

HET VAPH ZORGZWAARTE-INSTRUMENT: EEN VOORSTELLING

Catherine MOLLEMAN en Sofie HEYMANS¹

In zijn perspectiefplan 2020 kiest Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen resoluut voor een zorgzwaarte-gerelateerde financiering van de verschillende mogelijke zorgvormen binnen het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Voor deze 'financiering op maat' is een goed instrument om personen met een handicap te rangschikken naargelang hun ondersteuningsnoden onontbeerlijk. De studieciel van het VAPH is doorheen een jarenlange zoektocht gekomen tot de ontwikkeling van een dergelijk instrument, het zorgzwaarte-instrument (ZZI). Maar wat is dit zorgzwaarte-instrument dan?

Een zorgzwaarte-instrument

Het zorgzwaarte-instrument bestaat uit een set van schalen en beslissingsregels die toelaat om eenduidig en objectiveerbaar de zorgzwaarte van iedere meerderjarige persoon met een handicap uit te drukken in een aantal parameters. Hierbij definiëren we zorgzwaarte als de mate waarin een persoon ondersteuning nodig heeft om zo adequaat mogelijk te kunnen functioneren in het dagelijks leven.

Door middel van het zorgzwaarte-instrument kunnen we de volledige nood aan ondersteuning van de persoon met een handicap in kaart brengen, ongeacht de vraag door wie deze

1 Catherine Molleman is klinisch psychologe, heeft jarenlange onderzoekservaring in de gehandicaptensector en is momenteel directeur van de studieciel van het VAPH, Sofie Heymans is klinisch psychologe en wetenschappelijk medewerker van de studieciel van het VAPH. Contact: sofie.heymans@vaph.be.

zorg opgenomen zal worden. Het instrument beperkt zich dus niet tot het meten van de ondersteuning die door een VAPH voorziening of dienst moet worden geboden, maar bekijkt de totale nood aan ondersteuning van de persoon, ook deze die door reguliere zorg, mantelzorgers, vrijwilligers,... opgenomen zal worden. Het gaat hierbij om eenzelfde instrument dat voor de inschaling van de ondersteuningsnood van alle personen met een handicap vanaf de leeftijd van 18 jaar kan worden gehanteerd.

Het zorgzwaarte-instrument is het resultaat van jarenlang onderzoek. Doorheen de jaren werden verschillende versies van het instrument ontwikkeld (Molleman, 2010). In dit artikel beperken we ons tot de meest recente versie van het instrument, het ZZI versie 2012.

Drie parameters

We kunnen de zorgzwaarte van iedere persoon met een handicap uitdrukken in drie parameters: de nood aan ondersteuning door personen (begeleidingsintensiteit of B), de nood aan permanentie overdag (P) en de nood aan ondersteuning en permanentie 's nachts (nachtpermanentie of N). Het zorgzwaarte-instrument stelt ons in staat personen met een handicap op twee van deze dimensies (B en P) te ordenen naargelang hun zorgzwaarte. Binnen deze dimensies deelt het personen met een handicap op in zeer grofmazige categorieën. Een overzicht van deze categorieën vindt u in Tabel 1: Overzicht dimensies van zorgzwaarte.

De N-waarde kan nog niet berekend worden door middel van het ZZI en wordt voorlopig bepaald op basis van het klinisch oordeel van de inschaler, na bevraging van de nood aan nachtpermanentie bij de cliënt en informanten.

Tabel 1: Overzicht dimensies van zorgzwaarte

Begeleidingsintensiteit (B-waarde): nood aan ondersteuning door personen.	
B0	Er is geen nood aan ondersteuning.
B1	Er wordt max. 1x/week ondersteuning geboden.
B2	Er wordt niet elke dag, maar wel meerdere keren per week ondersteuning geboden. Er is hoofdzakelijk 'opvolging' nodig.
B3	Er wordt dagelijks ondersteuning geboden, de ondersteuning is beperkt in reikwijdte en intensiteit (geen continue ondersteuning).
B4	Er wordt dagelijks en continu ondersteuning geboden. De ondersteuning is ruim in reikwijdte en intensiteit.
B5	Er wordt dagelijks continu en intensief ondersteuning geboden op alle levensdomeinen.
B6	Dit betreft een uitzonderingswaarde. Er wordt dagelijks zeer intensieve ondersteuning geboden in functie van uitzonderlijke ondersteuningsbehoeften.
Permanentie (P-waarde): nood aan aanwezigheid van en toezicht door personen overdag.	
P0	Er is geen enkele vorm van permanentie nodig.
P1	De persoon kan op elk moment iemand telefonisch bereiken om raad te vragen.
P2	De persoon kan iemand telefonisch bereiken die raad kan geven en indien nodig langs kan komen.

P3	De persoon kan iemand telefonisch bereiken of oproepen die onmiddellijk (rekening houdend met de nodige verplaatsingstijd) fysiek aanwezig kan zijn om ondersteuning te bieden.
P4	Er moet gedurende grote delen van de dag iemand in de nabijheid van de persoon aanwezig zijn. Bij afwezigheid kan de persoon iemand telefonisch bereiken of oproepen die onmiddellijk (rekening houdend met de nodige verplaatsingstijd) fysiek aanwezig kan zijn om ondersteuning te bieden.
P5	Er moet voortdurend iemand aanwezig zijn, maar die persoon hoeft niet voortdurend toe zicht uit te oefenen. Indien nodig moet onmiddellijk iemand fysiek aanwezig kunnen zijn om ondersteuning te bieden.
P6	Er moet voortdurend iemand aanwezig zijn en toezicht uitoefenen. Dit betekent dat er op elk ogenblik iemand in contact staat met de persoon, ofwel rechtstreeks ofwel onrechtstreeks (via babyfoon, webcam of andere middelen).
P7	Dit betreft een uitzonderingswaarde. De persoon heeft nood aan voortdurend toezicht en dit binnen een beveiligende infrastructuur en omkadering. Dit impliceert een gespecialiseerde setting.
Nachtpermanentie (N-waarde): nood aan aanwezigheid van en toezicht door personen 's nachts.	
N0	Gedurende de nacht is geen enkele vorm van permanentie nodig.
N1	Tijdens de nacht is iemand stand-by, bij oproep kan max. binnen het uur ondersteuning geboden worden. Er wordt sporadisch (niet elke nacht) ondersteuning geboden.
N2	Tijdens de nacht is iemand fysiek aanwezig. Indien nodig kan onmiddellijke ondersteuning geboden worden (max. 1x/nacht). Er wordt geen toezicht uitgeoefend.
N3	Tijdens de nacht is iemand fysiek aanwezig, er wordt toezicht uitgeoefend en er wordt meermaals per nacht feitelijke ondersteuning geboden.
N4	Tijdens de nacht is iemand fysiek aanwezig, er wordt toezicht uitgeoefend en er wordt meermaals per nacht intensieve ondersteuning geboden i.f.v. gedrag en/of verzorging of verpleging.

Theoretisch kunnen door combinaties van deze drie dimensies 280 verschillende zorgzwaarte-profielen onderscheiden worden. In de praktijk zullen een aantal van deze profielen (met grote verschillen tussen de verschillende dimensies) niet voorkomen.

Een ordinale schaal

Het zorgzwaarte-instrument ordent personen met een handicap naargelang hun zorgzwaarte

op vlak van de nood aan ondersteuning door personen (B) en de nood aan permanentie overdag (P). Het betreft een ordinale schaal, waarbij enkel een rangorde wordt vastgelegd, maar geen uitspraak wordt gedaan over de grootte van de afstand tussen de verschillende waarden. De waarde voor B en P die wordt berekend door het ZZI is niets anders dan een rangorde. Dit wil zeggen dat we enkel weten dat B-waarde 6 groter is dan B-waarde 5, die op zijn beurt groter is dan B-waarde 4, enzovoort.

“ **Het betreft een ordinale schaal, waarbij enkel een rangorde wordt vastgelegd, maar geen uitspraak wordt gedaan over de grootte van de afstand tussen de verschillende waarden.** ”

We kunnen met deze getallen echter niet gaan rekenen. De nood aan begeleiding van een persoon met B-waarde 6 is niet dubbel zo groot als deze van een persoon met B-waarde 3. De afstand tussen B-waarde 6 en B-waarde 5 is ook niet noodzakelijk even groot als deze tussen B-waarde 5 en B-waarde 4. We kennen de juiste afstand tussen de verschillende waarden niet. Maar hoe komen we nu tot een toekenning van B- en P-waarden door middel van het zorgzwaarte-instrument?

Een ZZI-inschaling

De persoon met een handicap wordt samen met één of twee bijkomende informanten die de persoon met een handicap goed kennen, uitgenodigd om deel te nemen aan een gesprek met een getrainde inschaler. Tijdens dit gesprek, dat gemiddeld twee uur en half duurt, worden de ondersteuningsnoden van de persoon met een handicap in detail besproken aan de hand van een aantal schalen, die verder in dit artikel uitgebreid worden besproken.

Aan de hand van de antwoorden van de cliënt en de bijkomende informant(en) kent de getrainde inschaler een score toe op elk item van de verschillende schalen. Vervolgens berekent een geautomatiseerde beslissingsregel een B-waarde en een P-waarde op basis van de diverse scores op de items van het ZZI. De getrainde inschaler bepaalt, zoals hoger aangegeven, zelf de N-waarde.

Twee protocollen

Hoewel we éénzelfde instrument hanteren voor het inschalen van de zorgzwaarte van alle personen met een handicap, bestaan er binnen dit instrument wel twee verschillende protocollen (A en B). Beide protocollen verschillen van elkaar doordat er binnen protocol B slechts een deel van de vragen uit protocol A worden gesteld. Bovendien gelden voor elk protocol andere beslissingsregels voor de berekening van de B- en P-waarden. Dit wil zeggen dat er in elk protocol een andere waarde wordt gehecht aan de antwoorden op de diverse schalen bij de berekening van de B- en P-waarden.

Het werken met deze twee protocollen bleek noodzakelijk omdat we op basis van eerder onderzoek (Molleman, 2010) twee verschillende groepen konden onderscheiden binnen de personen met een handicap, waarbij andere elementen van hun functioneren doorslaggevend bleken te zijn voor hun nood aan begeleiding en permanentie. Sommige schaalresultaten bleken een betere indicator voor de algemene zorgzwaarte van de ene groep personen met een handicap en anderen voor de andere. Dit betekent dat het ZZI wel universele parameters (B- en P-waarden) oplevert, die dezelfde zijn ongeacht de handicap van de ingeschaalde persoon, maar voor de berekening hiervan een andere waarde hecht aan de diverse schaalresultaten naargelang de handicap van de persoon.

Protocol A wordt toegepast voor personen met een verstandelijke beperking, cognitieve beperking, autismespectrumstoornis, psychische problematiek en/of ernstige gedragsproblematiek (al dan niet met een andere, bijkomende beperking).

Protocol B wordt enkel toegepast voor personen met een louter fysieke en/of zintuiglijke beperking. Elk protocol beschikt over twee beslissingsregels: één voor de berekening van de B-waarde en één voor de berekening van de P-waarde.

Tabel 2: Overzicht protocollen en beslissingsregels

Beperking	Protocol	Beslissingsregels
Verstandelijke beperking	A	Begeleidingsintensiteit (B-waarde)
Cognitieve beperking		
Autismespectrumstoornis		Permanentie (P-waarde)
Ernstige gedragsproblemen		
Chronische psychische problemen		
Louter fysieke en/of zintuiglijke beperking	B	Begeleidingsintensiteit (B-waarde)
		Permanentie (P-waarde)

Schalen van het ZZI

Het ZZI is opgebouwd aan de hand van vijf schalen. Een aantal van deze schalen worden bij elke ZZI inschaling volledig afgenomen, andere schalen zijn optioneel of worden bij personen met een louter fysieke en/of sensorïële handicap niet of in verkorte versie afgenomen. We bespreken deze schalen hier kort.

De **vragenlijst zelfredzaamheid** is een schaal die werd samengesteld op basis van twee zelfredzaamheidsschalen: de Barthel ADL Index en de ELIDA-schaal. De items uit beide schalen werden in één schaal opgenomen om te vermijden dat dezelfde vragen twee maal worden gesteld. Op basis van de antwoorden op de vragenlijst zelfredzaamheid kan de score op zowel de Barthel ADL-index als de ELIDA-schaal afzonderlijk worden berekend.

De **Barthel ADL-index** is één van de meest gebruikte schalen om na te gaan in welke mate iemand afhankelijk is van hulp bij het verrichten van activiteiten van het dagelijkse leven (ADL). Met 'activiteiten van het dagelijks leven' verwijst men naar de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven stellen. Het gaat dan over activiteiten die te maken hebben met voeding, verzorging en beweging (eten, drinken, zich wassen, zich aankleden, een eind wandelen,

een trap opgaan,...). Voor elke activiteit moet aangegeven worden in welke mate de betrokkene ze al dan niet zelfstandig kan uitvoeren. Dit resulteert uiteindelijk in een score die de mate van zelfstandigheid weergeeft. Hoe hoger de score, des te zelfstandiger de persoon.

Er bestaan verschillende versies van deze Barthel ADL-schaal. Wij hanteren voor het zorgzwaarte-instrument de versie die werd aangepast door Granger, Albrecht en Hamilton (1979).

ELIDA staat voor "Estimation of Loss of Independence in Daily Activities" (Brusselmans, 1992). Deze schaal bevraagt naast basiszelfredzaamheid ook elementen van instrumentele en maatschappelijke zelfredzaamheid. De ELIDA-schaal bestaat uit 50 items omtrent tien domeinen die relevant zijn in het dagelijks leven: toilet, lichaamsverzorging, voedselbereiding, dagelijkse huishoudelijke activiteiten, niet dagelijkse huishoudelijke activiteiten, regulatie woonomgeving en slaap, activiteiten buiten de woning, communicatie en basisvaardigheden. Deze schaal leidt tot een score variërend van nul tot honderd, die de afhankelijkheid van de aanvrager weergeeft. Hoe lager de score, des te zelfstandiger de persoon.

De **Schaal Intensiteit van Ondersteuningsbehoeften** (Buntinx, 2008, beter bekend onder de Engelstalige naam Supports Intensity Scale

of **SIS**) gaat de algemene ondersteuningsnoden van de persoon met een handicap na. Dit instrument onderzoekt welke ondersteuning een persoon met een handicap nodig heeft om als volwaardig burger in het dagelijkse en maatschappelijke leven te functioneren, hoe frequent deze ondersteuning moet worden geboden en hoe intensief deze dient te zijn. Hierbij verlaat deze schaal het perspectief van 'uitvaldenken' en onderzoekt dus niet óf iemand iets kan, maar wel welke ondersteuning de persoon nodig heeft óm het te kunnen.

De Supports Intensity Scale werd specifiek ontwikkeld voor het meten van de ondersteuningsbehoefte bij personen met een verstandelijke handicap. Onderzoek (Maes, Bossaert, Kuppens & Buntinx, 2008) wees echter uit dat deze schaal in zijn originele versie minder bruikbaar is bij personen zonder verstandelijke handicap. De onderzoekers ontwikkelden een verkorte versie van de SIS, die wél toepasbaar bleek bij personen zonder verstandelijke handicap. Deze '**verkorte SIS**' komt uit het onderzoek als een betrouwbare en valide schaal voor personen zonder verstandelijke handicap. Daarom wordt besloten bij personen met een louter fysieke en/of sensorïële handicap te werken met deze verkorte versie van de SIS.

De **Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen** (SGZ, Kraijer & Kema, 1994) is een schaal die de ernst van aanwezige gedragsproblemen in kaart wilt brengen. Deze schaal staat gekend als een betrouwbare en valide schaal die een aantal mogelijke vormen van probleemgedrag oplijst, onderverdeeld in drie subschalen: agressief storend gedrag, verbaal storend gedrag en gemengd storend gedrag. Bij ieder item moet worden aangegeven hoe vaak dit gedrag de voorbije drie maanden voorkwam. Op basis van deze antwoorden wordt een gestandaardiseerde score tussen 2 en 9 berekend. Hoe hoger de score, des te minder gedragsproblemen de

betrokkene stelde tijdens de laatste drie maanden. Binnen het zorgwaarte-instrument is deze schaal optioneel. Dit wil zeggen dat deze niet moet worden afgenomen wanneer uit het intakegesprek en uit de afname van de SIS blijkt dat er geen gedragsproblemen gesteld worden.

De **Schaal Vanermen** (Vanermen, 2009) peilt naar noodzakelijke ondersteuning op vlak van (para)medisch-verzorgende handelingen. Het gaat hierbij om het daadwerkelijk ondersteunen van een persoon, dus directe persoonsgebonden handelingen zoals het aandoen van orthopedische schoenen. Op basis van de toegekende scores op 15 items komt men tot een toewijzing in vier mogelijke zorggroepen. Deze zorggroepen zijn opgebouwd op basis van een indeling in de ondersteuningstijd die nodig is voor het uitvoeren van de (para-)medische of verzorgende handelingen bij de betrokkene. Ook deze schaal is optioneel in het ZZI. Dit wil zeggen dat deze niet moet worden afgenomen wanneer uit het intakegesprek en uit de afname van de SIS blijkt dat er geen medische ondersteuningsnoden zijn.

De laatste schaal binnen het ZZI, de **Screeninglijst Sociaal-Emotioneel Functioneren** (SSEF), peilt naar ondersteuningsnoden die voortkomen uit een gebrekkige sociaal-emotionele ontwikkeling. In de items van deze schaal komen verschillende aspecten van het sociaal-emotioneel functioneren aan bod, zoals de mate waarin de persoon beïnvloedbaar is door omgevingsfactoren, de manier van reageren in probleemsituaties, de mate van emotionele afhankelijkheid van anderen, het gebruik van psychofarmaca, eventuele (herhaaldelijke) opnames in de psychiatrie, vrijheidsbepenkende afspraken, enz. De eindscore op de screeninglijst varieert van nul tot elf. Hoe hoger de score, des te hoger de nood aan ondersteuning in het sociaal-emotioneel functioneren. Deze schaal wordt niet afgenomen bij personen met een louter fysieke en/of sensorïële handicap.

Tabel 3: Indicatoren en schalen van het ZZI

Indicator	Protocol A	Protocol B
	Meetinstrument	Meetinstrument
Algemene ondersteuningsnood	Supports Intensity Scale (SIS)	Verkorte SIS
Basis Zelfredzaamheid	Vragenlijst zelfredzaamheid (geïntegreerde schaal Barthel – Elida)	Vragenlijst zelfredzaamheid (geïntegreerde schaal Barthel – Elida)
Gedragsmatige noden	SIS subschaal 3B en Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen (SGZ)*	SIS subschaal 3B
Medische noden	SIS subschaal 3A en Schaal Vanermen*	SIS subschaal 3A en Schaal Vanermen*
Ondersteuningsnood op vlak van sociaal-emotioneel functioneren	Screeninglijst Sociaal Emotioneel Functioneren (SSEF)	/

*optionele schaal

De beslissingsregels van het ZZI

Het zorgzwaarte-instrument omvat dus een set van schalen waarmee heel wat informatie over de persoon met een handicap wordt bevestigd. De combinatie van antwoorden op de verschillende vragen van het ZZI noemen we het antwoordprofiel van de cliënt. De beslissingsregels van het ZZI versie 2012 berekenen aan de hand van dit antwoordprofiel de kans op elke mogelijke B-waarde en de kans op elke mogelijke P-waarde. Vervolgens kennen ze de B- en P-waarde met de hoogste kans toe. Deze kansberekening komt voort uit onderzoek op een voldoende grote en representatieve steekproef (Heymans & Molleman, 2013). De berekening is gebaseerd op het intersubjectieve oordeel van zorgzwaartebepalende factoren over een grote groep van getrainde inscalers heen.

Wetenschappelijke onderbouw

Het spreekt voor zich dat het zorgzwaarte-instrument slechts bruikbaar is, wanneer kan worden aangetoond dat het op een goede manier de zorgzwaarte van elke persoon met een handicap meet (het een 'valide' instrument is) en het dit ook op een betrouwbare manier meet (dezelfde resultaten oplevert, ongeacht door wie, waar en wanneer het wordt afgenomen). Om dit aan te tonen werd onder het toezicht van een groep experts uit het werkveld een grootschalig wetenschappelijk onderzoek opgezet, waarbij het zorgzwaarte-instrument bij enkele representatieve groepen van zorggebruikers werd afgenomen (Heymans & Molleman, 2013). In totaal werden 1840 inschalingen uitgevoerd, waarvan telkens deelgroepen gebruikt werden om de verschillende onderzoeksvragen te beantwoorden.

Uit een uitgebreide cliëntbevraging en analyse van feedback door inscalers en voorzieningen blijkt dat het ZZI alle aspecten van zorgzwaarte voldoende bevrageert om een inschatting van de zorgnoden te kunnen maken. Het is dus **inhoudelijk valide**. Daarnaast blijkt het instrument ook inhoudelijk goed interpreteerbare indicatoren van zorgzwaarte te meten, die aansluiten bij het intuïtief aanvoelen (= constructvaliditeit). Bovendien maakt het ZZI een goede inschatting van de ondersteuningsnoden van de persoon met een handicap (= criteriumvaliditeit). Dit laatste bleek uit het onderzoek naar de overeenkomst tussen de berekende B- en P-waarden van het ZZI versie 2012 en de klinische inschatting van deze B- en P-waarden door een getrainde inschaler. Deze overeenstemming was zeer goed (spearman correlatiecoëfficiënten liggen tussen 0,77 en 0,90; crossvalidering van protocol A leverde coëfficiënten tussen 0,61 en 0,72 op): 88% tot 98% van de berekende waarden met het ZZI verschilde maximum één waarde van het klinisch oordeel van de inschaler (crossvalidering van protocol A leverde resultaten tussen 87% en 97% op).

“**Het ZZI maakt een goede inschatting van de ondersteuningsnoden van de persoon met een handicap.**”

De **correctheid** van de zorgzwaarte-inschatting met het ZZI versie 2012 werd bijkomend nagegaan voor personen uit een aantal welomlijnde specifieke doelgroepen, waarvoor gebruikers hun bezorgdheden hadden geuit. Voor protocol A ging het hierbij om personen met een ernstig of diep verstandelijke handicap zonder bijkomende problematiek; personen met een autismespectrumstoornis met of zonder verstandelijke handicap en personen met een niet aangeboren hersenletsel. Voor protocol B ging het om personen met een visuele handicap; per-

sonen met een auditieve handicap en personen met een motorische handicap (al dan niet in combinatie met andere handicaps). Zowel voor protocol A als voor protocol B bleken de resultaten voor de onderzochte doelgroepen niet significant te verschillen van de volledige groep. Het ZZI versie 2012 is dus niet alleen voor de volledige groep maar ook voor de onderzochte specifieke doelgroepen valide.

Om de **betrouwbaarheid** van het ZZI te onderzoeken werden de beslissingsregels van het ZZI toegepast op de inschalingsgegevens van 80 personen die zich twee maal lieten inschalen met het zorgzwaarte-instrument, telkens door een andere inschaler. De overeenkomst tussen beide inschalingswaarden was voor elke parameter en elk protocol voldoende hoog (spearman correlatiecoëfficiënten liggen tussen 0,84 en 0,90). Dit wil zeggen dat het niet uitmaakt welke getrainde inschaler een ZZI inschaling uitvoert. De inschalingsresultaten van het ZZI versie 2012 blijken over inscalers heen betrouwbaar. Bovendien bleek dit instrument betrouwbaarder te zijn dan het klinisch oordeel van inscalers, dat vooral binnen het B protocol onvoldoende betrouwbaar bleek om te hanteren voor beslissingen op individueel niveau. (De spearman correlatiecoëfficiënten zouden minstens 0,80 moeten bedragen. Voor het klinisch oordeel liggen deze voor protocol A op 0,70 en 0,85 voor respectievelijk de B- en de P-waarde. Voor protocol B was dit slechts 0,54 en 0,58.)

Wanneer we al deze elementen samen nemen kunnen we stellen dat het ZZI versie 2012 voldoet aan alle wetenschappelijke standaarden om het te kunnen beschouwen als een valide en betrouwbaar inschalingsinstrument voor de ondersteuningsnoden van personen met een handicap. Voor de exacte resultaten van het onderzoek naar het ZZI versie 2012 verwijzen we de geïnteresseerde lezer graag naar het onderzoeksrapport (Heymans & Molleman, 2013) dat

integraal gepubliceerd is op de website van het VAPH.

Wat met minderjarigen?

Het zorgzwaarte-instrument is ontwikkeld voor en uitgetest bij meerderjarige personen met een handicap. Hiermee bedoelt men personen vanaf 18 jaar. De onderzoekers van de studiecél van het VAPH zijn ervan overtuigd dat het instrument niet zonder meer toepasbaar is voor minderjarigen. Enerzijds zijn de items van het ZZI niet aangepast aan de leefwereld van kinderen en anderzijds menen de onderzoekers dat bij minderjarigen ook andere (omgevings- en ontwikkelingsgebonden) aspecten de ondersteuningsnoden kunnen beïnvloeden. Daarom zal de ontwikkeling van een apart zorgzwaarte-instrument voor minderjarigen noodzakelijk zijn.

Brede toepassingsmogelijkheden

Het ZZI voor meerderjarigen kan worden beschouwd als één van de noodzakelijke bouwstenen om te kunnen werken aan het veranderingstraject Perspectief 2020. Het maakt de evolutie mogelijk naar meer vraaggestuurde zorg door middel van zorgzwaarte-gerelateerde persoonsvolgende financiering. Dit instrument biedt immers de mogelijkheid om, samen met andere elementen, te leiden tot een correctere toewijzing van middelen op basis van de zorg-

zwaarte. Wanneer en hoe dit precies zal gebeuren wordt nog verder uitgewerkt in het kader van de ontwikkeling van persoonsvolgende financiering. De keuzes die hierbij moeten worden gemaakt hangen mee af van andere evoluties in het vernieuwingsproces.

“ Het ZZI maakt de evolutie mogelijk naar meer vraaggestuurde zorg door middel van zorgzwaarte gerelateerde persoonsvolgende financiering. ”

Hoewel het ZZI werd ontwikkeld als hulpmiddel om te komen tot een zorgzwaarte-gerelateerde financiering van de diverse zorgvormen die door het VAPH worden ondersteund, kan dit instrument ook voor andere toepassingen zijn nut hebben. Zo kan het geheel aan antwoorden op de diverse schalen van het instrument een schat aan informatie opleveren voor het opstellen van een goed ondersteuningsplan voor de cliënt. Wanneer de cliënt dit wenst zou de informatie dan ook gedeeld kunnen worden met verschillende instanties die een rol spelen bij het vinden en aanbieden van gepaste zorg of ondersteuning. Ook zorgaanbieders zouden, opnieuw mits toestemming van de cliënt, de resultaten van een ZZI-inschaling kunnen aanwenden voor de interne organisatie en/of herverdeling van middelen en personeel.

Referenties

- Brusselmans, W. (1992). Validiteit en betrouwbaarheid van de ELIDA-schaal. In: *Liber Amicorum ter gelegenheid van het emeritaat van Prof. dr. H. Claessens*, 65-76.
- Buntinx, W. H. E. (2008). *Supports Intensity Scale (Nederlandse versie SIS NL 1.0). Handleiding Schaal Intensiteit van Ondersteuningsbehoeften*. Utrecht: Vilans.
- Molleman, C. (2010). *Syntheserapport: Zorgzwaarte-instrument*. Beschikbaar op <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/486328-Diagnostiek+en+indicatiestelling.html>
- Granger, C.V., Albrecht, G.L., & Hamilton, B.B. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by Pulses profile and the Barthel-index. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 60, 145-152.
- Heymans, S., & Molleman, C. (2013). *Zorgzwaarte-instrument (ZZI). Een onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid*. Beschikbaar op <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/486328-Diagnostiek+en+indicatiestelling.html>
- Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1994). *Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen. Handleiding*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.
- Maes, B., Bossaert, G., Kuppens, S., Buntinx, W. H. E. (2008). *Inschaling van bijzondere doelgroepen met de Supports Intensity Scale (SIS-NL 1.0)*. Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologische en Pedagogische Wetenschappen, Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek. Niet gepubliceerd manuscript.
- Vanermen, L. (2009). *Onderzoek naar tijd besteed aan (para) medisch-verzorgende handelingen*. Niet gepubliceerd onderzoeksrapport vzw Stijn.