijk voor een kind dat niet naar een gewone jeugdbeweging kan gaan en waarvoor tegelijk ook geen aangepast vakantieverblijf nodig is. Ook is deze vraag moeilijk te beantwoorden indien geen speciale inspanningen door ouders worden gedaan.

### *4.1.2.8 Andere aspecten*

Tot slot haalt een ouder aan dat 'geldbeseft' bij jongeren eveneens een relevant aspect is dat niet in de Screener aan bod komt. Volgens de experts uit het panel zou dit item het recht op de zorgverzekering slechts weinig voorspellen.

### *4.1.2.9 Conclusie*

Op basis van deze resultaten besluiten we om de items G1b (buitenschoolse opvang), G2b (vrijwilligersactiviteit), H2b (begeleiding bij huiswerk) en H2c (deelname aan jeugdbeweging/ sportactiviteiten) uit de verdere analyses te laten aangezien zij als overbodig of onduidelijk worden beschouwd door de indicatiestellers.

## **4.2 Resultaten uit de kwantitatieve analyses**

### **4.2.1 Fase 1: Beschrijving van de gegevens**

In deze eerste fase verschaffen we een eerste beeld over de gegevens die we verzamelden. We brengen het aantal ontbrekende antwoorden per vraag in kaart alsook de verdeling van de antwoorden op de vragen.

4.2.1.1 *Het aantal ontbrekende antwoorden per vraag*

Tabel 3 Het aantal ontbrekende antwoorden per vraag

		Aantal ontbrekende antwoorden
ADL	Persoonlijke hygiëne	0
	Baden	0
	Kleden boven	1
	Kleden onder	0
	Zich verplaatsen	0
	Toiletgebruik	1
	Eten	1
Cognitie	Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming	0
	Kortetermijngeheugen	4
	Procedureel geheugen	3
Communicatie	Uiting - zichzelf duidelijk maken	1
	Begrip - anderen kunnen begrijpen	0
Gedragssymptomen	Verbaal geweld	0
	Lichamelijk lastigvallen	0
	Sociaal ongepast of storend gedrag	0
	Verzet zich tegen zorg	0
	Destructief gedrag ten aanzien van eigendom	0
	Woede uitbarsting	0
	Meest recente poging tot zelfverwonding	0
Aandacht en interesse	Impulsief	0
	Gemakkelijk afgeleid	0
	Hyperactiviteit	0
	Desorganisatie	0
	Gebrek aan motivatie	1
	Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie)	1
	Moeite om in slaap te vallen of te blijven slapen; te vroeg wakker worden; rusteloosheid; onrustige slaap	2
	Wordt meerdere keren per nacht wakker	2
Sociale participatie	Kan het kind/de jongere naar de opvang of school zoals andere kinderen van dezelfde leeftijd?	0
	Kan het kind/de jongere naar buitenschoolse opvang?	1

	Hoe lang kon het kind/de jongere gemiddeld het afgelopen jaar niet naar de opvang of school gaan?	0
	De sociale relaties zijn verstoord omwille van gedragsstoornissen, verstandelijke, psychische/psychiatrische, zintuiglijke, neurologische, neuromotorische of lichamelijke aandoeningen.	0
	Georganiseerd programma in een club of team of buitenschoolse lessen	1
	Vrijwilligersactiviteit	4
Extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers (4-6 jaar)	Begeleiding en bijzondere stimulering door ouders, bv. in geval van psychomotorische achterstand, gedrags- of sensorïële stoornissen.	1
	Noodzaak tot thuisblijven, noodzaak tot het onderbreken/verminderen van de beroepsbezigheden door één van de ouders of noodzaak tot het inschakelen van andere mantelzorgers voor verzorging van het kind/de jongere.	1
	Bestendig toezicht noodzakelijk, kan geen ogenblik alleen gelaten worden in een andere ruimte binnenshuis.	1
	Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie of naar therapieervangende activiteiten?	2
Extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers (7-18 jaar)	Is meer toezicht en begeleiding bij dagdagelijkse activiteiten noodzakelijk dan voor een ander kind van dezelfde leeftijd?	1
	Is extra specifieke hulp en toezicht nodig bij het maken van huiswerk in vergelijking met een leeftijdsgenoot?	3
	Ondanks speciale inspanningen van de ouders is deelname aan een gewone jeugdbeweging en sportactiviteiten moeilijk of onmogelijk.	2
	Noodzaak tot thuisblijven, noodzaak tot het onderbreken/verminderen van de beroepsbezigheden door één van de ouders of noodzaak tot het inschakelen van andere mantelzorgers voor verzorging van het kind/de jongere.	1
	Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie of naar therapieervangende activiteiten?	2
Uitkomstmaten	Hebben de ouders van dit kind/deze jongere volgens u recht op de Vlaamse zorgverzekering?	13
	Krijgen de ouders verhoogde kinderbijslag?	57

Uit de bovenstaande tabel leiden we af dat de testScreeners zeer goed zijn ingevuld. Enkel voor de uitkomstmaten zijn er een substantieel aantal ontbrekende gegevens. Het grote aantal ontbrekende gegevens met betrekking tot de verhoogde kinderbijslag is toe te schrijven aan het feit dat voor vele ouders de aanvraag nog lopende was op het moment waarop de Screener werd afgenomen. Daarnaast gaven enkele indicatiestellers aan dat zij soms twijfelden of de ouders recht hebben op de zorgverzekering. In dat geval ontbreekt de score op deze vraag.

#### 4.2.1.2 *Het aantal ingevulde modules*

De onderstaande tabel geeft aan dat de diverse modules voor het merendeel van de kinderen/jongeren volledig werden ingevuld. Vooral de modules ADL, sociale participatie en extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers werden voor bijna alle kinderen en jongeren ingevuld.

Tabel 4 Het aantal en % kinderen/jongeren waarvoor de module werd ingevuld

	Aantal kinderen/jongeren	% kinderen/jongeren
ADL	538	97%
Cognitie	453	82%
Communicatie	451	81%
Gedragssymptomen	445	80%
Aandacht en interesse	506	91%
Sociale participatie	532	96%
Extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers	547	99%

Tabel 5 toont dan ook aan dat voor 66% van de kinderen en jongeren alle modules moesten worden ingevuld. De steekproef is dus gekenmerkt door kinderen en jongeren met beperkingen op diverse vlakken.

Tabel 5 Het aantal modules dat per kind/jongere openklapte

Het aantal opengeklapte modules	Het aantal kinderen/jongeren	% kinderen/jongeren
1	2	0%
2	7	1%
3	22	4%
4	31	6%
5	57	10%
6	71	13%
7 (alle modules werden opengeklapt)	365	66%

## 4.2.1.3 De verdeling van de scores per module

- ADL

Tabel 6 De verdeling van de scores per activiteit van het dagelijks leven

	Zelfstandig	Hulp beperkt tot klaarzetten	Toezicht	Beperkte hulp	Uitgebreide hulp	Maximale hulp	Totale afhankelijkheid	Activiteit kwam niet voor
<b>Persoonlijke hygiëne</b>	7%	3%	20%	13%	11%	26%	20%	0%
<b>Baden</b>	6%	3%	16%	11%	13%	29%	23%	0%
<b>Kleden boven</b>	9%	10%	18%	16%	16%	19%	13%	0%
<b>Kleden onder</b>	8%	7%	12%	19%	18%	22%	14%	0%
<b>Zich verplaatsen</b>	69%	5%	11%	6%	2%	3%	5%	0%
<b>Toiletgebruik</b>	17%	3%	12%	17%	19%	16%	17%	1%
<b>Eten</b>	17%	18%	17%	26%	11%	7%	5%	0%

Opvallend in deze tabel is dat de ADL-scores over het algemeen zeer hoog zijn. Enkel voor 'zich verplaatsen' stellen we vast dat veel kinderen en jongeren uit deze steekproef dit zelfstandig doen.

- Cognitie

Tabel 7 De verdeling van de scores voor cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming

	Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming
Zelfstandig	20%
Gewijzigd zelfstandig	8%
Minimaal beperkt	11%
Matig beperkt	27%
Ernstig beperkt	34%
Geen waarneembaar bewustzijn, coma	0%
Total	100%

Tabel 8 De verdeling van de scores voor kortetermijn- en procedureel geheugen

	Kortetermijngeheugen	Procedureel geheugen
Geen geheugenprobleem	60%	40%
Geheugenprobleem	40%	60%
Total	100%	100%

- Communicatie

Tabel 9 De verdeling van de scores voor 'Uiting – zichzelf duidelijk maken'

	Uiting
Wordt begrepen	26%
Wordt gewoonlijk begrepen	18%
Wordt vaak begrepen	19%
Wordt soms begrepen	28%
Wordt zelden of nooit begrepen	8%
Totaal	100%

Tabel 10 De verdeling van de scores voor 'Begrip – anderen kunnen begrijpen'

	Begrip
Begrijpt	22%
Begrijpt gewoonlijk	15%
Begrijpt vaak	23%
Begrijpt soms	34%
Begrijpt zelden of nooit	6%
Totaal	100%

- Gedragssymptomen

Tabel 11 De verdeling van de scores voor ‘gedragssymptomen’

	Niet aanwezig	Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond	Op 1-2 van de laatste 3 dagen vertoond	Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 1-2 voorvallen	Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 3 of meerdere voorvallen of continu
<b>Verbaal geweld</b>	40%	15%	14%	14%	17%
<b>Lichamelijk lastigvallen</b>	44%	19%	14%	12%	11%
<b>Sociaal ongepast of storend gedrag</b>	52%	13%	10%	12%	14%
<b>Verzet zich tegen zorg</b>	55%	18%	10%	10%	7%
<b>Destructief gedrag ten aanzien van eigendom</b>	56%	20%	11%	8%	5%
<b>Woede-uitbarsting</b>	33%	23%	16%	14%	14%

Tabel 12 Verdeling van de scores voor ‘meest recente poging tot zelfverwonding’

	<b>Meest recente poging tot zelfverwonding</b>
Nooit	85%
Meer dan 1 jaar geleden	2%
31 dagen - 1 jaar geleden	4%
8 - 30 dagen geleden	2%
4 - 7 dagen geleden	2%
In de laatste drie dagen	5%



- Aandacht en interesse

Tabel 13 Verdeling van de scores voor 'Aandacht en interesse'

	Niet aanwezig	Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond	Op 1-2 van de laatste 3 dagen vertoond	Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 1-2 voorvallen	Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 3 of meerdere voorvallen of continu
<b>Impulsief</b>	26%	14%	12%	18%	30%
<b>Gemakkelijk afgeleid</b>	18%	10%	12%	24%	36%
<b>Hyperactiviteit</b>	50%	9%	5%	14%	22%
<b>Desorganisatie</b>	30%	9%	9%	19%	34%
<b>Gebrek aan motivatie</b>	43%	15%	11%	13%	18%
<b>Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie)</b>	69%	19%	5%	5%	2%
<b>Moeite om in slaap te vallen of te blijven slapen; te vroeg wakker worden; rusteloosheid; onrustige slaap</b>	40%	13%	11%	21%	15%
<b>Wordt meerdere keren per nacht wakker</b>	51%	16%	9%	12%	12%

- Sociale participatie

Tabel 14 Verdeling van de scores voor enkele vragen over ‘sociale participatie’

		Percentage kinderen/jongeren
<b>Kan het kind/de jongere naar de opvang of school zoals andere kinderen van dezelfde leeftijd?</b>	Nee	21%
	Ja, het kind kan naar het gewone onderwijs/ kinderopvang gaan	24%
	Ja, het kind kan naar bijzonder onderwijs/ Inclusieve kinderopvang gaan	55%
<b>Kan het kind/de jongere naar de opvang of school zoals andere kinderen van dezelfde leeftijd?</b>	Nee	57%
	Ja	43%
<b>Hoe lang kon het kind/de jongere gemiddeld het afgelopen jaar niet naar de opvang of school gaan?</b>	Minder dan één maand	75%
	Eén maand of langer	25%
<b>De sociale relatie zijn verstoord omwille van gedragsstoornissen, verstandelijke, psychische/psychiatrische, zintuiglijke, neurologische, neuromotorische of lichamelijke aandoeningen.</b>	Nee	14%
	Ja	86%

Tabel 15 Verdeling van de scores voor ‘Betrokkenheid in gestructureerde activiteiten gedurende de laatste 90 dagen’

	Ja, neemt deel aan activiteiten die niet in het bijzonder zijn aangepast	Ja, neemt deel aan activiteiten die zijn aangepast	Nee, omwille van problemen die niet gerelateerd zijn aan de gezondheid/handicap/beperving	Nee, omwille van gezondheidsproblemen/handicap/bepervingen
<b>Georganiseerd programma in een club of team of buitenschoolse lessen</b>	15%	24%	10%	51%
<b>Vrijwilligersactiviteit</b>	8%	3%	38%	50%

- Extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers

Tabel 16 Verdeling van de scores voor 'extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers' voor kinderen van 4 tot en met 6 jaar

		Percentage kinderen
<b>Begeleiding en bijzondere stimulering door ouders, bv. in geval van psychomotorische achterstand, gedrags- of sensorische stoornissen.</b>	Nee	13%
	Ja	87%
<b>Noodzaak tot thuisblijven, noodzaak tot het onderbreken/verminderen van de beroepsbezigheden door één van de ouders of noodzaak tot het inschakelen van andere mantelzorgers voor verzorging van het kind/de jongere.</b>	Nee	18%
	Ja	82%
<b>Bestendig toezicht noodzakelijk, kan geen ogenblik alleen gelaten worden in een andere ruimte binnenshuis.</b>	Nee	41%
	Ja	59%
<b>Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie of naar therapieervangende activiteiten?</b>	Nooit	30%
	Eén keer per maand of minder	15%
	Eén keer per twee à drie weken	6%
	Eén keer per week	12%
	Meerdere keren per week	38%

Tabel 17 Verdeling van de scores voor 'extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers' voor kinderen en jongeren vanaf 7 tot 18 jaar

		Percentage kinderen/jongeren
<b>Is meer toezicht en begeleiding bij dagdagelijkse activiteiten noodzakelijk dan voor een ander kind van dezelfde leeftijd?</b>	Nee	5%
	Ja, er is meer toezicht en begeleiding noodzakelijk maar kan wel alleen worden gelaten in een andere ruimte binnenshuis	67%
	Ja, kan geen ogenblik alleen gelaten worden in een andere ruimte binnenshuis	28%
<b>Is extra specifieke hulp en toezicht nodig bij het maken van huiswerk in vergelijking met een leeftijdsgenoot?</b>	Nee	25%
	Ja	75%
<b>Ondanks speciale inspanningen van de ouders is deelname aan een gewone jeugdbeweging en sportactiviteiten moeilijk of onmogelijk.</b>	Nee	37%
	Ja	63%
<b>Noodzaak tot thuisblijven, noodzaak tot het onderbreken/verminderen van de beroepsbezigheden door één van de ouders of noodzaak tot het inschakelen van andere mantelzorgers voor verzorging van het kind/de jongere.</b>	Nee	18%
	Ja	82%
<b>Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie of naar therapieervangende activiteiten?</b>	Nooit	31%
	Eén keer per maand of minder	14%
	Eén keer per twee à drie weken	8%
	Eén keer per week	15%
	Meerdere keren per week	32%

#### 4.2.1.4 Uitkomstmaten: Percentages

Volgens het oordeel van de indicatiestellers hebben 77% van de ouders uit deze steekproef recht op de zorgverzekering. Onderstaande tabel geeft weer welk percentage ouders momenteel al dan niet verhoogde kinderbijslag krijgt.

Tabel 18 Het percentage ouders dat al dan niet verhoogde kinderbijslag krijgt

	Percentage ouders
Geen verhoogde kinderbijslag	12%
Minder dan 6 punten in totaal waarvan minstens 4 op pijler 1	2%
6-8 punten in het totaal waarvan minder dan 4 punten op pijler 1	14%
6-8 punten in het totaal waarvan minstens 4 punten op pijler 1	2%
9-11 punten in het totaal waarvan minder dan 4 punten op pijler 1	9%
9-11 punten in het totaal waarvan minstens 4 punten op pijler 1	6%
12-14 punten in totaal	28%
15-17 punten in totaal	17%
18-20 punten in totaal	4%
Meer dan 20 punten in totaal	6%

#### 4.2.2 Fase 2: Verkennen van de samenhang tussen variabelen

In deze tweede fase exploreren we aan de hand van correlaties en principale componentenanalyses hoe de scores op bepaalde vragen al dan niet onderling samenhangen.

##### 4.2.2.1 Eerste reeks correlaties

Tabel 19 Eerste reeks correlaties (ADL)

	Persoonlijke hygiëne	Baden	Kleden boven	Kleden onder	Zich verplaatsen	Toiletgebruik
<b>Persoonlijke hygiëne</b>	1					
<b>Baden</b>	0,82***	1				
<b>Kleden boven</b>	0,78***	0,76***	1			
<b>Kleden onder</b>	0,72***	0,78***	0,89***	1		
<b>Zich verplaatsen</b>	0,26***	0,32***	0,35***	0,39***	1	
<b>Toiletgebruik</b>	0,70***	0,69***	0,68***	0,69***	0,31***	1
<b>Eten</b>	0,54***	0,52***	0,59***	0,56***	0,35***	0,58***

p\* < 0,05; p\*\* < 0,01; p\*\*\* < 0,001; ns = niet significant

De grote, significante<sup>27</sup> correlaties (samenhang) tussen persoonlijke hygiëne, baden, kleden boven en kleden onder zijn een argument om de verkorte ADL-interRAI schaal te gebruiken bestaande uit de items 'persoonlijke hygiëne', 'zich verplaatsen', 'toiletgebruik' en 'eten' aangezien zij gelijkaardige zaken meten. Bovendien correleert deze verkorte ADL-schaal zeer hoog met de uitgebreide ADL-schaal (namelijk  $r=0,87^{***}$ ) waardoor het overbodig wordt om de uitgebreide ADL-schaal te gebruiken.

#### 4.2.2.2 Een eerste principale componentenanalyse (met varimax rotatie)

Een tweede manier om de samenhang tussen variabelen in kaart te brengen, is via een principale componentenanalyse. Een dergelijke analyse biedt meer inzicht in welke variabelen sterk samenhangen en eenzelfde onderliggende dimensie meten.

Tabel 20 Een eerste principale componentenanalyse met varimax rotatie

	Component				
	1	2	3	4	5
Lichamelijk lastigvallen	0,82				
Verbaal geweld	0,81				
Woede uitbarsting	0,80				
Destructief gedrag ten aanzien van eigendom	0,77				
Sociaal ongepast of storend gedrag	0,60				
Verzet zich tegen zorg	0,54				
Meest recente poging tot zelfverwonding					
Impulsief		0,71			
Gemakkelijk afgeleid		0,68			
Desorganisatie		0,68			
Begrip - anderen kunnen begrijpen		0,67			
Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming		0,65			
Uiting - zichzelf duidelijk maken		0,59	0,54		
Hyperactiviteit		0,57			
Toiletgebruik			0,79		
Persoonlijke hygiëne			0,78		
Eten			0,75		
Zich verplaatsen			0,66		

<sup>27</sup> De significantie van de resultaten wordt weergegeven via de p-waarde. Indien p één sterretje heeft, betekent dit dat deze waarde kleiner is dan 0,05 (significant); indien p twee sterretjes heeft, is deze waarde kleiner dan 0,01 (sterk significant) en indien p drie sterretjes heeft, is deze waarde kleiner dan 0,001 (zeer sterk significant). Waarden die niet significant zijn, worden aangeduid in dit rapport met 'ns'.

Het uittesten in de praktijk van de finale ontwerpversie van de  
BelRAI Screener voor kinderen en jongeren

Wordt meerdere keren per nacht wakker				0,88	
Moeite om in slaap te vallen of te blijven slapen; te vroeg wakker worden; rusteloosheid; onrustige slaap				0,83	
Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie)					0,79
Gebrek aan motivatie					0,63

Uit deze analyse onderscheiden we 5 'principale componenten' of onderliggende dimensies waarbij bepaalde items onderling sterk samenhangen. Op de eerste component laden vooral deze items hoog die verwijzen naar gedragsymptomen (bv. lichamelijk lastigvallen, verbaal geweld, woede-uitbarsting...). Het item 'meest recente poging tot zelfverwonding' laadt op geen enkele component. De tweede component bestaat uit items die verwijzen naar aandacht. Deze component bevat zowel items rond aandacht, cognitie als communicatie. De derde component verwijst naar de activiteiten van het dagelijks leven en de vierde component naar slaapproblemen. De laatste component<sup>28</sup> bestaat in principe uit twee items (namelijk 'anhedonie' en 'gebrek aan motivatie'). Echter, wanneer we de correlatie tussen deze items bekijken is deze vrij laag ( $r=0,25^{***}$ ). Daarom opteren we om deze items apart (en dus niet in één dimensie) op te nemen in de verdere analyses.

---

<sup>28</sup> Deze component heeft de kleinste eigenvalue en verklaart het minste de variantie in de data.

## 4.2.2.3 Tweede reeks correlaties

Tot slot gaan we de samenhang na tussen de schalen die interRAI (IR) voorstelt (bv. de 'korte ADL schaal'), twee dimensies die uit de principale componentenanalyse naar voren komen (namelijk s-slaap en s-ADL) en enkele aparte items (op intervalniveau) die niet tot een dimensie behoren.

Tabel 21 Tweede reeks correlaties

	1. s-ADL (verkort)	2. s- Cognitie	3. s- Gedragssy mptomen	4. s- Aandacht	5. s- Slaap	6. Gebrek aan motivati e	7. Anhed onie	8. Poging tot zelfverwonding	9. Naar therapie?
1. s-ADL (IR: verkort)	1								
2. s-Cognitie (IR: besluitvorming, KT en proc. geheugen, eten, begrip)	0,45***	1							
3. s-Gedragssymptomen (IR: verbaal geweld, lichamelijk lastigvallen, sociaal ongepast gedrag, verzet zich tegen zorg)	0,15***	0,38***	1						
4. s-Aandacht (IR: impulsief, gemakkelijk afgeleid, hyperactiviteit, desorganisatie)	0,21***	0,56***	0,57***	1					
5. s-Slaap (in- en doorslapen)	0,13**	0,28***	0,31***	0,34***	1				
6. Gebrek aan motivatie	0,15***	0,38***	0,32***	0,39***	0,23***	1			
7. Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie)	-0,13**	ns	0,11**	0,10*	0,11*	0,25***	1		
8. Meest recente poging tot zelfverwonding	0,11*	0,22***	0,30***	0,25***	0,17***	0,16***	ns	1	
9. Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie of naar therapieervangende activiteiten?	0,14**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	1
10. Krijgen de ouders verhoogde kinderbijslag?	0,37***	0,39***	ns	0,12**	ns	0,12**	ns	ns	ns

p\* $<0,05$ ; p\*\* $<0,01$ ; p\*\*\* $<0,001$ , ns=niet significant



Daarnaast geven we in onderstaande tabel een overzicht van de verdeling van de ouders die volgens de indicatiestellers al dan niet recht op de zorgverzekering hebben en dit naargelang de graad van verhoogde kinderbijslag die zij ontvangen.

Tabel 22 Verdeling van het recht op zorgverzekering naar de punten op de verhoogde kinderbijslag

	Geen recht op zorgverzekering	Recht op zorgverzekering	Totaal
Geen verhoogde kinderbijslag	24	26	50
Minder dan 6 punten in totaal waarvan minstens 4 op pijler 1	2	6	8
6-8 punten in het totaal waarvan minder dan 4 punten op pijler 1	16	49	65
6-8 punten in het totaal waarvan minstens 4 punten op pijler 1	3	5	8
9-11 punten in het totaal waarvan minder dan 4 punten op pijler 1	7	34	41
9-11 punten in het totaal waarvan minstens 4 punten op pijler 1	4	24	28
12-14 punten in totaal	13	120	133
15-17 punten in totaal	4	76	80
18-20 punten in totaal	0	19	19
Meer dan 20 punten in totaal	0	28	28
Totaal	73	387	460

#### 4.2.3 Fase 3: Naar één maat voor gedrag & aandacht

Uit de bovenstaande correlatieanalyse blijkt dat de interRAI schaal rond 'aandacht' sterk samenhangt met de interRAI schaal voor 'cognitie' ( $r=0,56^{***}$ ) en deze voor 'gedragssymptomen' ( $r=0,57^{***}$ ).

Een zeer sterke samenhang tussen deze drie schalen kan echter 'multicollineariteit' veroorzaken in de volgende analyses (zoals bv. discriminantanalyses) wat de betrouwbaarheid ervan kan verminderen. Om dit te voorkomen berekenen we één samengestelde maat (een index) voor 'gedragssymptomen' & 'aandacht' via een principale componentenanalyse. Deze nieuwe index noemen we verder de schaal 'gedragsindicatoren'.

##### 4.2.3.1 Een tweede reeks principale componenten analyses

Tabel 23 Een principale componentenanalyse met het item 'gemakkelijk afgeleid'

	Component	
	1	2
Woede uitbarsting	0,78	-0,33
Destructief gedrag ten aanzien van eigendom	0,76	-0,26
Lichamelijk lastigvallen	0,75	-0,41
Sociaal ongepast of storend gedrag	0,74	0,00
Impulsief	0,71	0,42
Verbaal geweld	0,71	-0,43
Hyperactiviteit	0,7	0,26
Desorganisatie	0,67	0,44
Verzet zich tegen zorg	0,59	-0,09
Gemakkelijk afgeleid	0,58	0,58

Uit deze principale componentenanalyse blijkt dat het item ‘gemakkelijk afgeleid’ het laagst laadt op de eerste component en relatief hoog op de tweede component. Omdat dit erop wijst dat voor dit item eerder een andere component aan de basis ligt, laten we het in de volgende principale componentenanalyse buiten beschouwing.

Tabel 24 Een principale componentenanalyse zonder het item ‘gemakkelijk afgeleid’

	Component	
	1 Gedragsindicatoren	2
Woede uitbarsting	0,80	-0,27
Lichamelijk lastigvallen	0,77	-0,38
Destructief gedrag ten aanzien van eigendom	0,77	-0,22
Sociaal ongepast of storend gedrag	0,74	0,15
Verbaal geweld	0,73	-0,44
Hyperactiviteit	0,69	0,35
Impulsief	0,69	0,48
Desorganisatie	0,64	0,49
Verzet zich tegen zorg	0,60	0,00

Op basis van deze laatste principale componentenanalyse maken we een nieuwe index op die we ‘gedragsindicatoren’ noemen. Het item ‘woede-uitbarsting’ bepaalt deze index het sterkst (namelijk met een gewicht van 0,80), gevolgd door ‘lichamelijk lastigvallen’ (met een gewicht van 0,77) en ‘destructief gedrag ten aanzien van eigendom’ (eveneens met een gewicht van 0,77). Het item ‘verzet tegen zorg’ bepaalt het minst de score op deze nieuwe index.

#### 4.2.4 Fase 4: Nagaan van de voorwaarden om bepaalde statistische analyses te mogen doen

Alle variabelen, behalve ‘anhedonie’ en ‘poging tot zelfverwonding’, zijn normaal verdeeld. Om tot een normale verdeling van deze twee variabelen te komen, transformeren we hen via een logaritmische transformatie. Op die manier wordt de variabele ‘anhedonie’ eveneens normaal verdeeld; de variabele ‘poging tot zelfverwonding’ blijft echter na de transformatie niet normaal verdeeld. Omdat dit slechts één item betreft, exploreren we via logistische regressieanalyse -een analyse die geen normaal-verdeeldheid van de data veronderstelt- of deze variabele het recht op zorgverzekering voorspelt. In tabel 25 ziet u dat dit item geen significante bijdrage (ns) levert aan deze voorspelling. Vandaar dat we dit item niet verder opnemen in de discriminantanalyses die we later zullen uitvoeren.

Tabel 25 Bijkomende logistische regressieanalyse met ‘poging tot zelfverwonding’ als één van de voorspellers

	Exp(B)
Constant	0,02***
Geslacht	ns
Leeftijd	ns
1. s-ADL (verkort)	2,45***
2. s-Cognitie	ns
3. s-Gedragsindicatoren	1,56*
3. s-Slaap	ns
4. Gebrek aan motivatie	1,53**
5. Poging tot zelfverwonding	ns
6. Anhedonie (Ln)	6,89*
7. Naar opvang of school kunnen gaan	ns
8. Langer dan een maand niet naar opvang of school kunnen gaan	ns
9. De sociale relatie zijn verstoord	4,31***
10. Niet kunnen deelnemen aan team/buitenschoolse lessen	2,15*
Df	13
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,50***

Vooraleer we op zoek gaan naar de voorspellers van het al dan niet recht hebben op de zorgverzekering, geven we opnieuw de correlaties weer van de nieuwe voorspellers -inclusief gedragsindicatoren en de logaritmische transformatie van ‘anhedonie’- die overeind blijven uit de voorgaande analyses. De onderstaande tabel geeft hiervan een overzicht.

Tabel 26 Correlaties met de ‘nieuwe’ variabelen, namelijk s-gedragsindicatoren en ln (anhedonie)

	1. ADL (verkort)	2. s-Cognitie	3. s-Gedragsindicatoren	3. s-Slaap	4. Gebrek aan motivatie	5. Anhedonie (Ln)	6. Naar therapie
1. s-ADL (verkort)	1						
2. s-Cognitie	,45***	1					
3. s-Gedragsindicatoren	,19***	,49***	1				
3. s-Slaap	,13**	,28***	,36***	1			
4. Gebrek aan motivatie	,15***	,38***	,36***	,23***	1		
5. Anhedonie (Ln)	-,14**	ns	,11*	,12**	,25***	1	
6. Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie of naar therapieervangende activiteiten?	,14**	ns	-,09*	ns	ns	ns	1
7. Krijgen de ouders verhoogde kinderbijslag?	,37***	,39***	ns	ns	,12**	ns	ns

Omdat uit deze tabel blijkt dat er geen zeer hoge correlaties meer zijn tussen deze geselecteerde variabelen, veronderstellen we dat er geen multicollineariteit zal optreden in de volgende analyses.

#### 4.2.5 Fase 5: Op zoek naar voorspellers voor het recht op zorgverzekering

##### 4.2.5.1 Vooraf

Vooraleer we op zoek gaan naar de voorspellers voor het recht op de zorgverzekering, wensen we eerst te analyseren welke variabelen bepalen of ouders *automatisch* recht hebben op de zorgverzekering door hun hoge score (18 punten of meer) op de medisch-sociale schaal van verhoogde kinderbijslag. We analyseren dit door de groep van ouders die volgens de indicatiestellers recht zouden moeten hebben op de zorgverzekering op te splitsen in zij die al dan niet *automatisch* recht hebben op de zorgverzekering omwille van hun score op de medisch-sociale schaal. Aan de hand van logistische regressieanalyse gaan we na welke voorspellers het *automatisch* recht op de zorgverzekering bepalen. De waarde 'Exp(B)' geeft daarbij aan welke voorspellers significant zijn. Een waarde groter dan 1 betekent dat er een positieve samenhang bestaat tussen de voorspeller en het *automatisch* recht op zorgverzekering (t.o.v. ouders die niet automatisch de zorgverzekering krijgen maar toch deze zouden moeten hebben volgens de indicatiestellers). Een waarde tussen 0 en 1 betekent dat er een negatieve samenhang bestaat tussen de voorspeller en het *automatisch* recht op zorgverzekering.

Tabel 27 Logistische regressie analyse om het *automatisch* recht op de zorgverzekering te bepalen

	Exp(B)
Constant	0,00***
Geslacht	ns
Leeftijd	1,15*
s-ADL (verkort)	2,65***
s-Cognitie	ns
s-Gedragsindicatoren	0,50*
s-Slaap	ns
Gebrek aan motivatie	ns
Anhedonie (Ln)	ns
Poging tot zelfverwonding	ns
Df	9
Nagelkerke R <sup>2</sup> <sup>29</sup>	0,34***

Bovenstaande tabel geeft weer dat een hogere leeftijd en hogere ADL-scores gepaard gaan met een grotere kans op *automatisch* recht op de zorgverzekering. Hogere scores op gedragsindicatoren gaan daarentegen samen met een lagere kans op *automatisch* recht op de zorgverzekering. Deze laatste bevinding verwijst naar het feit dat ouders met kinderen met hogere scores op gedragsindicatoren minder kans hebben om automatisch recht te hebben op de zorgverzekering (ook al geven de indicatiestellers aan dat deze ouders eveneens recht zouden moeten hebben op deze zorgverzekering). Wellicht is dit te verklaren doordat de medisch-sociale schaal van de verhoogde kinderbijslag deze gedragsindicatoren minder in rekening neemt bij de bepaling van verhoogde kinderbijslag.

<sup>29</sup> De maat 'Nagelkerke R<sup>2</sup>' geeft aan dat in totaal aan de hand van deze voorspellers 34% van de variantie van de uitkomstmaat (al dan niet *automatisch* recht op de zorgverzekering) verklaard wordt.

4.2.5.2 *Voorspellers van het recht op de zorgverzekering*

Om na te gaan welke de voorspellers van het recht op de zorgverzekering zijn, doorlopen we verschillende stappen, rekening houdend met de verschillende metingen die we ter beschikking hebben. Enerzijds hebben we wellicht als meest accurate meting van het recht op de zorgverzekering de subjectieve inschatting van de indicatiestellers. Anderzijds geven enkele andere metingen de zorgzwaarte voor de ouders weer zoals ‘noodzaak tot thuisblijven (onderbreken van het werk bijvoorbeeld)’, ‘het kind niet alleen kunnen laten in een andere ruimte binnenshuis’ en ‘begeleiding en bijzondere stimulering van het kind’.

In een eerste fase analyseren we welke voorspellers de zwaarste zorggroep onderscheidt van andere zorggroepen. We gebruiken een stapsgewijze discriminantanalyse om die variabelen te selecteren die het meest bijdragen aan de voorspelling van het al dan niet behoren tot die zwaarste zorggroep.

Voor de kinderen van 4 tot 6 jaar berekenen we de zwaarste zorggroep door een optelsom te maken van ‘het oordeel van de indicatiestellers over het recht op zorgverzekering’ + ‘de noodzaak tot thuisblijven (onderbreken van het werk bijvoorbeeld door één van de ouders)’ + ‘het kind niet alleen kunnen laten in een andere ruimte binnenshuis’ + ‘begeleiding en bijzondere stimulering van het kind’. Voor kinderen vanaf 7 jaar maken we de optelsom van ‘het oordeel van de indicatiestellers over het recht op zorgverzekering’ + ‘de noodzaak tot thuisblijven (onderbreken van het werk bv. door één van de ouders)’ + ‘het kind niet alleen kunnen laten in een andere ruimte binnenshuis’. Enkel kinderen die op elk van deze variabelen een ‘ja’ scoren, behoren volgens deze berekening tot de zwaarste zorggroep.

Tabel 28 Stapsgewijze discriminant analyse om de zwaarste zorggroep te voorspellen (4-6 jaar)

4-6-jarigen	Gestandaardiseerde canonische discriminantfunctie coëfficiënten
s-Cognitie	0,67
s-Gedragsindicatoren	0,41
Naar school kunnen gaan	-0,64
Df	3
Canonische correlatie	0,64***

Tabel 29 Stapsgewijze discriminant analyse om de zwaarste zorggroep te voorspellen (7-18 jaar)

7+ -jarigen	Gestandaardiseerde canonische discriminantfunctie coëfficiënten
s-ADL (verkort)	0,28
s-Cognitie	0,47
s-Gedragsindicatoren	0,50
Niet kunnen deelnemen aan hobby in club/team/buitenschoolse lessen	0,33
Df	4
Canonische correlatie	0,54***

Deze analyses geven een eerste zicht op belangrijke voorspellers van het recht op de zorgverzekering. Toch zouden slechts zeer weinig ouders recht krijgen op de zorgverzekering wanneer we enkel deze zwaarste zorggroep in rekening nemen. Daarom zwakken we de zwaarte van de zorggroep af en bekijken we welke voorspellers overeind blijven.

Voor de 4 tot 6-jarigen berekenen we een maat die een optelsom is van 'het oordeel van de indicatiestellers op het recht op zorgverzekering' + 'begeleiding en bijzondere stimulering van het kind'. Voor de kinderen en jongeren vanaf 7 jaar, berekenen we een maat die een optelsom is van 'het oordeel van de indicatiestellers op het recht op zorgverzekering' + 'noodzaak tot thuisblijven' + 'minstens meer toezicht nodig dan voor een ander kind van dezelfde leeftijd'.

Tabel 30 Stapsgewijze discriminant analyse om het behoren tot de 'iets minder zware zorggroep' te voorspellen (4-6 jaar)

4-6-jarigen	Gestandaardiseerde canonische discriminantfunctie coëfficiënten
s-Cognitie	0,53
De sociale relatie zijn verstoord	0,73
Df	2
Canonische R <sup>2</sup>	0,63***

Tabel 31 Stapsgewijze discriminant analyse om het behoren tot de 'iets minder zware zorggroep' te voorspellen (7-18 jaar)

7+ -jarigen	Gestandaardiseerde canonische discriminantfunctie coëfficiënten
s-ADL (verkort)	0,55
s-Gedragsindicatoren	0,36
Gebrek aan motivatie	0,31
De sociale relatie zijn verstoord	0,34
Niet kunnen deelnemen aan hobby in club/team/buitenschoolse lessen	0,23
Df	5
Canonische R <sup>2</sup>	0,56***

We besluiten dat er verschillende voorspellers zijn van de zwaarste en iets minder zware zorggroepen voor de 4 tot 6-jarigen en de 7+ -jarigen. Bovendien verschilt de kracht van de voorspellers naargelang de leeftijdsgroep. Om eenduidigheid en continuïteit bij de afname van de Screeners te bekomen, streven we echter naar één gemeenschappelijke Screener voor beide leeftijdsgroepen. Daarom selecteren we voor beide leeftijdscategorieën alle variabelen uit de bovenstaande tabellen (Tabel 28, Tabel 29, Tabel 30 en Tabel 31). Per leeftijdscategorie doen we eenzelfde discriminantanalyse met deze variabelen om te bepalen hoe sterk elk van deze voorspellers bijdragen aan de voorspelling van het recht op de zorgverzekering (zoals beoordeeld door de indicatiesteller). De resultaten van deze analyses vindt u in onderstaande tabellen.

Tabel 32 Naar eenzelfde discriminant analyses voor 4-6 als voor 7-18-jarigen

<b>4-6-jarigen</b>	Gestandaardiseerde canonische discriminantfunctie coëfficiënten
S-ADL (verkort)	0,11
S-Cognitie	0,36
S-Gedragsindicatoren	0,25
Gebrek aan motivatie	-0,09
Naar school/opvang kunnen gaan	-0,26
De sociale relatie zijn verstoord	0,80
Niet kunnen deelnemen aan hobby in club/team/buitenschoolse lessen	-0,02
Df	7
Canonische R <sup>2</sup>	0,66***

  

<b>7+ -jarigen</b>	Gestandaardiseerde canonische discriminantfunctie coëfficiënten
S-ADL (verkort)	0,64
S-Cognitie	0,01
S-Gedragsindicatoren	0,19
Gebrek aan motivatie	0,37
Naar school/opvang kunnen gaan	0,11
De sociale relatie zijn verstoord	0,37
Niet kunnen deelnemen aan hobby in club/ team/buitenschoolse lessen	0,21
Df	7
Canonische R <sup>2</sup>	0,59***

Uit de bovenstaande tabellen blijkt dat bepaalde voorspellers (namelijk 'gebrek aan motivatie', 'niet kunnen deelnemen aan hobby in club/team/buitenschoolse lessen' en 'naar school/opvang kunnen gaan') niet robuust zijn en andere uitkomsten geven naargelang de leeftijdscategorie. Deze voorspellers laten we uit de verdere analyses. Tot slot voegen we voorspellers toe met betrekking tot de extra zorg die ouders en/of andere mantelzorgers ervaren. Deze beschouwden we in eerdere analyses (zie Tabel 28, Tabel 29, Tabel 30 en Tabel 31) als uitkomstmaten, maar nemen we nu dus mee op als voorspellers van het recht op de zorgverzekering (zoals beoordeeld door de indicatiestellers). We includeren daarbij enkel deze voorspellers die voor beide leeftijdscategorieën voorspellend werken met als gevolg dat de variabele 'het kind alleen kunnen laten in een andere ruimte binnenshuis' niet weerhouden wordt voor de verdere analyses.

Onderstaande tabellen geven de finale voorspellers weer en de mate waarin zij het recht op de zorgverzekering (volgens het oordeel van de indicatiestellers) bepalen.



Tabel 33 Finale discriminant analyses met een toevoeging van voorspellers met betrekking tot de 'extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers'

<b>4-6-jarigen</b>	Gestandaardiseerde canonische discriminantfunctie coëfficiënten
S-ADL (verkort)	0,011
S-Cognitie	0,331
S-Gedragsindicatoren	0,201
De sociale relatie zijn verstoord...	0,725
Noodzaak tot thuisblijven (onderbreken van het werk bv.)...	0,206
Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie of naar therapieervangende activiteiten?	0,294
Df	6
Canonische R <sup>2</sup>	0,68***
<b>7+ -jarigen</b>	Gestandaardiseerde canonische discriminantfunctie coëfficiënten
S-ADL (verkort)	0,599
S-Cognitie	0,051
S-Gedragsindicatoren	0,344
De sociale relatie zijn verstoord...	0,297
Noodzaak tot thuisblijven (onderbreken van het werk bv.)...	0,314
Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie of naar therapieervangende activiteiten?	0,264
Df	6
Canonische R <sup>2</sup>	0,58***

#### 4.2.6 Fase 6: Hoe bepalen de voorspellers samen wie uiteindelijk recht heeft op de zorgverzekering?

De bovenstaande analyses geven ons meer zicht op de definitieve voorspellers en de grootte van hun bijdrage in de voorspelling van het recht op de zorgverzekering. We gebruiken de optelsom van de gestandaardiseerde discriminantfunctie coëfficiënten om een totaalscore te berekenen die aangeeft hoe sterk iemand recht zou hebben op de zorgverzekering. Via ROC analyses gaan we na vanaf welke score op deze functie ouders recht zouden moeten hebben op de zorgverzekering. Bij deze analyses berekenen we een somscore van de sensitiviteit en specificiteit van de voorspellende discriminantfunctie. Sensitiviteit verwijst naar het percentage ouders dat zowel volgens de voorspelling aan de hand van de discriminantfunctie als volgens de indicatiestellers recht hebben op deze zorgverzekering. Specificiteit verwijst naar het percentage ouders dat zowel volgens de voorspelling aan de hand van de discriminantfunctie als volgens het oordeel van de indicatiestellers *geen* recht hebben op de zorgverzekering. Een afkapscore berekenen we dus best door voor alle scores op de discriminantfunctie

de sensitiviteit en specificiteit op te tellen. De score met het maximum van deze som wordt dan de afkapscore.

#### 4.2.6.1 Scenario 1: de maximale som van de sensitiviteit en specificiteit

De resultaten van de ROC-analyses geven aan dat de voorspelling aan de hand van de discriminantfunctie voldoende krachtig is. Een statistische maat voor deze voorspellingskracht is de 'area under curve'. Deze dient groter te zijn dan 0,80 om voldoende voorspellend te zijn. Deze 'area under curve' bedraagt 0,90\*\*\* in de voorspelling van het recht op de zorgverzekering aan de hand van de discriminantfunctie voor de kinderen van 4 tot 6 jaar. De 'area under curve' bedraagt 0,84\*\*\* in de voorspelling voor de kinderen en jongeren vanaf 7 jaar.

Wanneer we de maximale somscore berekenen van de sensitiviteit en specificiteit (-1) voor de kinderen van 4 tot 6 jaar, bekomen we de waarde '-0,449' als afkappunt. Voor kinderen en jongeren vanaf 7 jaar, bedraagt deze waarde '-0,540'.

De voorspelling aan de hand van de discriminantfunctie is echter niet perfect. Voor de voorspelling van de kinderen van 4 tot 6 jaar zou 11% van de steekproef resultaten opleveren die niet in lijn liggen met het oordeel van de indicatiestellers; voor de kinderen/jongeren vanaf 7 jaar is dit zelfs 17%.

- Profielen van kinderen/jongeren waarvan de ouders volgens de indicatiestellers onterecht geen zorgverzekering zouden krijgen

Aangezien de voorspelling niet perfect is, zijn er ouders die volgens de indicatiestellers onterecht geen zorgverzekering krijgen. In deze paragraaf beschrijven we de profielen van de kinderen/jongeren van deze ouders per leeftijdsgroep.

Tabel 34 Profielen van kinderen van 4 tot en met 6 jaar waarvan de ouders volgens de indicatiestellers ten onrechte GEEN zorgverzekering krijgen

Nr.	ADL	Cognitie	Gedrags-indicatoren	Sociale relaties verstoord?	Noodzaak thuisblijven?	Brengen naar therapie?
1	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	5 Ernstige verslechtering	-0,31	Nee	Ja	Eén keer per week
2	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	3 Matige verslechtering	1,32	Nee	Ja	Meerdere keren per week
3	4 Uitgebreide hulp vereist - 2	5 Ernstige verslechtering	0,34	Nee	Ja	Meerdere keren per week
4	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	3 Matige verslechtering	0,17	Ja	Nee	Nooit
5	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	1 Borderline intact	-0,65	Ja	Nee	Eén keer per week
6	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	0 Intact	-0,86	Nee	Nee	Eén keer per maand of minder
7	0 Zelfstandig	0 Intact	-0,03	Nee	Ja	Eén keer per twee à drie weken
8	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	0 Intact	0,36	Ja	Ja	Nooit

Tabel 35 Profielen van kinderen en jongeren vanaf 7 jaar (tot 18 jaar) waarvan de ouders volgens de indicatiestellers ten onrechte GEEN zorgverzekering krijgen

Nr.	ADL	Cognitie	Gedragsindicatoren	Sociale relaties verstoord?	Noodzaak thuisblijven?	Brengen naar therapie?
1	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	1 Borderline intact	-1,35	Nee	Ja	Meerdere keren per week
2	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	0 Intact	-1,35	Ja	Nee	Meerdere keren per week
3	2 Beperkte verslechtering	2 Lichte verslechtering	0,53	Ja	Nee	Eén keer per twee à drie weken
4	1 Toezicht noodzakelijk	0 Intact	-1,35	Ja	Ja	Meerdere keren per week
5	0 Zelfstandig	5 Ernstige verslechtering	0,50	Ja	Ja	Eén keer per twee à drie weken
6	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	3 Matige verslechtering	-0,16	Nee	Ja	Nooit
7	1 Toezicht noodzakelijk	1 Borderline intact	0,19	Ja	Ja	Nooit
8	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	5 Ernstige verslechtering	-0,53	Ja	Nee	Nooit
9	2 Beperkte verslechtering	1 Borderline intact	0,60	Ja	Nee	Eén keer per maand of minder
10	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	3 Matige verslechtering	-1,35	Ja	Nee	Eén keer per twee à drie weken
11	1 Toezicht noodzakelijk	3 Matige verslechtering	-0,16	Ja	Ja	Nooit
12	0 Afhankelijk	0 Intact	0,41	Ja	Ja	Eén keer per twee à drie weken
13	1 Toezicht noodzakelijk	3 Matige verslechtering	-0,29	Ja	Ja	Nooit
14	1 Toezicht noodzakelijk	5 Ernstige verslechtering	1,63	Ja	Nee	Nooit
15	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	0 Intact	-1,27	Nee	Ja	Eén keer per maand of minder
16	2 Beperkte verslechtering	0 Intact	-1,35	Ja	Nee	Meerdere keren per week
17	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	1 Borderline intact	-0,36	Nee	Nee	Meerdere keren per week
18	2 Beperkte verslechtering	3 Matige verslechtering	0,13	Nee	Ja	Nooit
19	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	3 Matige verslechtering	-1,35	Nee	Ja	Nooit
20	0 Zelfstandig	0 Intact	-1,35	Ja	Ja	Meerdere keren per week
21	0 Zelfstandig	5 Ernstige verslechtering	-0,31	Ja	Ja	Nooit
22	0 Zelfstandig	3 Matige verslechtering	-0,48	Ja	Ja	Nooit
23	2 Beperkte verslechtering	0 Intact	-0,26	Nee	Nee	Meerdere keren per week
24	0 Zelfstandig	1 Borderline intact	-1,09	Ja	Ja	Nooit
25	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	0 Intact	-1,08	Nee	Nee	Nooit
26	0 Zelfstandig	1 Borderline intact	-1,35	Nee	Ja	Meerdere keren per week
27	1 Toezicht noodzakelijk	0 Intact	-1,18	Ja	Nee	Nooit
28	2 Beperkte verslechtering	1 Borderline intact	-1,26	Nee	Nee	Eén keer per twee à drie weken

- Profielen van kinderen/jongeren waarvan de ouders volgens de indicatiestellers onterecht wel de zorgverzekering zouden krijgen

Anderzijds zijn er ook ouders die onterecht wel de zorgverzekering krijgen op basis van deze voorspellende functie. In deze paragraaf beschrijven we de profielen van de kinderen/jongeren van deze ouders.

Tabel 36 Kenmerken van kinderen van 4 tot en met 6 jaar waarvan de ouders ten onrechte zorgverzekering zouden krijgen volgens de indicatiestellers

Nr.	ADL	Cognitie	Gedragsindicatoren	Sociale relaties verstoord?	Noodzaak thuisblijven?	Brengen naar therapie?
1	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	3 Matige verslechtering	0,23	Ja	Ja	Nooit
2	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	5 Ernstige verslechtering	0,45	Ja	Ja	Meerdere keren per week

Tabel 37 Kenmerken van kinderen en jongeren vanaf 7 jaar (tot 18 jaar) waarvan de ouders ten onrechte zorgverzekering zouden krijgen volgens de indicatiestellers

Nr.	ADL	Cognitie	Gedrags-indicatoren	Sociale relaties verstoord?	Noodzaak thuisblijven?	Brengen naar therapie?
1	6 Totale afhankelijkheid	6 Zeer ernstige verslechtering	0,01	Ja	Ja	Nooit
2	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	5 Ernstige verslechtering	1,43	Ja	Ja	Eén keer per week
3	4 Uitgebreide hulp vereist - 2	1 Borderline intact	-0,16	Ja	Ja	Meerdere keren per week
4	4 Uitgebreide hulp vereist - 2	5 Ernstige verslechtering	-0,21	Ja	Ja	Eén keer per week
5	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	5 Ernstige verslechtering	0,69	Ja	Ja	Meerdere keren per week
6	5 Afhankelijk	2 Lichte verslechtering	-1,35	Ja	Ja	Eén keer per twee à drie weken
7	4 Uitgebreide hulp vereist - 2	5 Ernstige verslechtering	0,19	Ja	Ja	Nooit
8	4 Uitgebreide hulp vereist - 2	0 Intact	-1,35	Ja	Ja	Meerdere keren per week
9	4 Uitgebreide hulp vereist - 2	5 Ernstige verslechtering	-1,35	Ja	Ja	Eén keer per week
10	2 Beperkte verslechtering	3 Matige verslechtering	1,09	Ja	Ja	Eén keer per week
11	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	5 Ernstige verslechtering	0,72	Ja	Ja	Nooit
12	2 Beperkte verslechtering	3 Matige verslechtering	0,24	Ja	Ja	Meerdere keren per week
13	2 Beperkte verslechtering	5 Ernstige verslechtering	0,00	Ja	Ja	Meerdere keren per week
14	2 Beperkte verslechtering	3 Matige verslechtering	-0,05	Ja	Ja	Eén keer per week
15	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	5 Ernstige verslechtering	-0,36	Ja	Ja	Nooit
16	2 Beperkte verslechtering	0 Intact	-0,98	Ja	Ja	Meerdere keren per week
17	2 Beperkte verslechtering	5 Ernstige verslechtering	-1,04	Ja	Ja	Eén keer per week
18	2 Beperkte verslechtering	3 Matige verslechtering	-0,61	Ja	Ja	Eén keer per twee à drie weken
19	1 Toezicht noodzakelijk	3 Matige verslechtering	1,00	Ja	Ja	Eén keer per maand of minder
20	1 Toezicht noodzakelijk	5 Ernstige verslechtering	0,82	Ja	Ja	Eén keer per maand of minder
21	2 Beperkte verslechtering	2 Lichte verslechtering	-0,75	Ja	Ja	Eén keer per twee à drie weken
22	1 Toezicht noodzakelijk	5 Ernstige verslechtering	-0,65	Ja	Ja	Meerdere keren per week
23	3 Uitgebreide hulp vereist - 1	0 Intact	1,04	Ja	Nee	Nooit
24	2 Beperkte verslechtering	0 Intact	-1,35	Ja	Ja	Eén keer per week
25	2 Beperkte verslechtering	1 Borderline intact	-1,14	Ja	Ja	Eén keer per twee à drie weken

4.2.6.2 Scenario 2 (4 tot 6-jarigen): verhogen van de sensitiviteit van de voorspelling (en verlagen van de specificiteit)

In tabel 34 valt op dat het kind met het nummer 3 een hoge score op zowel ADL als cognitie heeft. Dit kan een argument zijn om de afkapscore sensitiever te maken waardoor ook de ouders van dit kind de zorgverzekering krijgen. Dit heeft als positief gevolg dat er in plaats van acht ouders die ten onrechte geen zorgverzekering krijgen volgens de indicatiestellers nu slechts vier ouders tot deze groep zouden behoren. Daarnaast krijgen nu wel vier ouders in de plaats van twee ouders ten onrechte zorgverzekering volgens de indicatiestellers. De onderstaande tabellen geven de profielen weer van de kinderen/jongeren waarvan de voorspelling van het recht op zorgverzekering afwijkt van het oordeel van de indicatiestellers.

Tabel 38 Profielen van kinderen van 4 tot en met 6 jaar waarvan de ouders volgens de indicatiestellers ten onrechte GEEN zorgverzekering krijgen

Nr.	ADL	Cognitie	Gedrags-indicatoren	Sociale relaties verstoord?	Noodzaak thuisblijven?	Brengen naar therapie?
1	3 Uitgebreide hulp noodzakelijk - 1	3 Matige verslechtering	1,32	Nee	Ja	Meerdere keren per week
2	3 Uitgebreide hulp noodzakelijk - 1	5 Ernstige verslechtering	-0,31	Nee	Ja	Eén keer per week
3	0 Zelfstandig	0 Intact	-0,03	Nee	Ja	Eén keer per twee à drie weken
4	3 Uitgebreide hulp noodzakelijk - 1	0 Intact	-0,86	Nee	Nee	Eén keer per maand of minder

Tabel 39 Profielen van kinderen van 4 tot en met 6 jaar waarvan de ouders volgens de indicatiestellers ten onrechte zorgverzekering krijgen

Nr.	ADL	Cognitie	Gedrags-indicatoren	Sociale relaties verstoord?	Noodzaak thuisblijven?	Brengen naar therapie?
1	3 Uitgebreide hulp noodzakelijk - 1	5 Ernstige verslechtering	0,45	Ja	Ja	Meerdere keren per week
2	3 Uitgebreide hulp noodzakelijk - 1	3 Matige verslechtering	0,23	Ja	Ja	Nooit
3	3 Uitgebreide hulp noodzakelijk - 1	0 Intact	-1,35	Ja	Ja	Eén keer per twee à drie weken
4	3 Uitgebreide hulp noodzakelijk - 1	0 Intact	-1,04	Ja	Nee	Meerdere keren per week

## 5 Conclusie

We integreren een hele reeks suggesties van de indicatiestellers in het nieuwe ontwerp van de verkorte Screener (Bijlage 7) en handleiding. Enkele bemerkingen van indicatiestellers of ouders tijdens de afnames van de Screener hebben betrekking op items die belangrijk zijn om te scoren wanneer men een zorgplan wenst op te stellen, maar die niet meteen een meerwaarde betekenen in het voorspellen van het recht op zorgverzekering. Zo nemen we bijvoorbeeld bij ADL geen extra items op zoals 'het zich verplaatsen op lange afstand' (Morris et al., 2013) en 'incontinentie' omdat deze items voldoende substantieel samenhangen met andere items uit de verkorte ADL schaal en dus geen bijkomende discriminerende kracht hebben in het voorspellen van het recht op de zorgverzekering. Een interRAI expert verrichtte hiervoor op onze vraag bijkomende analyses op een databestand van 6048 kinderen uit Canada. De resultaten van deze analyse bevestigden deze redenering. De correlatie tussen incontinentie (zowel 's nachts als overdag) en de verkorte ADL schaal bij deze kinderen is 0,27 ( $p < 0,001$ ). Deze relatie geldt voor alle leeftijdscategorieën.

De negen experten uit het panel zijn het er unaniem over eens dat de nieuwe, korte versie van de Screener een vooruitgang betekent, voornamelijk omdat deze minder belastend is voor de ouders. Wel halen ze enerzijds aan dat het nu lijkt dat internaliserende gedragssymptomen zoals neerslachtigheid ontbreken en verwachten ze dat meisjes lager scoren op gedragsproblemen dan jongens. Anderzijds zitten deze internaliserende symptomen volgens hen nog steeds impliciet in het instrument vervat (bv. 'verstoorde sociale relaties omwille van onder meer psychische/psychiatrische aandoeningen'). Ook verwachtte een expert dat het item 'naar school/opvang kunnen gaan' robuuster zou samenhangen met het recht op de zorgverzekering (wat uit de kwantitatieve analyses niet het geval blijkt te zijn). Daarnaast stelt een indicatiesteller de vraag waarom het item 'gemakkelijk afgeleid' uit de verkorte Screener verdwijnt. Dit is omwille van statistische redenen (zie de resultaten van de principale componenten analyse). Tot slot suggereert een expert om ook arts-specialisten als voorbeeld op te nemen bij het item over hoe vaak ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie of therapieervangende activiteiten gaan.



## Hoofdstuk 4

### Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk eindigen we met een weergave van de finale versie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren die als belangrijke meerwaarde heeft dat deze – in vergelijking met de Belfoto – ook andere domeinen dan ADL in kaart brengt zoals cognitie, gedrag, aandacht, sociale participatie en extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers. Vervolgens formuleren we aanbevelingen voor het gebruik van deze Screener. De bijbehorende handleiding vindt u terug in Bijlage 8.

#### 1 Conclusie: de finale BelRAI Screener voor kinderen en jongeren

Aan de hand van deze Screener schaaft u het functioneren van kinderen/jongeren (4-18 jaar) in. Verzamel informatie van meerdere bronnen, bv. van het kind/de jongere, ouders/belangrijkste mantelzorger, hulpverleners, school en anderen.

#### MODULE A. Identificatie

##### A1. Naam

---

a. Voornaam/voornamen b. Familiennaam

##### A2. Rijksregisternummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

##### A3. Geboortedatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Jaar</b>				<b>Maand</b>		<b>Dag</b>	

##### A4. Geslacht

1 Man      2 Vrouw

**MODULE B. ADL**

Heeft dit kind/deze jongere problemen met activiteiten van het dagelijks leven (persoonlijke hygiëne, zich verplaatsen, toiletgebruik of eten)?

- JA, vul de onderstaande vragen in. Ga erna verder naar module C.**  
 **NEE. Ga verder naar module C.**

Codeer het ADL-functioneren rekening houdend met alle situaties waarin de activiteit zich in de LAATSTE 7 DAGEN heeft voorgedaan.

- Als de activiteit iedere keer op hetzelfde niveau wordt uitgevoerd, geef dan de ADL-score van dat niveau;
- Als de activiteit in 1 of meerdere situaties op niveau 6 maar andere keren minder afhankelijk (0-5) wordt uitgevoerd, geef dan een ADL-score van 5;
- Focus in de andere gevallen op de 3 meest afhankelijke situaties waarin de activiteit wordt uitgevoerd (of op alle situaties waarin de activiteit minder dan 3 keer wordt uitgevoerd). Als de meest afhankelijke situatie 1 is, geef dan een ADL-score van 1. Zo niet, geef de minst afhankelijke score uit de reeks van 2 t.e.m. 5.

- 0. **Zelfstandig** - Bij geen enkele activiteit fysieke hulp, klaarzetten of toezicht nodig;
- 1. **Hulp beperkt tot klaarzetten** - Voorwerp of apparaat bezorgd of binnen bereik geplaatst, bij geen enkele activiteit fysieke steun of toezicht nodig;
- 2. **Toezicht** - Toezicht of aanwijzingen geven;
- 3. **Beperkte hulp** - Fysiek helpen of fysiek ondersteunen bij het bewegen van ledematen;
- 4. **Uitgebreide hulp** - De jonge persoon voert zelf nog minstens 50% van de subtaken uit OF gewichtsondersteunende hulp (inclusief ledematen optillen) door 1 hulpverlener;
- 5. **Maximale hulp** - De jonge persoon heeft hulp nodig bij meer dan 50% van de subtaken OF gewichtsondersteunende hulp (inclusief ledematen optillen) door 2 hulpverleners;
- 6. **Totale afhankelijkheid** - Activiteit wordt altijd volledig door anderen uitgevoerd;
- 8. **Activiteit kwam niet voor.**

- B1a. **Persoonlijke hygiëne** - Het zich wassen (bv. aan een lavabo, waskom), inclusief haar kammen, tandenpoetsen, wassen en afdrogen van gezicht en handen - NIET baden en douchen;
- B1b. **Zich verplaatsen** - Het zich voortbewegen (wandelen of met rolstoel) van de ene plaats naar de andere op dezelfde verdieping. Bij gebruik van een rolstoel: zichzelf kunnen voortbewegen eens men in de rolstoel zit;
- B1c. **Toiletgebruik** - Het gebruik van de toiletruimte (of toiletstoel, urinaal, bedpan) en het zichzelf reinigen na toiletgebruik of bij incontinentie, het vervangen van bedpan, het omgaan met stoma of katheter; kleren in orde brengen - NIET op een toilet(stoel) gaan en van een toilet(stoel) komen;
- B1d. **Eten** - Het eten en drinken (ongeacht vaardigheid) inclusief de opname van voedsel op andere manieren (bv. sondevoeding, totale parenterale voeding).

**MODULE C. Cognitie**

Heeft dit kind/de jongere cognitieve problemen?

- JA, vul de onderstaande vragen in. Ga erna verder naar module D.**  
 **NEE. Ga verder naar module D.**

**C1. Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming**

- 0. **Zelfstandig** - Beslissingen zijn samenhangend, aanvaardbaar en veilig
- 1. **Gewijzigd zelfstandig** - Slechts in nieuwe situaties enige moeite
- 2. **Minimaal beperkt** - In specifieke, terugkerende situaties zijn aanwijzingen of toezicht nodig
- 3. **Matig beperkt** - Altijd aanwijzingen of toezicht nodig
- 4. **Ernstig beperkt** - Neemt zelden of nooit beslissingen
- 5. **Geen waarneembaar bewustzijn, coma**

**C2. Geheugen/herinneringsvermogen**

**C2a. Kortetermijngeheugen** - Schijnt/blijkt zich na 20-30 seconden nog te herinneren

0. **Geen geheugenprobleem**

1. **Geheugenprobleem**

**C2b. Procedureel geheugen** - Kan (bijna) alle stappen van een reeks taken uitvoeren zonder aanwijzingen.

0. **Geen geheugenprobleem**

1. **Geheugenprobleem**

**C3. Begrip - anderen kunnen begrijpen**

*De inhoud van verbale informatie begrijpen (op welke manier dan ook; met hoorapparaat, indien gebruikt)*

0. **Begrijpt** - Duidelijk begrip;

1. **Begrijpt gewoonlijk** - Mist een deel of de bedoeling van de boodschap, MAAR begrijpt het grootste gedeelte van het gesprek;

2. **Begrijpt vaak** - Mist een deel of de bedoeling van de boodschap, MAAR kan het grootste gedeelte van het gesprek vaak begrijpen mits herhaling of uitleg;

3. **Begrijpt soms** - Reageert alleen goed op eenvoudige, directe communicatie;

4. **Begrijpt zelden of nooit.**

**MODULE D. Gedragssymptomen**

Vertoont het kind/de jongere gedragsproblemen?

  


**JA, vul de onderstaande vragen in. Ga erna verder naar module E.**

**NEE. Ga verder naar module E.**

*Codeer wat is waargenomen, ongeacht de veronderstelde oorzaak.*

0. **Niet aanwezig**

1. **Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond;**

2. **Op 1-2 van de laatste 3 dagen vertoond;**

3. **Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 1 - 2 voorvallen;**

4. **Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 3 of meerdere voorvallen of continu.**

**D1a. Verbaal geweld** - Bv. schreeuwde of vloekte tegen hen, bedreigde anderen;

**D1b. Lichamelijk lastigvallen** - Bv. sloeg, duwde, krabde, viel seksueel lastig;

**D1c. Sociaal ongepast of storend gedrag** - Bv. overall op en aan zitten, dringt zich op, smeerde of gooide met eten of feces;

**D1d. Verzet zich tegen zorg** - Bv. geneesmiddelen of injecties, hulp bij ADL of eten;

**D1e. Destructief gedrag ten aanzien van eigendom** - bv. gooien of breken van objecten, omkantelen van bedden of tafels, vandalisme;

**D1f. Woede-uitbarsting** - Intense vlaag van boosheid als reactie op een specifieke actie of gebeurtenis (bv. driftbuien wanneer er 'nee' wordt gezegd).

### MODULE E. Aandacht

Vertoont het kind/de jongere een gebrek aan aandacht of een gebrek aan interesse?

- JA, vul de onderstaande vragen in. Ga erna verder naar module F.  
 NEE. Ga verder naar module F.

Codeer voor indicatoren die waargenomen zijn tijdens de LAATSTE 3 DAGEN, ongeacht de veronderstelde oorzaak (opm.: wanneer mogelijk, vraag aan het kind/de jongere)

**0. Niet aanwezig;**

- 1. Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond;**
- 2. Op 1-2 van de laatste 3 dagen vertoond;**
- 3. Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 1 – 2 voorvallen;**
- 4. Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond, 3 of meerdere voorvallen of continu.**

- E1a. Impulsief** - Bv. de straat oplopen zonder te kijken; risicovol handelen zonder na te denken; moeite om zijn beurt af te wachten, onderbreekt;
- E1b. Hyperactiviteit** - Bovenmatig activiteitsniveau;
- E1c. Desorganisatie** - Bv. problemen om persoonlijke bezittingen te beheren; moeite om zich aan planning te houden;

### MODULE F. Sociale participatie

- F1a.** De sociale relaties zijn verstoord omwille van gedragsstoornissen, verstandelijke, psychische/psychiatrische, zintuiglijke, neurologische, neuromotorische of lichamelijke aandoeningen.
- 0. Nee**  
**1. Ja**

### MODULE G. Extra zorg voor de ouders en/of andere mantelzorgers

Wordt de zorg door ouders (of andere mantelzorgers) als intensiever ervaren dan de zorg voor andere kinderen/jongeren van dezelfde leeftijd?

- JA, vul de onderstaande vragen in.  
 NEE.

- G1a.** Noodzaak tot thuisblijven, noodzaak tot het onderbreken/verminderen van de beroepsbezigheden door één van de ouders of noodzaak tot het inschakelen van andere mantelzorgers voor verzorging van het kind/de jongere.
- 0. Nee**  
**1. Ja**
- G1b.** Hoe vaak gaan de ouders of andere mantelzorgers met het kind naar therapie (bv. revalidatiecentra, oncoloog, kinesitherapeut, logopedist, psycholoog...) of naar therapie-  
vervangende activiteiten (bv. sportactiviteiten die maken dat minder therapiesessies nodig zijn door met het kind te gaan zwemmen, fietsen, wandelen... of hypotherapie)?
- 0. Nooit**  
**1. Eén keer per maand of minder**  
**2. Eén keer per twee à drie weken**  
**3. Eén keer per week**  
**4. Meerdere keren per week**

## 2 Aanbevelingen

De resultaten uit het onderzoek leiden tot de formulering van vier aanbevelingen voor de overheid en/of indicatiestellers van de mutualiteiten.

**Aanbeveling 1: Voor de leeftijdscategorie 4 tot 6-jarigen bevelen we het tweede scenario aan met een sensitiever afkappunt.**

In vergelijking met scenario 1, zijn er bij scenario 2 (zie §4.2 van hoofdstuk 3) minder ouders van kinderen van vier tot zes jaar die volgens de indicatiestellers onterecht geen zorgverzekering krijgen. Daarom bevelen we aan om het tweede scenario met een sensitiever afkappunt te hanteren. Een mogelijk nadeel van deze keuze zou kunnen zijn dat de specificiteit van het afkappunt lager wordt waardoor meer kans bestaat dat meer ouders onterecht wel de zorgverzekering zouden krijgen. In het totaal zijn er echter minder 'afwijkende' voorspellingen in scenario 2 dan in scenario 1 waardoor we scenario 2 aanbevelen.

**Aanbeveling 2: Stimuleer indicatiestellers om schoolverslagen op te vragen bij de afnames van de Screener, mits toestemming van de ouders.**

Het is voor indicatiestellers van belang om een globaal beeld te krijgen van het functioneren van het kind bij het invullen van de scores in de BelRAI Screener. Omdat het gedrag van kinderen soms verschilt in vakantie/weekend- en schoolperiodes, is het van belang om naast observaties van het kind en de gesprekken met ouders ook de school als evenwaardige informatiebron te betrekken bij de scoring. Ook al vraagt dit een extra tijdsinvestering van de indicatiestellers, toch kan men enkel op die manier tot een globaal beeld komen van het functioneren van het kind. Aanvullend daarbij kan het zinvol zijn herhaalde afnames van de Screener te voorzien waarbij het kind zowel wordt gescoord in de vakantie-/weekend- als in de schoolperiodes. Ook blijkt cognitie niet steeds eenvoudig om te observeren voor indicatiestellers. Ook hier kunnen schoolverslagen (alook diagnoses) mee input leveren aan de scoring. Anderzijds is het opvragen van deze verslagen een voordeel in geval een indicatiesteller twijfelt of vermoeden heeft van overbescherming door ouders. Het opvragen van deze verslagen is dus niet in elk geval strikt noodzakelijk.

**Aanbeveling 3: Stimuleer indicatiestellers om onderling ervaringen uit te wisselen zodat ze de Screeners steeds op eenzelfde manier invullen.**

Naast een goede opleiding en handleiding over het instrument beklemtonen de experts het belang van intervisies. Immers, het is niet altijd eenvoudig om bepaalde items te scoren en input en ervaring van collega's kan hierbij verhelderend werken. Zo kunnen zij elkaar helpen om te leren inschatten wanneer ouders het functioneren van hun kind onder- of overschatten. Daarnaast wensen de experts samen vanuit verschillende perspectieven knopen door te hakken over welke scores gegeven worden in welke situaties zodat zij uniforme afspraken kunnen maken over twijfelgevallen. Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw kan hierin faciliteren.

**Aanbeveling 4: Voorzie voldoende schrijfruimte voor indicatiestellers in de digitale versie om scores te kunnen motiveren.**

Een open ruimte in de online Screener waarin indicatiestellers bemerkingen kunnen invullen, werkt ondersteunend. Zo kunnen ze zich later beter herinneren waarom ze bepaalde scores gaven. Dit geldt eveneens voor de BelRAI Screener voor volwassenen. BelRAI 2.0 laat echter geen open tekstvakken toe.

**Aanbeveling 5: De BelRAI Screener voor kinderen is bedoeld en ontwikkeld voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. De toepassing van de Screener in andere contexten vereist bijkomend onderzoek.**

Tijdens het onderzoeksproces blijkt een grote bezorgdheid te bestaan bij diverse stakeholders dat de BelRAI Screener voor kinderen gebruikt zal worden in andere contexten (zoals bijvoorbeeld de verhoogde kinderbijslag) waarvoor deze niet op maat werd ontwikkeld. We benadrukken hier de noodzaak aan bijkomend onderzoek indien men deze Screener in andere contexten wenst te gebruiken.

**Aanbeveling 6: Creëer andere noodzakelijke randvoorwaarden voor het gebruik van de BelRAI Screener voor kinderen.**

De stuurgroep beveelt aan om in de toekomst enkele randvoorwaarden te creëren zoals het integreren van de handleiding (per item) in de software, de mogelijkheid te bieden om ruimtes open te laten om te kunnen bespreken met collega's bij twijfel en het offline gebruiksklaar maken van de Screener. Deze randvoorwaarden vinden zij eveneens van belang voor de BelRAI Screener voor volwassenen. Bovendien kan er best -net zoals bij de Screener voor volwassenen- een leidraad opgesteld worden die bijvoorbeeld verduidelijkt dat verplaatsingen buitenshuis impliciet meegenomen worden. Ook merken ze op dat de handleiding nog verder zal bijgestuurd dienen te worden bij verder gebruik.

## Referenties

Baar, A.L., Steenis, L.J.P., Verhoeven, M., & Hessen, D.J. (2014). *Bayley-III- NL, Technische Handleiding*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Bayley, N. (2006). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development - Third Edition*. San Antonio, NCS Pearson.

Morris, J. N., Berg, K., Fries, B. E., Steel, K., & Howard, E. P. (2013). Scaling functional status within the interRAI suite of assessment instruments. *BMC geriatrics*, 13(1), 128.

Stewart S., Hirdes J., Curtin-Telegdi N., Perlman C., McKnight M., MacLeod K., Ninan A., Currie M., Carson S., Morris J., Berg K., Björkgren M., Declercq A., Finne-Soveri H., Fries B., Frijters D., Gray L., Henrard J., James M., Ljunggren G., Meehan B., Smith T., Steel K., Szczerbinska K., Topinkova E. (2015). *interRAI Child and Youth Mental Health (ChYMH) Assessment Form and User's Manual: For use with In-patient and Community-based Assessments*. Washington D.C.: interRAI.

Vermeulen B., Van Eenoo L., Vanneste D., Declercq A. (2015). *Naar een getrapte gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener*. Leuven: LUCAS KU Leuven.





## **Bijlagen**



## Bijlage 1 Interviewleidraad

Welke is uw functie binnen de organisatie waarvoor u werkt?

Meerwaarde BelRAI Screener voor kinderen/jongeren:

- Wat is uw **visie/mening** over de ontwikkeling en implementatie van een BelRAI Screener voor kinderen/jongeren?
  - Welke zijn mogelijke voordelen van een BelRAI Screener voor kinderen/jongeren?
  - Welke zijn mogelijke nadelen van een BelRAI Screener voor kinderen/jongeren?
- Op welke manier kan een BelRAI Screener voor kinderen/jongeren rekening houden met de verschillende leeftijdscategorieën?
  - 1 Screener met verschillende afkappunten?
  - Verschillende Screeners naargelang de leeftijdscategorie?
  - Verschillende uitklapvragen naargelang leeftijdscategorie?

Huidige manier van werken

- Wat kunnen we **leren** van de huidige instrumenten waarmee men werkt?
- Welke zijn volgens u **problemen** bij het gebruik van de huidige instrumenten?

Ontwikkeling BelRAI Screener voor kinderen/jongeren:

- Welke zijn mogelijke **valkuilen** waarvoor we waakzaam dienen te zijn **bij de ontwikkeling** van een BelRAI Screener voor kinderen/jongeren?
- Hoe dienen eventuele **aanpassingen aan de huidige BelRAI Screener** er juist uit te zien? Hoe kan het interRAI instrumentarium daarbij een oplossing bieden? Indien mogelijk: Kan u hiervan voorbeelden geven?
- Welke zijn de belangrijkste **maatstaven** om te kunnen spreken over een geslaagde BelRAI Screener voor kinderen en jongeren?

Implementatie BelRAI Screener voor kinderen/jongeren:

- Welke zijn mogelijke **valkuilen** waarvoor we waakzaam dienen te zijn bij de *implementatie* van een BelRAI Screener voor kinderen/jongeren?
  - Welke zijn de **randvoorwaarden** voor een effectief en efficiënt gebruik van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren?
- Welke zijn de belangrijkste **maatstaven** om te kunnen spreken over een geslaagde implementatie van een BelRAI Screener voor kinderen en jongeren?

Afstemming BOB en Vlaamse zorgverzekering:

- Wat is het **belang van een goede afstemming** tussen het BOB, de Vlaamse zorgverzekering en de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren?
  - Welke impact zal deze afstemming hebben op de doelgroep?
- Welke **problemen verwacht** u bij de afstemming tussen de BelRAI Screener voor kinderen jongeren en het BOB en de Vlaamse zorgverzekering?
- **Hoe** kunnen deze problemen worden **voorkomen**?
- Hoe kunnen ze nadien worden **geremedieerd**?

- Welke zijn de belangrijkste **randvoorwaarden** voor een goede afstemming van het screeningsinstrument en het BOB en de zorgverzekering?
- Welke zijn de **belangrijkste maatstaven** om te kunnen spreken over een geslaagde afstemming?

Andere:

- Zijn er **andere zaken** die nog niet aan bod kwamen tijdens het gesprek die eveneens van belang zijn bij de ontwikkeling en implementatie van een BelRAI Screener voor kinderen en jongeren?
- Kent u nog **andere personen** die hierin vanuit hun expertise een bijdrage kunnen leveren?
- Wie moeten we zeker in een **expertengroep** betrekken hierover (indicatiestellers versus overheden)?

## **Bijlage 2 Eerste ontwerp van de testversie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren**

Deze bijlage kan per mail aangevraagd worden via [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be).

### **Bijlage 3   Experten die deelnamen aan de panels (indicatiestellers en anderen)**

In het totaal namen 19 personen deel aan de drie expertenpanels. Deze personen waren indicatiestellers of specialisten in zorg voor kinderen. Tijdens de eerste twee expertenpanels namen deze twee groepen gezamenlijk deel, bij het derde expertenpanel werden ze gesplitst.

Er namen 12 indicatiestellers deel, van de verschillende mutualiteiten. De specialisten in de zorg voor kinderen kwamen uit een VAPH-voorziening (3), een kinderziekenhuis (1), een COS (2), een CAR (1) of een vereniging van ouders en kinderen (1).

## **Bijlage 4 De aangepaste testversie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren na de integratie van de resultaten uit het eerste expertenpanel**

Deze bijlage kan per mail aangevraagd worden via [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be).

## **Bijlage 5 De aangepaste testversie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren na de integratie van de resultaten uit het tweede expertenpanel**

Deze bijlage kan per mail aangevraagd worden via [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be).



## **Bijlage 6 De aangepaste testversie van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren na de integratie van de resultaten uit het derde expertenpanel**

Deze bijlage kan per mail aangevraagd worden via [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be).

## **Bijlage 7 De verkorte versie na de test van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren**

Deze bijlage kan per mail aangevraagd worden via [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be).

## **Bijlage 8 De handleiding van de BelRAI Screener voor kinderen en jongeren**

Deze handleiding kan per mail aangevraagd worden via [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be).