

Meten is weten

Hoe kunnen we een meetinstrument ontwikkelen om het effect van een behandeling binnen de kliniek m.b.t. de zelfstandige zelfzorg van een patiënt in de leeftijd van 4 t/m 12 jaar te meten.

Studenten:

Linde Nieuwenhuis (S319042)

Leonie Herleijn (S318712)

Evalie Slaats (S1011535)

Instelling en opdrachtgever:

Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie

Begeleider vanuit Karakter:

Jeannine Poelman

Begeleider vanuit Windesheim:

Linda Geerars

Inleverdatum: 25-01-10

Inhoudsopgave

Woord vooraf	pag.4
Inleiding	pag.5
Hoofdstuk 1 Opzet van het onderzoek	pag. 6
1.1 Inleiding	pag. 6
1.2 Opzet van het onderzoek	pag. 6
1.3 Samenvatting	pag. 6
Hoofdstuk 2 De theorie over meetinstrumenten	pag. 7-14
2.1 Inleiding	pag. 7
2.2 De theorie over meetinstrumenten	pag. 7-13
2.2.1 Waarom meten	pag. 7-8
2.2.2 De definitie van meten	pag. 8
2.2.3 Het opzetten van een meetinstrument	pag. 9-10
2.2.4 Uitwerking stap drie: Met welk soort meetinstrument wilt u meten	pag. 10-11
2.2.5 Uitwerking stap zes: Wat is de methodologische kwaliteit	pag. 11-12
2.2.6 Evidence based practice	pag. 12-13
2.3 Samenvatting	pag. 14
Hoofdstuk 3 De huidige situatie	pag. 15-17
3.1 Inleiding	pag. 15
3.2 De huidige situatie	pag. 15-17
3.2.1 De huidige procedure	pag. 15
3.2.2 Wat mist er binnen deze huidige situatie?	pag. 15-16
3.2.3 De wenselijke situatie binnen Karakter Almelo	pag. 16-17
3.3 Samenvatting	pag. 17
Hoofdstuk 4 De normale competenties	pag. 18-19
4.1 Inleiding	pag. 18
4.2 De normale competenties	pag. 18-19
4.3 Samenvatting	pag. 19
Hoofdstuk 5 De invloed van de psychiatrische problematiek	pag. 20-22
5.1 Inleiding	pag. 20
5.2 De invloed van de psychiatrische problematiek	pag. 20-22
5.3 Samenvatting	pag. 22
Hoofdstuk 6 De invloed van thuis	pag. 23
6.1 Inleiding	pag. 23
6.2 De invloed van thuis	pag. 23
6.3 Samenvatting	pag. 23

Hoofdstuk 7 Zelfzorg bij andere psychiatrie instellingen	pag. 24-2
7.1 Inleiding	pag. 24
7.2 Zelfzorg bij andere psychiatrie instellingen	pag. 24-2
7.2.1 Interviews bij andere instellingen	pag. 24-25
7.2.2 Conclusies uit de interviews	pag. 25-26
7.3 Samenvatting	pag. 26
Hoofdstuk 8 Welk meetinstrument willen we ontwikkelen	pag. 27-28
8.1 Inleiding	pag. 27
8.2 Welk meetinstrument willen we ontwikkelen	pag. 27-28
8.2.1 Wensen van de opdrachtgever	pag. 27
8.2.2 Informatie van ander instellingen	pag. 27
8.2.3 Informatie uit de theorie van hoofdstuk twee	pag. 27-28
8.3 Samenvatting	pag. 28
Hoofdstuk 9 Ons meetinstrument	pag. 29-32
9.1 Inleiding	pag. 29
9.2 Ons meetinstrument	pag. 29-32
9.2.1 De ontwikkeling van ons meetinstrument	pag. 29
9.2.2 Het meetinstrument	pag. 30-32
9.3 Samenvatting	pag. 32
Hoofdstuk 10 De werkbeschrijving	pag. 33-34
10.1 Inleiding	pag. 33
10.2 De werkbeschrijving	pag. 33-34
10.2.1 Het belang van het meten van zelfzorg	pag. 33
10.2.2 De werkbeschrijving	pag. 33-34
10.3 Samenvatting	pag. 34
Hoofdstuk 11 Eindverantwoording	pag. 35-37
11.1 Inleiding	pag. 35
11.2 Eindverantwoording	pag. 35-37
11.2.1 Antwoord op onze onderzoeksvraag	pag. 35
11.2.2 Conclusies van ons onderzoek	pag. 36-37
11.2.3 Aanbevelingen voor de opdrachtgever	pag. 37
Nawoord	pag. 38
Bronnenlijst	pag. 39
Bijlagen	vanaf pag. 40

Woord vooraf

Wij zijn Evalie Slaat, Linde Nieuwenhuis en Leonie Herleijn, vierde jaars SPH-studenten van Chr. Hogeschool Windesheim.

Bij deze laatste fase van de opleiding hoort een afstudeeronderzoek binnen een instelling, welke aansluit bij de werkvelden van het Sociaal Werk. Het afstudeeronderzoek kan verschillende werkfacetten beslaan b.v.:

*een tevredenheidsonderzoek,

*een theorieonderzoek naar een bepaald onderwerp.

*ontwikkelonderzoek voor iets wat op de instelling effectief gebruikt zou kunnen worden

We hebben er voor gekozen het afstudeeronderzoek te doen binnen de instelling Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Almelo, omdat we daar alle drie onze jaarstage gelopen hebben en er ook nu alle drie werkzaam zijn.

Vanuit Karakter Almelo kwam de vraag een meetinstrument te ontwikkelen, waarmee de zelfstandige zelfzorg gemeten kon worden

Na gesprekken met de opdrachtgever en de klinisch psycholoog van Karakter zijn we tot de volgende onderzoeksvraag gekomen:

Hoe kunnen we een meetinstrument ontwikkelen om het effect van een behandeling binnen de kliniek m.b.t. de zelfstandige zelfzorg van een patiënt in de leeftijd van 4 t/m 12 jaar te meten?

Aan deze onderzoeksvraag hebben wij van september 2009 tot en met januari 2010 met veel plezier gewerkt en het uiteindelijke resultaat hebben we verwerkt in een interessant, leesbaar onderzoeksverslag, waarbij de noodzaak, van het meten van de zelfstandige zelfzorg, onderbouwd is aangetoond. We wensen een ieder dan ook veel plezier bij het lezen van "METEN IS WETEN"

Linde Nieuwenhuis
Leonie Herleijn
Evalie Slaat

Inleiding

Het onderwerp van ons onderzoeksproject is ontstaan door de vraag van Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie om een meetinstrument te ontwikkelen m.b.t. zelfstandige zelfzorg. Daar was behoefte aan, zeker in deze tijd, waarin de geleverde zorg met bewijzen ondersteund dient te worden.

Na enig overleg zijn we tot de volgende onderzoeksvraag gekomen:

Hoe kunnen we een meetinstrument ontwikkelen om het effect van een behandeling binnen de kliniek m.b.t. de zelfstandige zelfzorg van een patiënt in de leeftijd van 4 t/m 12 jaar te meten?

In hoofdstuk 1 worden de onderzoeksvraag en de 10 deelvragen overzichtelijk beschreven

In hoofdstuk 2 wordt de theorie over meten en meetinstrumenten uitgewerkt.

Ook wordt in dit hoofdstuk de randvoorwaarden voor het goed op kunnen zetten van een meetinstrument beschrijven. Deze randvoorwaarden zijn nodig om een goed meetinstrument op te zetten, hierbij valt te denken aan Evidence Based Practice.

Hoofdstuk 3 is een beschrijving van de huidige situatie bij Karakter . Tevens is beschreven wat er nog mist en wat wenselijk is. Deze huidige situatie dient als beginsituatie van ons onderzoek en wordt beschreven vanuit onze eigen ervaring tijdens het werken op de groepen. Hierbij richten wij ons uiteraard op de zelfstandige zelfzorg van de kinderen.

Als we de huidige situatie en het theoretische kader duidelijk hebben, spitsen we ons theoretisch toe op de doelgroep waarmee we werken m.b.t. leeftijdgerelateerde, benodigde competenties, evenals invloed van psychiatrische problematiek en de thuissituatie (hoofdstuk 4-6).

Na al het bovenstaande hebben we duidelijke theoretische kaders voor het opzetten van ons meetinstrument, is de huidige situatie beschreven en hebben we praktische kaders gericht op de doelgroep beschreven. Nu kunnen we gaan beginnen aan het werkelijke opzetten en ontwikkelen van het meetinstrument. Hiervoor willen we eerst navraag doen bij andere psychiatrie instellingen over hoe daar de mate van zelfstandige zelfzorg gemeten wordt (hoofdstuk 7).

Uit voorgaande, de theorie over meetinstrumenten en de wensen van de opdrachtgever, willen we gaan kijken welk soort meetinstrument we gaan ontwikkelen (hoofdstuk 8). We willen kijken naar welk soort meetinstrument het beste past binnen de eisen/wensen die gesteld zijn en willen hiermee zoveel mogelijk aansluiten op de vraag van de opdrachtgever.

Wanneer duidelijk is welk soort meetinstrument we gaan ontwikkelen zullen we alle opgedane kennis gaan samenvoegen tot een meetinstrument dat aansluit bij waarvoor we het maken (hoofdstuk 9).

In hoofdstuk 10 wordt ons meetinstrument duidelijk beschreven en hoe er mee gewerkt moet worden, zodat het ook daadwerkelijk in de praktijk gebruikt gaat worden.

In het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 11) 'de eindverantwoording' beschrijven we tot welke conclusies wij zijn gekomen, geven wij aanbevelingen naar de opdrachtgever en geven we antwoord op onze onderzoeksvraag.

Hoofdstuk 1 Opzet van het onderzoek

Onderzoeksvraag en Deelvragen

1.1 Inleiding

Onze onderzoeksvraag komt voort uit een jaarstage binnen de instelling Karakter Almelo. Hier merkten we zelf dat de zelfstandige zelfzorg niet duidelijk gemeten werd.

De klinische psycholoog gaf aan dat er geen meetinstrument beschikbaar is, waarmee de zelfstandige zelfzorg van een kind gemeten kan worden, maar dat daar wel behoefte aan was

Samen hebben we de volgende onderzoeksvraag samengesteld:

Hoe kunnen we een meetinstrument ontwikkelen om het effect van een behandeling binnen de kliniek m.b.t. de zelfstandige zelfzorg van een patiënt in de leeftijd van 4 t/m 12 jaar te meten?

1.2 Opzet van het onderzoek

Nadat onze onderzoeksvraag was vastgesteld, hebben we deze onderverdeeld in 10 deelvragen. Door de deelvragen uit te diepen en beantwoord te krijgen, kunnen we uiteindelijk tot de beantwoording van onze onderzoeksvraag komen

De deelvragen, die in de komende hoofdstukken behandeld zullen worden, zijn:

Deelvraag 1: Welke theorie is er over het meten en meetinstrumenten, waarmee gedrag gemeten kan worden?

Deelvraag 2: Wat is de huidige situatie binnen de kindhuizen van Karakter Almelo?

Deelvraag 3: Wat zijn de 'leeftijdadequate' competenties, met betrekking tot zelfzorg, bij de verschillende leeftijdscategorieën op de kindgroepen?

Deelvraag 4: Welke invloed heeft een psychiatrische problematiek op de ontwikkeling van een zelfstandige zelfzorg?

Deelvraag 5: Welke invloed heeft de 'thuisituatie' op de ontwikkeling van een zelfstandige zelfzorg?

Deelvraag 6: Zijn er binnen andere psychiatrie instellingen meetinstrumenten om de mate van zelfstandige zelfzorg te meten?

Deelvraag 7: Welk soort objectief meetinstrument gaan we ontwikkelen en waarom?

Deelvraag 8: Hoe gaat ons objectieve meetinstrument voor de kindgroepen er uit zien?

Deelvraag 9: Hoe gebruiken we een objectief meetinstrument bij het meten van de mate van zelfstandige zelfzorg van een patiënt?

1.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de onderzoeksvraag beschreven.

En is een overzicht gegeven van de deelvragen, die gekozen zijn om onze onderzoeksvraag te beantwoorden en die verder uitgediept zullen worden in de komende hoofdstukken.

Hoofdstuk 2 De theorie over meetinstrumenten

Welke theorie is er over het meten van gedrag en daarbij behorende meetinstrumenten

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen we de theorie die gaat over het maken en gebruiken van een meetinstrument beschrijven, om zodoende te onderzoeken op welke manier een meetinstrument opgezet kan worden

Tevens bevat dit hoofdstuk een uitwerking van verschillende stappen, die gezet moeten worden bij het in gebruik nemen van een meetinstrument. We hebben hiervoor gebruik gemaakt van het boek 'Meten in de praktijk, stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg'¹

2.2 De theorie over meten.

2.2.1 Waarom meten?

Voordat we een beschrijving kunnen geven van de definitie van een meetinstrument zoals we deze later in dit hoofdstuk geformuleerd hebben, willen we eerst beschrijven wat meten is en waarvoor dit belangrijk is.

Dit om zodoende aan te tonen dat de definitie goed gefundeerd is

Bij het werken met patiënten wordt een behandelplan opgezet dat past bij de hulpvraag van deze patiënt. Of het plan ook daadwerkelijk aansluit en of de behandeling voldoende effect heeft is een constante vraag van de hulpverleners. Als het effect meetbaar gemaakt kan worden, kan de invloed van de behandeling aangetoond worden.

Meten is een veel voorkomende manier van werken binnen allerlei beroepsgroepen, van wetenschappers tot bouwkundigen. Ook binnen de zorg wordt steeds meer gemeten, verpleegkundigen meten de stadia van een ziekte, fysiotherapeuten meten de bewegingsmogelijkheden van een cliënt en de verloskundige meet hoelang een vrouw zwanger is. Veelal wordt dit meten gedaan door middel van een meetinstrument, hierop zullen we zo verder ingaan.

Meten is niet alleen zinvol voor de zorgverlener om zelf te kijken welk effect een ingezette behandeling heeft, ook voor de communicatie naar anderen is meten van belang. Onderstaand schema geeft dit aan:



¹ Boek: Meten in de praktijk, stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg

² Illustratie bron: boek Meten in de Praktijk, stappenplan voor het gebruiken van meetinstrumenten in de gezondheidszorg pag. 12

Meten is belangrijk voor:

*zorgverzekeraars, om te weten of de bekostigde behandelingen wel voldoende effect opleveren. De zorgverzekeraar wil weten waar het geld voor wordt uitgegeven en welke resultaten erdoor worden verkregen.

*zorgverleners om te kijken of ze op de goede weg zitten en of ingezette behandelingen wel de beoogde resultaten opleveren.

*collega's en verwijzers, zodat er in de communicatie gebruik gemaakt kan worden van relevante gegevens uit metingen. Hierdoor wordt de overdracht duidelijker en is helder in beeld gebracht welk resultaat al behaald is en welke nog behaald moeten worden.

* patiënten zelf, om gemeten gegevens te hebben over de effecten van de behandeling.

2.2.2 De definitie van meten

Nu we het belang van meten aangetoond hebben, komen we op het punt welke invloed meetinstrumenten kunnen hebben op het meten. Veel zorgverleners 'meten', door observeren voortdurend de effecten van de behandeling en zijn zodoende hier veel mee bezig .

Door de effecten te meten met een meetinstrument worden de resultaten objectief opgeschreven en zijn daarmee duidelijk en werkbaar voor meerdere mensen.

'Het meten kan daardoor gezien worden als een klinisch vergrootglas of een eyeopener'³

Het meten en het meetinstrument kunnen natuurlijk de ervaring en deskundigheid van de zorgverlener niet vervangen en dit is ook niet nodig. Ze kunnen wel een bijdrage leveren aan het geven van goede zorg aan patiënten.

'Het belangrijkste doel van meten met behulp van een meetinstrument is het objectiveren en in maat en getal uitdrukken van klinische verschijnselen. Het gebruik van meetinstrumenten maakt zichtbaar wat anders, terecht of onterecht, gedacht of verondersteld wordt.'⁴

Uit voorgaande informatie kunnen we de volgende **definitie van een meetinstrument** halen:

- Een meetinstrument is een hulpmiddel om klinische gegevens te verzamelen, vast te leggen en te objectiveren, om deze inzichtelijk te maken voor meerdere personen/instantie s-

³ bron: 'Meten in de praktijk, stappenplan voor het gebruiken van meetinstrumenten in de gezondheidszorg' Pag. 11, einde 1^e alinea

⁴ Bron: 'Meten in de praktijk, stappenplan voor het gebruiken van meetinstrumenten in de gezondheidszorg' Pag. 11, 2^e alinea

2.2.3 Het opzetten van een meetinstrument

Het opzetten en kiezen van een meetinstrument gaat, volgens het boek 'Meten in de praktijk' aan de hand van verschillende stappen. Onderstaand figuur geeft de volgorde van deze stappen weer:



Deze stappen worden hieronder beschreven .

Stap 1 Wat wilt u meten?

Bij stap 1 staat centraal wat je te weten wilt komen en bij wie. Hierbij gaat het vooral om de vraagstelling. Deze vraagstelling moet in eerste instantie gebaseerd zijn op de hulpvraag van de cliënt.

Stap 2 Met welk doel wilt u meten?

Het doel van de meting is belangrijk om aan de hand hiervan het meetinstrument te kunnen kiezen. Als het doel duidelijk is, kan gekeken worden wat de functie van het meetinstrument gaat worden, bijvoorbeeld; een hulpmiddel bij het stellen van een diagnose, inzicht krijgen in de prognose van de cliënt of om een ingezette behandeling te evalueren.

Stap 3 Met welk soort meetinstrument wilt u meten?

Metten is mogelijk met verschillende instrumenten; instrumentele meetinstrumenten, observatielijsten, vragenlijsten of performancelijsten. Welk instrument je kiest hangt af van zowel het doel als van de vraagstelling. Omdat deze stap van essentieel belang is voor ons onderzoek, werken we dit verder uit in punt 2.2.4.

Stap 4 Hoe vindt u een meetinstrument?

Er zijn 'kant en klare' meetinstrumenten die vrij verkrijgbaar zijn of waar een vergoeding voor gevraagd wordt. Natuurlijk is het bij het zoeken naar een 'kant en klaar' meetinstrument belangrijk te zoeken aan de hand van een aantal eisen/wensen, waar de gevonden instrumenten aan moeten voldoen.

Stap 5 Wat is de hanteerbaarheid?

Deze stap is voor de praktijk van groot belang. Veel 'klare' meetinstrumenten zijn voor groot onderzoek en daarmee in de praktijk niet handig te gebruiken. De vragenlijsten zijn bijvoorbeeld te lang of de vragen zijn te complex om goed en vaak te kunnen gebruiken.

⁵ Illustratie bron: boek Meten in de Praktijk, stappenplan voor het gebruiken van meetinstrumenten in de gezondheidszorg pag. 15

Stap 6 Wat is de methodologische kwaliteit?

Voor een gevonden of gemaakt meetinstrument is het niet alleen belangrijk dat de haalbaarheid goed bekeken wordt, maar ook of de methodologische kwaliteit goed is. Omdat dit punt ook van belang is voor ons onderzoek werken we dit punt verder uit onder punt 2.2.5.

Stap 7 Hoe analyseert u de gegevens?

Voordat het meetinstrument gebruikt wordt, moet gekeken worden hoe de uitkomsten worden bepaald. Daarom zit er bij een meetinstrument vrijwel altijd een gebruikshandleiding. In deze handleiding staat bijvoorbeeld hoe de totaalscore bepaald wordt en of de scores per schaal berekend moeten worden

Stap 8 Hoe interpreteert en rapporteert u de gegevens?

Nadat het onderzoek is afgenomen en de gegevens geanalyseerd zijn, moet gekeken worden hoe deze geïnterpreteerd moeten worden. Hierbij staat natuurlijk weer de toepasbaarheid binnen de dagelijkse praktijk centraal. Bij het rapporteren kan nog onderscheid gemaakt worden tussen rapportage naar collega's, verwijzers of de patiënt zelf.

2.2.4 Uitwerking stap drie: Met welk soort meetinstrument wilt u meten?

Omdat voor ons onderzoek, waarbij we een meetinstrument willen gaan ontwikkelen, het erg belangrijk is te kijken welk soort meetinstrumenten er zijn en welke we willen kiezen, zullen we stap drie nu nog verder uitwerken:

Naast de indeling van meetinstrumenten aan de hand van het doel waarvoor ze gemaakt zijn, kunnen ze ook op een andere manier ingedeeld worden⁶, namelijk:

- * door de *methode* van het meten
- * door de *complexiteit* van het meten
- * door de *specificiteit* van het meten

Bij de *methode* van het meten zijn verschillende metingen mogelijk;

Objectieve metingen → hierbij gaat het om fysieke metingen of laboratorium onderzoek zoals het meten van de bloeddruk of de temperatuur

Subjectieve metingen → hierbij is sprake van een beoordeling van de zorgverlener of de patiënt. Subjectieve metingen kunnen aanvullende informatie geven na objectieve metingen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om lijsten die (in overleg met de patiënt) gescoord worden. Op een subjectieve manier kunnen zaken gemeten worden die niet objectief te meten zijn.

Observationale metingen → bij dit soort metingen wordt gedrag, gestructureerd of ongestructureerd, door een waarnemer geobserveerd. Aan de hand van een checklist worden de waargenomen observaties gescoord. Bijvoorbeeld pijn scores bij mensen, die niet kunnen praten. De opgegeven scores zijn natuurlijk wel afhankelijk van gedrag van de waarnemer en van de waargenomen persoon.

Performancetesten → dit zijn gestandaardiseerde methoden om het vermogen tot activiteiten te meten, waarbij tijd-afstand, aantallen en herhalingen belangrijk zijn.

De *complexiteit* van het meten hangt af van een aantal factoren. Een vragenlijst bestaat uit verschillende schalen en domeinen. De schalen zijn de verschillende antwoordmogelijkheden (goed-matig-slecht of 1-2-3-4-5). De domeinen zijn de verschillende onderdelen waarover vragen gesteld worden. Hoe meer vragen er per domein gesteld worden hoe meer informatie de vragenlijst kan geven.

⁶ bron: Boek Meten in de Praktijk, stappenplan voor het gebruik van een meetinstrument in de gezondheidszorg
Pag 43

De **specificiteit** van het meten houdt in hoe specifiek er gemeten wordt. Er zijn verschillende meetmethoden; ziektespecifiek, patiëntspecifiek en generiek.

Ziektespecifiek houdt in dat een meetinstrument alleen gericht is op één bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld de groep mensen met chronische lage-rugpijn.

Patiëntspecifiek is gericht op slechts één patiënt, omdat voor deze patiënt unieke vragen nodig zijn. Ook kan het zijn dat een patiënt gevraagd wordt zijn/haar eigen schaal te maken om klachten aan te geven.

Generiek zijn meetinstrumenten van wat algemenere aard, hierbij wordt niet gekeken naar één specifieke doelgroep maar wordt de vragenlijst gemaakt voor verschillende doelgroepen.

Het meest specifiek wordt gemeten met patiëntspecifieke meetinstrumenten, daarna volgt het ziektespecifieke instrument en het minst specifiek wordt er gemeten met generieke meetinstrumenten.

2.2.5 Uitwerking stap zes: wat is de methodologische kwaliteit

Naast dat het belangrijk is te kijken welk soort meetinstrument voor ons het beste is, moeten we ook kijken naar de methodologische kwaliteit van het meetinstrument. Daarom zullen we nu stap zes verder uitwerken:

De methodologische eigenschappen van een meetinstrument:

De kwaliteit van een meetinstrument wordt afgemeten aan een aantal eigenschappen zoals validiteit, reproduceerbaarheid, responsiviteit en interne inconsistentie. Omdat deze begrippen als randvoorwaarden gelden voor een goed werkend meetinstrument zullen we ze hieronder beschrijven.

Validiteit: de definitie van validiteit is: 'de mate waarin het meetinstrument meet wat het beoogt te meten.' Dit houdt in dat voordat de validiteit gemeten kan worden het doel van het meetinstrument duidelijk moet zijn. Daarom moeten eerst alle stappen doorlopen worden om het doel en het soort meetinstrument te kiezen. Pas daarna kan gekeken worden of het gekozen meetinstrument valide is voor het gestelde doel. Door de validiteit te meten en scherp te houden blijft de kwaliteit van de metingen hoog.

Er zijn verschillende manieren waarop de validiteit bepaald kan worden:

- face-validiteit: lijkt het op het eerste gezicht een goed meetinstrument?
- content-validiteit: bevat het meetinstrument alle relevante aspecten van het concept?
- criteriumvaliditeit: dit kan bepaald worden wanneer het meetinstrument vergeleken kan worden met een 'gouden standaard' (een gouden standaard is een meetinstrument dat precies, met 100% zekerheid meet wat hij moet meten)
- constructvaliditeit: wanneer er geen gouden standaard is, kan het meetinstrument vergeleken worden met een meetinstrument dat hetzelfde meet maar waarvan niet met 100% zeker is of het precies goed meet. Een dergelijk vergelijkinstrument wordt 'koperen standaard' genoemd

Reproduceerbaarheid: dit begrip houdt in dat de uitkomst van een meting hetzelfde zou moeten zijn wanneer het onder dezelfde omstandigheden opnieuw gemeten zou worden. Bij testen zijn er twee mogelijkheden vanuit de beoordelaar waarbinnen verschillen kunnen ontstaan: wanneer twee beoordelaars dezelfde test uitvoeren kan gekeken worden of ze tot dezelfde conclusie komen (interbeoordelaarsvariatie) en daarnaast kan één beoordelaar op twee verschillende momenten een test uitvoeren en ook dan moet gekeken worden of er tot dezelfde conclusie is gekomen (intra-beoordelaarsvariatie).

Ruis, waardoor reproduceerbaarheid niet mogelijk is, kan op drie manieren plaats vinden:

- biologische variatie: variatie door bijvoorbeeld verschillende momenten op de dag waarop gemeten wordt
- beoordelaarsfouten: variatie die ontstaat door het niet zorgvuldig of niet volledig invullen van het meetinstrument door de beoordelaar
- fouten in meetinstrumenten: het meetinstrument zelf kan ook variatie geven, bijvoorbeeld wanneer bij een instrumentaal meetinstrument de batterijen bijna leeg zijn

Vanuit de reproduceerbaarheid moet onderscheid gemaakt worden tussen het meten van groepen of het meten bij één persoon. Betrouwbaarheid betekend of er op basis van de metingen onderscheid gemaakt kan worden tussen verschillende personen. Overeenkomst gaat over de vraag of er bij meerdere metingen bij één persoon dezelfde uitkomsten verkregen zouden worden.

Responsiviteit: bij responsiviteit gaat het erom of een meetinstrument in staat is om optredende veranderingen te meten. Hierbij moet de verandering wel groter zijn dan de gebieden dicht bij het stabiele punt omdat dicht rondom dit punt een verandering ook kan optreden door ruis (zie reproduceerbaarheid).

Interne consistentie: dit begrip komt bij lang niet alle meetinstrumenten voor. Interne consistentie is een maat om na te gaan in hoeverre onderdelen in een meetinstrument samenhangend zijn.

Tot slot: welke eigenschap is van belang voor welk meetdoel:

Bij onderzoek tussen meerdere personen (discriminatief onderzoek) is voor reproduceerbaarheid vooral het begrip betrouwbaarheid belangrijk en voor validiteit de validiteit op één moment.

Bij onderzoek binnen één persoon is voor reproduceerbaarheid vooral overeenkomst belangrijk en voor validiteit vooral de meerdere meetmomenten (responsiviteit).

2.2.6 Evidence Based Practice

Naast de stappen die hierboven zijn beschreven is er nog een belangrijk onderdeel m.b.t. een meetinstrument: Evidence Based Practice. Dit is een nieuwe term in de gezondheids- en sociale zorg. Omdat dit ook belangrijk is als basis voor ons meetinstrument willen we hieronder deze term uitleggen.

Met Evidence Based Practice (EBP) wordt geprobeerd het handelen van de beroepsbeoefenaar zoveel mogelijk te rationaliseren door het consequent gebruik te maken van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs. In EBP wordt constant de keuze gemaakt tussen de voorkeur van de zorgvrager en de ervaring en voorkeur van de zorgverlener, afgezet tegen het huidige wetenschappelijke bewijs. Door deze afweging wordt gekomen tot de beste interventies of behandelingen.⁷

EBP bestaat uit twee delen die samen zorgen voor de best mogelijke professionele zorg: evidence-based betekent dat alle procedures, processen en interventies wetenschappelijk onderbouwd moeten zijn op doelmatigheid en doeltreffendheid. Practice betekent het vertalen van de theorie naar de dagelijkse praktijk. Bij EBP moeten de uiteindelijke beslissingen wel gericht zijn op de wensen en behoeften van de cliënt. Samengevat betekent EBP dus: **het verlenen van professionele zorg gebaseerd op de hoogste mate van wetenschappelijke onderbouwing, professionele kennis en op de wensen en mogelijkheden van de cliënt'**

Belangrijk is dat EBP niet verward mag worden met wetenschappelijk bewijs omdat over wetenschappelijk bewijs vaak weinig schikkingen mogelijk zijn, het zijn redelijk vaststaande bewijzen en daarmee verschillend van EBP⁸

⁷ Bron: 'Inleiding complementaire zorg' pag 463

⁸ Bron: Evidence Based Diëtetiek, principes en werkwijze. Pag 12

Om EBP te werken worden er meestal drie informatiebronnen gebruikt, die samen komen tot EBP (zie illustratie hiernaast):

- de ervaring en het inzicht van de beroepsbeoefenaar zelf (own Expertise en Experience)
- wetenschappelijke informatie, meestal door artikelen in vakbladen (Research Evidence)
- de wensen en behoeften van de cliënt (Cliënt and situation)



Evidence Based werken is binnen de geneeskunde al langere tijd aanwezig en daarmee geaccepteerd. Voor veel ziektebeelden is op basis van EBP een richtlijn gemaakt hoe te handelen. Binnen de sociale tak van de gezondheidszorg is echter nogal eens commentaar op EPB. Dit heeft te maken met meerdere mogelijke problemen; er bestaat een grote diversiteit aan (psychosociale) problemen die zich bij ieder mens op een andere manier uiten, er is binnen de behandeling van (psychosociale) problemen niet een behandeling als best naar voren gekomen (voor ieder individu is het effect van een behandeling verschillend) en tot slot het principiële tegenargument dat er binnen de sociale zorg geen behandeling is die voor iedereen aansluit dit omdat de persoonlijkheid van en de relatie met de hulpverlener een belangrijke rol speelt in het effect van een behandeling.⁹

Daarnaast weet een zorgvrager vaak goed wat voor hem/haar wel of niet werkt: 'als een zorgvrager bijvoorbeeld uit ervaring weet dat hij goed reageert op een bepaald kruidenpreparaat, terwijl er geen bewijs is voor de effectiviteit ervan, maar het gebruik wel veilig is, dan is de Evidence Based Practice dat de zorgverlener kan besluiten het preparaat toch aan de zorgvrager te geven.'¹⁰

Tot slot vinden kritische deskundigen dat het Evidence Based onvoldoende rekening houdt met niet meetbare waarden, zoals inzicht, ervaring en invoelend vermogen.¹¹

Om het meetinstrument Evidence Based te maken moet het wetenschappelijke onderbouwd worden. Deze onderbouwing moet worden verkregen uit wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp. Helaas is deze niet voor handen over zelfzorg.

⁹ Bron: 'Orthopedagogische werkvelden in beweging: organisatie en tendensen' pag. 29

¹⁰ Citaat: 'Inleiding complementaire zorg' pag. 463, alinea 1

¹¹ Citaat: 'De jeugdzorger als robot?' van Maarten Faas

2.3 Samenvatting

Uit alle bovenstaande informatie blijkt dat 'meten' belangrijk is om haalbare doelen vast te kunnen stellen en het effect van ingezette of nog in te zetten middelen te kunnen beoordelen en eventueel bij te stellen. Een behandelplan 'op maat' is belangrijk voor de patiënt, de zorgverlener, zorgverzekeraar, collega's en verwijzers,

Het bevordert het objectief vaststellen van het ontwikkelniveau, vergroot de haalbaarheid van de opgestelde doelen en geeft een helder communicatie/ en overdrachtsmiddel en geeft meetbaar inzicht in de ontwikkeling en mogelijkheden van de patiënt.

Bij het opzetten van een meetinstrument zijn een aantal uitgangspunten belangrijk.

- Welke methode van meten past het best bij het doel waarvoor deze gebruikt gaat worden.
- Hoe specifiek moet er gemeten worden, is het patiënt- of patiëntengroep gerelateerd
- Hoe is de complexiteit van het meetinstrument in verhouding met de te verkrijgen informatie

Door aan de hand van het stappenplan (figuur) een meetinstrument op te zetten worden alle belangrijke onderdelen behandeld en wordt er gekeken naar allerlei randvoorwaarden voor het goed werken van het meetinstrument.

We weten nu dat het meten met een meetinstrument al binnen veel beroepsgroepen gebruikt wordt en dat deze meetinstrumenten de doelen en het behandelplan. Een meetinstrument kan een goede aanvulling zijn op de expertise van de zorgverlener, want de zorgverlener kan met zijn/haar expertise de uitkomsten van de meting in het behandelplan gebruiken voor het vaststellen van de beginsituatie, de te ontwikkelen doelen en de interpretatie van de meetpunten in de evaluaties.

Daarnaast weten we welk stappenplan we kunnen gebruiken voor het opzetten van ons meetinstrument en we weten aan welke randvoorwaarden deze moet voldoen. Een van de randvoorwaarden is de methodologische kwaliteit.

Evidence Based Practice zou een belangrijke meerwaarde hebben voor het opzetten van een meetinstrument, omdat EBP ervoor zorgt dat belangrijke onderdelen zoveel mogelijk feitelijk gemeten kunnen worden. Door bovenstaande weten we wat EBP is en welke grenzen er zijn aan de toepassing van Evidence Based Practice. Helaas is er op dit moment nog niet voldoende wetenschappelijk onderzoek gedaan op het gebied van de zelfzorg, daarom kan ons meetinstrument niet Evidence Based worden. Ons instrument kan echter wel een stap in de goede richting zijn om uiteindelijk het meten van zelfzorg Evidence Based te maken.

Hoofdstuk 3 De huidige situatie

<p style="text-align: center;">Wat is de huidige situatie, wat mist er en wat is wenselijk binnen de kindhuizen van Karakter Almelo.</p>

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen we kijken naar de huidige situatie binnen de kindhuizen van Karakter Almelo. Hierbij richten we ons op de zelfstandige zelfzorg van de kinderen. We willen een duidelijk beeld neerzetten van de huidige situatie, wat er nog mist en de wenselijkheid met betrekking tot de zelfstandige zelfzorg. Dit willen we onderzoeken omdat dit een beeld kan geven van wat nodig is. Om de huidige situatie te omschrijven hebben we de situatie geobserveerd en groepsleiders gevraagd hoe ze te werk gaan.

3.2 De huidige situatie binnen de kindergroepen van Karakter Almelo

3.2.1 De huidige procedure

Karakter Almelo heeft twee klinische behandelgroepen voor kinderen van 4 tot 12 jaar. Deze kinderen krijgen een behandeling gericht op de psychiatrie. Daarnaast krijgen ze een stuk ontwikkeling gericht op allerlei zaken, waaronder de zelfstandige zelfzorg. Onder deze zelfzorg verstaan wij wassen, douchen en afdrogen, tandenpoetsen, aankleden, billen afvegen, haren kammen, handen wassen na het plassen, zindelijkheid.

Allereerst wordt er tijdens de opname van een kind besproken hoe ouders de zelfstandige zelfzorg van hun kind beoordelen. Dit wordt genoteerd in de individuele rapportages van het kind. Als het kind opgenomen is, wordt het geobserveerd om zo een duidelijker beeld te krijgen. Deze observaties worden gerapporteerd. Aan de hand daarvan wordt er gekeken of het wenselijk is een methode in te zetten om het kind een onderdeel aan te leren. De wenselijkheid hangt af van haalbaarheid binnen de opnameduur en de intensiviteit van de behandeling. Dit wordt gedaan door de groepsleiders. Iedere dag worden er rapportages geschreven over de dag van het kind. In deze rapportages wordt indien nodig aandacht besteed aan de zelfstandige zelfzorg. Door de rapportages te lezen kan iedere groepsleider zien wat het kind geleerd heeft. Het behandelplan wordt drie keer besproken tijdens de opname van het kind. Als verbetering in de zelfzorg belangrijk is tijdens de behandeling wordt dit meegenomen in de behandelplanbespreking. Daarnaast hangen er in de badkamer en toiletten pictogrammen, als geheugensteun voor de handelingen tijdens het douchen of wc-bezoek. Als het nodig is kan een kind ook pictogrammen krijgen op zijn/haar slaapkamer ter ondersteuning.

3.2.2 Wat mist er binnen deze huidige situatie?

Bij Karakter worden methodes gebruikt om de zelfstandige zelfzorg individueel te ontwikkelen, alleen worden de competenties niet gemeten en gescoord. Hierdoor is het moeilijk te zien of een methode effect heeft gehad. De reden hiervan is het ontbreken van een goed meetinstrument. Dit hebben we zelf ervaren, maar werd ook aangegeven in gesprekken met groepsleiders.

Ook hebben we in interviews met verschillende personen hen de vraag gesteld of ze een meetinstrument missen dat de mate van zelfstandige zelfzorg meet.

Uit het interview met onze klinisch psycholoog bleek:

'Er zijn helaas nog niet overal meetinstrumenten voor. Dit is ook moeilijk te realiseren. Zelfzorg bijvoorbeeld is goed objectief te meten. Als je kijkt naar een sova-training dan wordt het al moeilijker om te meten. Het is moeilijk te meten wat voor een effect een behandeling heeft op een kind. Hiervoor zijn er binnen Karakter nog geen interventies aanwezig.'

Doordat er geen goede meetinstrumenten zijn is het moeilijk te zien;

- of een methode of programma werkelijk effect heeft gehad
- of er duidelijke doelen zijn gesteld m.b.t. zelfstandige zelfzorg
- of de behandeldoelen van een kind realistisch gesteld zijn
- of de behandeling voldoende kwaliteit oplevert
- of het kind leeftijdsadequate lichamelijke handelingen zelfstandig kan uitvoeren

Doordat de zelfstandige zelfzorg op dit moment niet feitelijk gemeten wordt kunnen de resultaten van zelfzorgbehandeldoelen niet optimaal inzichtelijk gemaakt worden. Daarnaast is niet duidelijk wat een kind al dan niet beheerst op het gebied van zelfstandige zelfzorg.

3.2.3 De wenselijke situatie binnen Karakter Almelo

Nu we weten wat er nog mist binnen de kindergroepen hebben we gekeken naar de wenselijke situatie. We hebben een aantal gesprekken gehad met groepsleiding waaruit naar voren kwam dat het wenselijk is dat de zelfstandige zelfzorg feitelijk gemeten wordt.

Ze zouden graag een scorelijst willen hebben waarop alle onderdelen van de zelfstandige zelfzorg gescoord kunnen worden. Deze lijst moet duidelijk en overzichtelijk zijn zodat iedere groepsleider direct weet wat de bedoeling is en er moet een handleiding bij aanwezig zijn.

De scorelijst moet vooral praktisch en snel ingevuld kunnen worden, zodat het haalbaar is de lijst in te vullen binnen een dienst.

Onze klinisch psycholoog antwoordde op de volgende vraag:

Op welke manier kun je de zelfstandige zelfzorg het beste objectief meten?

"Door veel te observeren en deze observaties te turven. Wat doet het kind wel en niet. Je kunt hierbij een scorelijst bijhouden. Deze scorelijst kan door de groepsleiders ingevuld worden, maar ook door ouders. "

Uit dit alles hebben we de conclusie getrokken dat we een duidelijk meetinstrument moeten gaan ontwikkelen. Dit naar aanleiding van meerdere gesprekken met groepsleiders, interviews en ons eigen inzicht.

Het doel van deze scorelijst zal uiteindelijk niet het feitelijke meten zijn. Het meten is een begin voor het opzetten van een behandeldoel met betrekking tot de zelfstandige zelfzorg van een individueel kind. De meting zorgt voor een beginsituatie van waaruit een doel gesteld kan worden. Meten is dus belangrijk om aan het begin van een behandeling een beeld te krijgen van de mate van zelfstandige zelfzorg van een kind. Met de resultaten van de meting (met onze scorelijst) zal, indien nodig, in het behandelplan van het kind een behandeldoel opgesteld worden.

Hiervan wordt afgezien wanneer het kind adequaat blijkt te functioneren m.b.t. zelfzorg, of wanneer de prioriteit bij andere behandeldoelen ligt (denk hierbij aan het reguleren van agressie of het reguleren van zelfdestructief gedrag).

Het meten van de zelfzorg en het stellen van een behandeldoel m.b.t. de zelfstandig zelfzorg is belangrijk omdat het hebben van een goede zelfzorg binnen de maatschappij een vereiste is. Bijvoorbeeld een kind met een onprettige lichaamsgeur zal een grotere kans lopen om buiten de groep te vallen en zal sneller gepest worden.

Uit ons onderzoek bleek dat er een aantal belangrijke punten misten in de huidige behandeling op de groepen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het goed kunnen stellen van behandeldoelen m.b.t. de zelfstandige zelfzorg, het kunnen beoordelen of een ingezette methode voldoende effect heeft gehad en het beoordelen of een kind leeftijdsadequate lichamelijke handelingen zelfstandig uit kan voeren. Door met onze scorelijst de mate van zelfstandige zelfzorg te meten kunnen bovenstaande punten beter beoordeeld worden.

Door de scorelijst te gebruiken om de mate van zelfstandige zelfzorg te bepalen kan het methodisch handelen onderbouwd worden. Een ingezette methode kan, door de scorelijst in te vullen, beoordeeld worden op de behaalde resultaten. Hierdoor kan methodisch handelen verantwoord worden naar derden, zoals zorgverzekeraars, verwijzers en ouders. En inzicht worden verkregen in de manier van werken binnen de kindergroepen van Karakter Almelo.

3.3 Samenvatting

Binnen de kinderverenigingen van Karakter Almelo wordt er zeker gewerkt aan de zelfstandige zelfzorg van de kinderen. De zelfstandige zelfzorg wordt geobserveerd en opgenomen in het behandelplan als dit nodig is. Door het ontbreken van een meetinstrument kan de zelfzorg op dit moment echter niet feitelijk gemeten worden.

Als wenselijke situatie hebben we waargenomen dat het noodzakelijk is dat er voor het meten van de zelfstandige zelfzorg een feitelijke en overzichtelijke scorelijst ontwikkeld moet worden. Met deze scorelijst kan de mate van zelfstandige zelfzorg gemeten worden bij een kind. Aan de hand van de uitkomst van deze meting kunnen eventueel behandeldoelen opgesteld worden. Ook kan door de uitkomst van een volgende meting gekeken worden of een ingezette methode voldoende effect heeft gehad. Hierdoor is voor de groepsleiders en eventuele andere disciplines in het behandelplan duidelijk terug te vinden of en in hoeverre ingezette behandelingen zin hebben gehad.

Hoofdstuk 4 De leeftijdsadequate competenties

Wat zijn de leeftijdsadequate competenties, met betrekking tot zelfzorg, bij de verschillende leeftijdscategorieën op de kindgroepen?

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen we beschrijven welke competenties passen bij verschillende leeftijdscategorieën. Dit doen we omdat we vinden dat het belangrijk is om, voordat we beginnen met het ontwikkelen van een meetinstrument, te weten welke 'normale' competenties horen bij een kind van een bepaalde leeftijd. Deze competentielijst zullen we bij ons uiteindelijke product ook als bijlage toevoegen zodat de uitkomst van een meting vergeleken kan worden met de 'normale' competenties.

4.2 De leeftijdsadequate competenties

We waren van plan om via theorieonderzoek te komen tot een goede lijst met competenties met betrekking tot zelfzorg. Een dergelijke lijst was echter niet te vinden, dit werd door de psycholoog van de instelling bevestigd. In de kinddossiers van de GGD zijn eveneens geen competenties m.b.t. zelfzorg opgenomen.

In overleg met de psycholoog hebben we verder gezocht op internet naar een mogelijke lijst met competenties. Deze hebben we op internet gevonden¹² en doorgenomen met onze klinisch psycholoog. Samen hebben we een aantal onderdelen toegevoegd, omdat o.i. in de originele lijst nog een aantal onderdelen van de zelfzorg misten. De lijst die we op internet vonden is samengesteld voor de website van j/m ouders, helaas stond er geen auteur of functie bij vermeld. We weten dus niet door welk soort deskundige deze lijst is samengesteld.

De uiteindelijke uitkomst van ons onderzoek naar de leeftijdsadequate competenties bij kinderen van verschillende leeftijdsfasen is onderstaande lijst geworden:

Leeftijdscategorie 2 tot 4 jaar

- * Het kind kan zelfstandig naar de wc, maar heeft nog hulp nodig bij het afvegen van de Billen en het handen wassen
- * Het kind kan zelf de klaargelegde kleding aantrekken
- * Het kind kan zelf zijn kleding uittrekken
- * Het kind kan zelf zijn/haar vuile was in wasmand doen
- * Het kind kan zijn/haar kleding na het uittrekken op de stoel hangen
- * Het kind kan zijn/haar pyjama opruimen op de genoemde plaats

Leeftijdscategorie 4 tot 6 jaar

- * Het kind weet wat hij/zij met ene washandje hoort te doen
- * Het kind kan zichzelf, met aanwijzingen, wassen voordat hij/zij zich aankleedt
- * Het kind kan de gewassen lichaamsdelen, met aanwijzingen, zelf afdrogen
- * Het kind kan zelf een begin maken met zijn/haar tandenpoetsen, ouders moeten nog wel napoetsen
- * Het kind kan zelfstandig naar de wc en kan zelf zijn/haar billen afvegen
- * Het kind kan, onder toezicht en met aanwijzingen, zelf douchen (nog niet haren wassen)
- * Het kind kan, met aanwijzingen, zijn/haar kamer opruimen

¹² Bron leeftijdsadequate competentielijst: <http://www.jmouders.nl/opvoeden/412jaar/gedragkinderen/zelfstandig.htm>

Leeftijdscategorie 7 tot 9 jaar

- * Het kind kan zelf een washandje pakken en hier zeep op doen
- * Het kind kan zich zelfstandig wassen en afdrogen voor het aankleden
- * Het kind kan aangeven welke kleding hij/zij wel of niet aan wil
- * Het kind kan zelfstandig zijn/haar haren kammen en in model brengen
- * Het kind kan zelfstandig tanden poetsen
- * Het kind kan zichzelf douchen
- * Het kind kan zelfstandig zijn/haar haren wassen
- * Het kind kan zich zelfstandig afdrogen na het douchen
- * Het kind kan zelfstandig in een, door de ouders, klaargemaakt bad gaan
- * Het kind kan de spullen terugleggen/-zetten waar ze horen in de badkamer
- * Het kind kan zelfstandig zijn/haar kamer opruimen

Leeftijdscategorie 9 tot 11 jaar

- * Het kind kan zelf de kleding uitzoeken die hij/zij aan wil hebben
- * Het kind kan zelf de kleding klaarleggen voor de volgende dag
- * Het kind kan zelf kijken of kleding in de was moeten of niet
- * Het kind weet wat hij/zij nodig heeft voor het douchen
- * Het kind kan zelf de spullen voor het douchen pakken en meenemen
- * Het kind kan zelfstandig het bed opmaken en verschoneren
- * Het kind weet de waarde van zelfzorg en waarvoor dit nodig is

Leeftijdsfase Rond 12 jaar

- * Het kind kan zelfstandig een bad klaarmaken
- * Het kind kan zelf zijn/haar kamer naar smaak inrichten en schoon houden
- * Het kind kan zelfstandig bedenken welke spullen hij/zij nodig heeft voor de zelfzorg
- * Het kind kan er zelf voor zorgen dat er spulletjes zijn die hij/zij nodig heeft voor de zelfzorg

4.3 Samenvatting

Na de gesprekken met onze klinisch psycholoog en ons onderzoek in literatuur en internet hebben we een goede lijst kunnen samenstellen met daarin de competenties die, bij een normale ontwikkeling, horen bij verschillende leeftijdsfasen met betrekking tot de zelfstandige zelfzorg. Deze lijst is de basis voor ons verdere onderzoek naar eventuele problemen met zelfzorg die kinderen kunnen ondervinden door bijvoorbeeld hun psychiatrische problematiek en/of hun thuissituatie.

We zullen de lijst met leeftijdsadequate competenties uiteindelijk bij ons product, de scorelijst, voegen, zodat deze gebruikt kan worden als vergelijkingsmateriaal bij de uitkomst van een meting bij een kind. Deze lijst is niet aangepast aan de psychiatrische doelgroep maar blijft een algemene lijst, die duidelijk de verschillen tussen de uitkomst van de meting en wat normaal is, kan aan geven.

Hoofdstuk 5 Invloed van de psychiatrische problematiek

Welke invloed heeft de psychiatrische problematiek op de ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg van een kind

5.1 Inleiding

Het is belangrijk en noodzakelijk voor ons onderzoek om te weten welke invloed een psychiatrische stoornis op de ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg heeft.

Door verschillende stoornissen zoals; ADHD, ODD, ASS problematiek, dysthyme stoornis en hechtingsproblematiek kan het zijn dat het kind wordt belemmerd in de mate waarop hij zichzelf kan verzorgen.

In dit hoofdstuk willen we beschrijven welke problemen verwacht kunnen worden bij deze kinderen in de ontwikkeling van hun zelfstandige zelfzorg.

5.2 De invloed van de psychiatrische problematiek

Daar wij een onderzoek doen naar de zelfstandige zelfzorg van kinderen die opgenomen zijn in de kinder- en jeugdpsychiatrie is het van belang om aandacht te besteden aan de psychiatrische problematiek van een kind.

Waarbij de volgende vragen gesteld moeten worden:

In wat voor mate heeft de stoornis invloed op de zelfstandige zelfzorg.

Bij welke stoornis is het kind meer beperkt om zich goed te verzorgen.

Hoe kun je hier in de behandeling van een kind rekening mee houden en welke middelen zou je moeten gebruiken om het kind tegemoet te komen.

Normaal gesproken kijken we naar de leeftijdsfasen van een kind en wat bij welke leeftijd hoort, welke zelfzorg moet een kind al zelfstandig kunnen doen. Door een psychiatrisch probleem worden deze kinderen mogelijk hierin beperkt. Er wordt al veel gewerkt met lijstjes, schema's, picto's, dagprogramma's en een planbord binnen Karakter Almelo. Hierdoor hebben de kinderen meer overzicht en weten ze precies wanneer wie komt werken, wanneer ze naar huis mogen bellen en wanneer ze in bad mogen.

Het is ons, door de interviews met de klinisch psycholoog en de ouderbegeleider, duidelijk geworden dat het niet mogelijk om bij elke stoornis de problemen binnen de te verwachten ontwikkeling van zelfstandige zelfzorg te benoemen of te categoriseren, omdat het per kind heel erg verschilt. Ieder kind heeft zijn/haar eigen ik, eigen IQ en eigen mate van een stoornis.

Uit het interview met de klinisch psycholoog blijkt:

“Binnen de psychiatrie kan de zelfzorg wel achter uit gaan, maar dit is zeker niet in alle gevallen zo. Bij mensen met schizofrenie zie je dit wel vaak. Het neuro psychologische patroon bepaalt veel. Kinderen met ADHD, Pdd-nos of depressie hebben vaak een te kort aan zelfstandigheid. Er zijn ook andere oorzaken. Kinderen met bijv ASS leren niet zo snel dmv imitatie van ouders/verzorgers. Natuurlijk speelt ook de persoonlijkheid van het kind een grote rol. Het ene kind is erg schoon en opgeruimd van aard waar de ander juist rommelig is.”

Uit het interview met de ouderbegeleider blijkt:

“Alle kinderen hebben last van prikkels, prikkels die ze moeilijk kunnen filteren. Vaak hebben alle kinderen last van concentratie problemen, ze kunnen zich slechter richten op de taak, moeite met regulatie, bij ASS problematiek speelt starheid een grote rol, bij hechtingsproblematiek is de hechting is verstoord, je kunt moeilijker leren. Vb functie van een ander werkt minder, gebrek aan vertrouwen, overal controle over hebben. Deze problemen hebben allemaal invloed op de ontwikkeling van een kind. Elke stoornis heeft iets wat het kind in de ontwikkeling belemmert. Het kan ook zo zijn dat het kind geen behoefte heeft aan zelfstandige zelfzorg (dan ontbreekt de intrinsieke motivatie).”

Uit de interviews weten we nu dus dat het niet mogelijk is om per stoornis aan te geven op welke punten een kind uit zal vallen. Dit komt doordat ieder kind anders is en de stoornis zich bij ieder kind op een andere manier zal uiten. Daarnaast hebben de thuissituatie, de opvoeding en de persoonlijkheidskenmerken (bijvoorbeeld IQ en karakter) van het kind invloed op de ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg.

We willen door middel van een aantal voorbeelden beschrijven hoe verschillend kinderen met een bepaalde stoornis kunnen zijn:

- Meisjes E en S hebben beide een ASS problematiek, hebben beide een beneden gemiddeld IQ en zijn beide 12 jaar oud. S komt uit een laag milieu en wordt door haar vader (die minder begaafd is) opgevoed. E komt uit een normaal sociaal milieu en wordt door haar beide ouders opgevoed. S is niet intrinsiek gemotiveerd om zichzelf goed te verzorgen en hecht niet veel waarde aan haar uiterlijk. Het gevolg is dat S niet goed weet hoe ze zichzelf moet verzorgen en de persoonlijke verzorging flinke problemen geeft. E vindt het erg belangrijk dat ze er goed uit ziet en verzorgt zichzelf goed. Ze is erg schoon op zichzelf en vraagt indien nodig hulp bij de zelfzorg (bijvoorbeeld bij het maken van vlechten in haar haren).

Deze meisjes hebben dezelfde stoornis maar de uiting van hun persoonlijke verzorging en zelfzorg is volledig verschillend.

- De jongens L en N hebben beide een hechtingsproblematiek, L is 9 jaar en wordt door zijn moeder opgevoed. N is 12 jaar en woont op een leefgroep. L is erg verzorgend op zichzelf en vraagt hulp wanneer hij iets niet kan. Hij ruikt altijd fris en ziet er verzorgd uit. N lijkt niet veel belang te hebben bij een goede zelfzorg. Hij weet niet goed hoe hij zich moet verzorgen, maar vraagt ook geen hulp bij de dingen die hij niet weet.

De jongens L en N hebben beide een hechtingsproblematiek. Deze hechtingsproblematiek heeft op hen beiden een andere invloed qua zelfzorg.

- S en M zijn beide jongens met dysthyme klachten, niet volledige gediagnosticeerd. Ze zijn beide redelijk zelfstandig met de zelfzorg maar gaan hier beide anders mee om. S doet alles zelf en vraagt geen hulp, zijn zelfstandige zelfzorg is goed en daarom is hulp daarbij niet nodig. M is ook vrij zelfstandig alleen hij uit dit niet zo. Hij vraagt veel hulp en is erg onzeker in alles wat hij doet. De zelfzorg die hij doet is goed, maar hij is erg bang dat hij het niet goed doet en vraagt daarom erg vaak om hulp.

Beide jongens hebben dysthyme klachten en zijn redelijk zelfstandig in hun zelfzorg. Toch gaan ze hier totaal verschillend mee om. De zelfzorg van S is zelfstandig en leeftijdsadequaat hij ruikt altijd fris, weet hoe hij zich moet douchen en heeft een verzorgd uiterlijk en heeft daarbij niet of nauwelijks begeleiding nodig.

M beschikt ook over de voldoende mate van zelfzorg, maar doet dit niet zelfstandig en vraagt in alles begeleiding.

Uit bovenstaande voorbeelden blijkt wat eerder in dit hoofdstuk al aangegeven is, dat de beperkingen die een bepaalde stoornis geeft op de ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg van een kind niet in lijstjes vast te leggen is. Een stoornis uit zich bij ieder kind anders en kan andere beperkingen geven binnen de ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg.

Door een meting te doen naar de mate van zelfstandige zelfzorg wordt gekeken op welke vlakken een kind uitvalt. Aan de hand van deze uitvalspunten kunnen behandeldoelen gesteld worden in het behandelplan van het kind. Deze doelen worden aangepast aan de psychiatrische problematiek van het kind. Bijvoorbeeld een kind met PDD-NOS kan voor het aanleren van een efficiënt ochtendritueel een pictogrammenlijst krijgen met daarop alle stappen van de ochtend. Door de interventies van een doel aan te laten sluiten bij de problematiek van het kind, wordt het doel haalbaar voor het kind. Er wordt dus gemeten aan de hand van competenties horend bij een ‘normale’ ontwikkeling, maar de gestelde doelen worden aangepast aan de psychiatrische problematiek van een kind.

5.3 Samenvatting

Voor een kind met een psychiatrische problematiek zal het in sommige gevallen moeilijk zijn om onderdelen van de zelfzorg aan te leren, bijvoorbeeld het eigen maken van een doucheritueel.

In hoeverre dit veroorzaakt wordt door het psychiatrisch probleem is moeilijk te zeggen en zal per kind verschillen.

Bij de ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg zijn allerlei aspecten van invloed: zoals het IQ, de omgeving van het kind, de interesses en motivatie van het kind.

Maar natuurlijk kan de psychiatrische stoornis het kind ook in de ontwikkeling m.b.t. de zelfzorg beperken. Daarom moeten behandeldoelen, interventies en de methode aangepast worden aan de mogelijkheden van het individuele kind. Hierdoor zal er een optimaal rendement behaald worden uit de behandeling.

Ons meetinstrument zal daarom een algemene lijst worden, die te gebruiken is voor alle kinderen van 4 tot 12 jaar. De resultaten en de daaruit voortvloeiende aanpak zullen aan moeten sluiten bij de mogelijkheden van het individuele kind.

Hoofdstuk 6 De invloed van thuis

Welke invloed heeft de thuissituatie van een kind op de ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg?

6.1 Inleiding

Ieder kind wordt opgevoed met normen en waarden die zijn/haar ouders belangrijk vinden. De criteria m.b.t. zelfstandige zelfzorg kan ook door iedere opvoeder anders bekeken worden. Het is daarom van belang de invloed van het milieu mee te nemen in de beoordeling van de zelfstandige zelfzorg van het kind.

6.2 De invloed van thuis

Het is belangrijk om bij de opname van een kind te kijken naar wat het binnen zijn of haar milieu al heeft geleerd. Op basis van deze informatie kun je het kind gaan observeren en beoordelen wat het nog moet aanleren.

“Denkt u dat er een mogelijkheid bestaat dat co-ouderschap van invloed kan zijn op de zelfstandige zelfzorg van kinderen?”

“Helaas heeft dit wel invloed, als er verschillende eisen aan het kind worden gesteld. Een kind kan niet leven in 2 verschillende werkelijkheden. Ongeacht de leeftijd van het kind. Ouders moeten dit ook goed afstemmen met elkaar. Hoelang een kind bijvoorbeeld moet tanden poetsen, wanneer het kind voor het eerst op het potje moet gaan plassen. Maar als het kind ouder wordt, gaat dit steeds beter”
Uit een interview met onze ouderbegeleidster.

Hoe een kind wordt opgevoed, ligt aan de cultuur waarin het zich bevindt. De omgeving waarin een kind opgroeit heeft veel effect op de ontwikkeling. Als je dit gegeven koppelt aan de zelfstandige zelfzorg heeft de opvoeding en omgeving ook hier veel invloed op. Wat vinden ouders belangrijk in de opvoeding en kunnen ze dit bieden. Bijvoorbeeld bij een armer gezin is eten belangrijker dan bijvoorbeeld iedere dag douchen.

Wat ouders weten over wat een kind moet kunnen op een bepaalde leeftijd is ook afhankelijk van het niveau en de betrokkenheid. Je kunt de lijn dan ook verder trekken naar wat ouders zelf hebben meegekregen uit hun eigen opvoeding, dit dragen ze vaak uit naar hun eigen kinderen. Daarnaast speelt de verdere omgeving ook een grote rol, de buurt, de school en vrienden

Uiteraard kan de opvoeding van een kind met bijvoorbeeld ASS-problematiek anders zijn. Denk hierbij aan de vereiste structuur, die deze kinderen nodig hebben, dat ze minder leren van imitatie en langer doen om zich bepaalde onderdelen eigen te maken. Ondanks dat de opvoeding van een kind met een psychiatrische problematiek anders zou moeten zijn dan van een kind zonder beperking, heeft de opvoeding dezelfde invloed op de ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg. Bovenstaande kwam duidelijk naar voren tijdens de gesprekken en interviews met verschillende disciplines en sluit ook aan bij onze eigen ervaring.

6.3 Samenvatting

De ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg heeft te maken met een aantal facetten uit de opvoeding en de omgeving van het kind. Je kunt hierbij denken aan de betrokkenheid, niveau en opvoeding van de ouders, maar ook de omgeving, waarin het kind functioneert zijn van invloed.

Hoofdstuk 7 Zelfzorg bij andere psychiatrie instellingen

<p>Zijn er binnen andere psychiatrie instellingen meetinstrumenten om de mate van de zelfstandige zelfzorg te meten?</p>

7.1 Inleiding

We hebben contact gezocht met verschillende instellingen om erachter te komen wat er gebruikt wordt om de zelfstandige zelfzorg te meten. Deze informatie zouden we kunnen gebruiken bij het opzetten van een meetinstrument. We hebben er bewust voor gekozen om bij groepen te informeren die dezelfde leeftijdscategorie behandelen.

7.2 Zelfzorg bij andere psychiatrie instellingen

7.2.1 Interviews bij andere instellingen

Het was erg moeilijk om contact te krijgen met de instellingen, uiteindelijk hebben we er twee gevonden die bereid waren ons informatie te geven. We hebben vragen opgesteld die we de instellingen voor zouden leggen.

Allereerst hebben we contact gehad met een academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie dat anoniem wenst te blijven. We hebben gesproken met een groepsleidster van de groep voor kinderen van 6-12 jaar.

1. Welke leeftijd wordt er bij jullie op de groep geplaatst?

De kinderen op deze groep zijn tussen 6 en 12 jaar

2. Wat is de gemiddelde duur van de opname?

De kinderen binnen deze groep worden maximaal negen maanden opgenomen.

3. Hoe werken jullie aan de zelfstandige zelfzorg en welke methoden liggen daaraan ten grondslag?

Er wordt gewerkt aan de hand van pictogrammen om de zelfstandige zelfzorg duidelijk te maken.

De kinderen worden extra gemotiveerd doordat ze 'duimen' kunnen verdienen als ze vooruitgang boeken, hiermee verdienen ze dan wat extra's b.v. computertijd.

4. Hoe wordt de zelfstandige zelfzorg gemeten?

Binnen onze organisatie wordt tijdens de opname, samen met de ouders, een standaardlijst ingevuld. Gedurende de behandeling wordt er de standaardlijst bijgehouden op allerlei gebieden van de zelfstandige zelfzorg. De mentor van het kind houdt deze lijst bij en behandelt onderdelen hieruit met het kind

5. Gebruiken jullie hier een protocol voor?

Ja, tijdens de intake wordt de standaardlijst ingevuld en iedere week wordt door de mentor van het kind de lijst bijgehouden en de doelen aangepast. De lijst wordt telkens opnieuw ingevuld, zodat er een duidelijk beeld gevormd wordt m.b.t de ontwikkeling van de zelfzorg. De lijsten worden ook tijdens de evaluaties besproken.

6. Zijn er zaken die jullie nog missen rondom de behandeling en ontwikkeling van de zelfzorg?

Omdat zelfzorg maar een klein onderdeel is van de behandeling, zijn ze binnen deze organisatie op dit moment tevreden over hun manier van werken m.b.t. de zelfzorg.

Daarnaast hebben we contact gehad met Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie in Zwolle. Ook hier hebben we gesproken met een groepsleidster.

1. Welke leeftijd wordt er bij jullie op de groep geplaatst?

Binnen deze groep worden kinderen geplaatst van 8-14 jaar. De leeftijd van deze groep ligt dus iets hoger.

2. Wat is de duur van de opname?

De opnameduur is maximaal 6 maanden.

3. Hoe werken jullie aan de zelfstandige zelfzorg en welke methoden liggen daaraan ten grondslag?

Binnen de groep heeft ieder kind een ontwikkelpunt m.b.t. zelfzorg, deze wordt aan het kind duidelijk gemaakt aan de hand van een picto-reeks. Als het kind vooruitgang boekt, kan het fiches verdienen, waarmee wat extra's gedaan mag worden.

4. Hoe wordt de zelfstandige zelfzorg gemeten?

Bij opname wordt er een standaardlijst samen met de ouders ingevuld. Daarna wordt het kind gedurende zijn/haar opname geobserveerd op de ADL. Deze observatie wordt gerapporteerd. Per week worden er wisselende punten geobserveerd en gerapporteerd.

Tijdens de stafbespreking komt, indien nodig, ook de zelfstandige zelfzorg aan bod. Als hieruit blijkt dat de ontwikkeling m.b.t. zelfzorg niet leeftijdsadequaat is en het kind hierin beperkt is, wordt hiervoor een hulpvraag geschreven met een doel.

5. Gebruiken jullie hier een protocol voor?

Geen geschreven protocol. Tijdens de opname wordt een standaard lijst ingevuld en mocht er aanleiding toe zijn wordt dit onderdeel tijdens de stafbespreking besproken en wordt er actie op gezet.

6. Zijn er dingen die jullie nog missen in de aanpak van zelfstandige zelfzorg?

Dit betreft een klein onderdeel van de aanpak en heeft op dit moment niet de prioriteit om te verbeteren

7.2.2 Conclusies uit de interviews

Uit de contacten met de twee andere instellingen is gebleken dat:

- er bij beide wel aandacht is voor ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg.
- er intakelijsten m.b.t. zelfzorg ingevuld worden
- daar zo mogelijk aan gewerkt wordt tijdens de behandeling.
- de kinderen gemotiveerd worden door 'duimen' of fiches.

Wat ons echter opviel was dat in geen van beide instellingen hieraan een protocol ten grondslag ligt. Daardoor wordt het veelal mentor- of groepsleiding afhankelijk, hetgeen de duidelijkheid en de continuïteit niet ten goede komt

Hiervan hebben we geleerd dat behalve een duidelijke scorelijst een gebruiksaanwijzing en teambrede afspraken geformuleerd moeten worden. Zodat het een methode van werken wordt. In dit protocol moet beschreven staan:

1) de scorelijsten

2) de gebruiksaanwijzing

3) de verschillende afspraken:

wanneer de lijst ingevuld zal worden, als beginsituatie, tussensituatie en eindsituatie dat deze onderdeel uitmaken van het kinddossier en gebruikt worden voor behandeling, communicatie en evaluatie en verantwoording

hoe er omgegaan moet worden met ontwikkelingsachterstanden op dit gebied

wie een plan van handelen opstelt en behandeling begeleidt

welke methodes daarbij gebruikt gaan worden (b.v. picto's)

hoe de doelen in tijd en belangrijkheid gezet worden

hoe de kinderen positief gemotiveerd worden

wanneer de uitkomsten en indien nodig het behandelplan besproken worden in stafbesprekingen

7.3 Samenvatting

De twee instellingen die we gesproken hebben werken op eenzelfde manier m.b.t. zelfstandige zelfzorg. Ze gebruiken een standaardlijst, waarin alle competenties beschreven staan. Deze lijst wordt gescoord d.m.v. observaties van de kinderen. Er worden, aan de hand van de uitkomsten door de mentor of een andere groepsleider, doelen gesteld met betrekking tot de ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg. Gedurende de behandeling wordt de lijst regelmatig opnieuw ingevuld, zodat eventuele veranderingen goed zichtbaar worden. Deze doelen worden opgenomen in het zorgplan/behandelplan van het kind en passen daarmee in de gehele behandeling van het kind.

Nadat we deze instellingen gesproken hadden zijn we tot de conclusie gekomen dat voor een zinvolle begeleiding van de zelfstandige zelfzorg een werkbaar meetinstrument noodzakelijk is.

Dat er een duidelijk omschreven werkbeschrijving voor de scorelijsten moet komen.

Dat de afspraken die in het team hierover worden genomen ook duidelijk beschreven moeten worden in een protocol 'begeleiding zelfzorg'

Hoofdstuk 8 Welk meetinstrument willen we ontwikkelen?

Welk soort meetinstrument gaan we ontwikkelen en waarom?

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen we uit de theorie over meetinstrumenten, de wensen van de opdrachtgever en de informatie die we van andere instellingen hebben gekregen, gaan kijken welk soort meetinstrument nodig is voor het bereiken van ons doel. Ook zullen we de voorwaarden in beeld brengen.

8.2 Welk meetinstrument willen we ontwikkelen?

8.2.1 Wensen van de opdrachtgever

De opdrachtgever Karakter Almelo gaf ons de opdracht een praktisch meetinstrument te maken waarmee de mate van zelfstandige zelfzorg bij kinderen van de kliniek gemeten kan worden.

In het interview met de klinisch psycholoog i.o. (die ons deze opdracht heeft gegeven) heeft ze omschreven waaraan ons meetinstrument zou moeten voldoen:

'Als je de zelfstandige zelfzorg wilt gaan meten, behoren alle vaardigheden genoteerd te zijn. Deze vaardigheden moeten duidelijk scorebaar zijn. Er moet een voor - en na meting zijn, waar nodig ook een tussenmeting. Het moet overzichtelijk zijn wat de ontwikkelingstaken zijn. Het moet geen publicatie worden maar een simpele lijst waarop je elk onderdeel meerdere keren kunt scoren. Zodat verbeteringen in één oogopslag te zien zijn.

8.2.2 Informatie van andere instellingen

In hoofdstuk 7 hebben we beschreven hoe andere instellingen met zelfzorg en m.n. met het 'meten' van de competenties omgaan:

- Gebruik van een standaardlijst met competenties, rapportage in het dossier
- Door mentor bijgehouden, die, indien nodig, doelen opstelt en een plan van aanpak maakt
- Meerdere keren invullen en indien nodig op de stafbespreking bespreken

Naar aanleiding van bovenstaande beschrijving van onze klinisch psycholoog en de ervaring van de andere instellingen, zijn we tot de conclusie gekomen dat we een vragen/scorelijst moeten opzetten, die alle onderdelen van zelfzorg bevat en die goed scorebaar en voor iedereen duidelijk is. Dat er een duidelijke gebruiksaanwijzing bij hoort met de afspraken m.b.t. het gebruik van de scorelijsten.

8.2.3 Informatie uit de theorie van hoofdstuk 2

In hoofdstuk 2 is een stappenplan beschreven dat gebruikt kan worden voor het kiezen of opzetten van een meetinstrument. In stap drie van dit stappenplan wordt beschreven met welk soort meetinstrument gemeten moet worden. Deze stap bevat belangrijke informatie voor het kiezen van een goed meetinstrument voor ons onderzoek.

1) Er zijn verschillende instrumenten waarmee gemeten kan worden; instrumentele meetinstrumenten, observatielijsten, vragenlijsten of performancelijsten. Voor ons onderzoek zullen we een vragenlijst maken gecombineerd met een observatielijst. Dit omdat de vragenlijst niet door het kind zelf ingevuld zal worden, maar door een groepsleider die het kind observeert.

2) Er zijn verschillende methoden van meten; objectief, subjectief, observationeel en performance. Aan de hand van de beschrijving van deze methoden in hoofdstuk 3 kunnen we zeggen dat ons meetinstrument subjectief zal zijn, weer in combinatie met observationeel. Subjectief omdat het gaat om een lijst die gescoord moet worden, observationeel omdat het gaat om observaties die door de observator gescoord worden.

3) Een meetinstrument kan verschillen in complexiteit

De complexiteit hangt af van de hoeveelheid verschillende domeinen waarbinnen gemeten wordt en daarnaast van de verschillende antwoordschalen. We willen een niet al te complex meetinstrument ontwikkelen zoals ook blijkt uit de eis van de opdrachtgever, daarom zullen we de antwoordschalen niet te verschillend maken. We zullen we veel verschillende domeinen behandelen, dit is nodig omdat er bij zelfzorg veel onderdelen horen.

4) Een meetinstrument kan verschillend van specificiteit zijn:

Een meetinstrument kan ziektespecifiek, patiëntspecifiek of generiek zijn, wat deze termen inhouden staat beschreven in hoofdstuk 2. Ons meetinstrument is een combinatie van ziektespecifiek en generiek. Het is generiek omdat het niet gemaakt is voor kinderen met één bepaalde ziekte/één bepaald probleem, maar daarnaast is het wel ziektespecifiek omdat het gemaakt is voor één doelgroep; kinderen die opgenomen zijn binnen de klinieken van Karakter Almelo.

5) Daarnaast zijn er verschillende methodologische kenmerken waaraan een meetinstrument moet voldoen:

Validiteit: we zullen ons meetinstrument laten keuren en daardoor voldoen aan de face-validiteit en de content-validiteit (zie hoofdstuk 3). Omdat er geen standaard is waarmee we ons instrument kunnen vergelijken zullen we niet kunnen voldoen aan de criteriumvaliditeit of constructvaliditeit.

Reproduceerbaarheid: ons meetinstrument zal geen reproduceerbare uitkomst geven, dit komt omdat het gebruikt zal moeten worden om te zien of er verbetering ontstaat binnen een bepaalde tijd. Wel zal het reproduceerbaar zijn wanneer op hetzelfde moment twee verschillende beoordelaars het meetinstrument invullen.

Responsiviteit: ons meetinstrument zal als het goed is wel responsiviteit te meten zijn, dit omdat het juist gemaakt is om veranderingen te meten. Wanneer er werkelijk veranderingen optreden bij de mate van zelfstandige zelfzorg van een kind zal dit te zien zijn in de uitkomst van de meting.

We weten nu welke theoretische voorwaarden en begrippen van belang zijn voor ons meetinstrument. Hieruit blijkt dat we een observationeel meetinstrument zullen maken dat subjectief zal zijn omdat het geen exacte waarden meet (zoals een thermometer bijvoorbeeld wel doet). Ons meetinstrument zal veel domeinen bevatten, omdat we het niet te complex willen maken zullen we niet teveel antwoord schalen geven. Ons meetinstrument zal een combinatie van ziektespecifiek en generiek zijn, omdat het over kinderen met verschillende problemen gaat maar wel over één doelgroep; de kinderen die opgenomen zijn binnen de klinieken van Karakter Almelo. Daarnaast zijn de termen validiteit, reproduceerbaarheid en responsiviteit voor ons meetinstrument van belang.

8.3 Samenvatting

Door te beschrijven welk soort meetinstrument we willen opzetten en hierbij de wensen van de opdrachtgever, de ervaringen van andere instellingen en de theorie samen te voegen weten we nu welk soort meetinstrument we willen ontwikkelen:

We gaan een scorelijst ontwikkelen waarop alle onderdelen van de zelfzorg beschreven staan. Deze onderdelen worden per domein beschreven, bijvoorbeeld alles rondom douchen, tandenpoetsen en naar de wc gaan. We zullen alle onderdelen uitschrijven en hierbij 5 antwoordmogelijkheden geven. De lijst moet overzichtelijk zijn en praktisch in te vullen voor groepsleiders.

Nu we alle informatie verzameld hebben, kunnen we ons meetinstrument gaan ontwikkelen en hierbij rekening houden met alle bovenstaande informatie.

Hoofdstuk 9 Ons meetinstrument

Hoe gaat ons meetinstrument voor de kindgroepen er uit zien?

9.1 Inleiding

Nu we duidelijk hebben gekregen in het vorige hoofdstuk welk soort meetinstrument we willen opzetten, kunnen we dit instrument ook werkelijk gaan ontwikkelen. In dit hoofdstuk zullen we beschrijven hoe we ons meetinstrument gemaakt hebben en zullen we het meetinstrument toevoegen.

9.2 Ons meetinstrument

9.2.1 De ontwikkeling van ons meetinstrument

Ons meetinstrument wordt een scorelijst waarin alle onderdelen van de zelfzorg beschreven staan. Het gaat hierbij om alle onderdelen die horen bij de zelfzorg op basis van lichamelijke verzorging. We hebben er voor gekozen ons alleen op deze zelfzorg te richten omdat dit de vraag van de opdrachtgever was.

Allereerst hebben we alle punten die horen bij de zelfstandige zelfzorg opgeschreven; opstaan, wassen, tanden poetsen, toiletbezoek, zindelijkheid, douchen, in bad gaan en naar bed gaan. Dit zijn de domeinen waarbinnen gescoord moet worden. Ieder domein hebben we uitgewerkt in alle stappen die erbij horen. Bijvoorbeeld bij tanden poetsen; kan tandpasta op de borstel doen, kan tandenpoetsen volgens de pictogrammen, kan tandenpoetsen zonder de pictogrammen, kan twee minuten doen over tandenpoetsen, doet niet te lang over het tandenpoetsen, enz.

Nadat we ieder domein uitgewerkt hadden in alle stappen, waren alle onderdelen waarop gescoord moest worden klaar. Daarna konden we de antwoordschalen maken. We hebben er voor gekozen scores tussen de 1 en 5 te maken; 1= volledig onzelfstandig, 2= onzelfstandig, 3= zelfstandig met constante hulp, 4= zelfstandig met af en toe hulp en 5= volledig zelfstandig. Door deze antwoordschalen is vrij snel duidelijk op welke onderdelen een kind uitvalt.

We hebben er voor gekozen één scorelijst te maken voor alle leeftijden. In de bijlage van de scorelijst staan de competenties per leeftijdscategorie, hierop kan gekeken worden of het noodzakelijk is dat een kind bepaalde competenties al moet kunnen op zijn of haar leeftijd. In hoofdstuk 13 zullen we uitleg geven over de manier waarop het meetinstrument gebruikt moet worden. We zullen dit hoofdstuk ook als bijlage bij ons meetinstrument gebruiken.

Nadat we alle domeinen, onderdelen van domeinen en antwoordschalen beschreven hadden, hebben we deze samengevoegd en is ons meetinstrument ontwikkeld.

Op de volgende pagina's voegen we ons meetinstrument toe zodat deze goed opgenomen is in ons onderzoeksverslag.

9.2.2 Het meetinstrument



**Scorelijst
Mate van zelfstandige zelfzorg
Klinische opname 6-12 jaar**

Iedere taak moet gescoord worden aan de hand van de cijfers 1-2-3-4-5

1= volledig onzelfstandig

2= onzelfstandig

3= zelfstandig met constante hulp

4= zelfstandig met af en toe

hulp

5= volledig zelfstandig

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

OPSTAAN	1	2	3	4	5
Kan de pyjama uitdoen					
Kan de pyjama wegleggen of in de was doen					
Kan de klaargelegde kleding op de goede manier aan doen					
Kan de schoenen aan doen					
Kan de schoenen dicht doen					
Kan het bed rechtleggen					
Kan het dekbedovertrek en het hoeslaken van het bed halen					
Kan een schoon hoeslaken op het bed doen					
Kan een schoon dekbedovertrek om de dekens doen					
Kan het vuile dekbed en hoeslaken bij het was leggen					

WASSEN	1	2	3	4	5
Denkt er aan zich te wassen na het aankleden					
Kan het gezicht wassen met een washand					
Kan het gezicht afdrogen met de handdoek					
Kan de haren kammen					
Kan de haren in model brengen					
Kan gel of knipjes/elastiekjes in de haren doen					
Kan kijken of de borstel/kam netjes is en verwijdert eventueel haren					
Laat de wasbak netjes achter, legt alle spullen netjes neer					

TANDEN POETSEN	1	2	3	4	5
Kan tandpasta op de tandenborstel doen					
Kan tandenpoetsen volgens de pictogrammen					
Kan tandenpoetsen zonder de pictogrammen nodig te hebben					
Kan twee minuten tandenpoetsen (is niet te vroeg klaar)					
Kan binnen twee minuten alle tanden poetsen (doet er niet te lang over)					
Kan zijn/haar mond spoelen na het poetsen					
Kan de mond wassen na het spoelen					
Laat de wasbak schoon achter					

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

TOILET BEZOEK					
Gaat op tijd naar het toilet toe					
Doet de wc deur op slot					
Kan gaan zitten om te plassen of poepen					
Kan na het plassen zijn/haar plasser afdrogen met wc-papier					
Kan na het poepen de billen afvegen met wc-papier totdat ze schoon zijn					
Gooit het wc-papier in de wc					
Trekt de wc door					
Kijkt of de wc en wc-bril schoon is en maakt zonodig schoon					
Wast na het plassen/poepen uit zichzelf de handen met zeep					
Droogt de handen af na het wassen met een papieren doekje					
Gooit het papieren doekje in de prullenbak					
Doet de wc deur open en laat de wc netjes achter					

ZINDELIJKHEID					
Is gedurende de dag zindelijk van urine					
Is gedurende de nacht zindelijk van urine					
Gaat overdag op tijd naar de wc om te plassen					
Wordt 's nachts zelf wakker om te gaan plassen					
Is gedurende de dag zindelijk van ontlasting					
Is gedurende de nacht zindelijk van ontlasting					
Gaat overdag op tijd naar de wc om te poepen					

DOUCHEN					
Kan de spullen pakken die nodig zijn voor het douchen					
Kan de spullen op een goede/droge plek neerleggen					
Kan zich uitkleden					
Kan de douche aanzetten op de goede temperatuur					
Kan onder de douche gaan staan en zich nat maken					
Kan een washandje pakken en hier zeep op doen					
Kan zich wassen volgens de pictogrammen					
Kan zich wassen zonder de pictogrammen nodig te hebben					
Kan zich afspoelen na het wassen					
Kan voldoende shampoo pakken					
Kan de haren wassen					
Kan de haren uitspoelen					
Kan crèmespoeling pakken					
Kan crèmespoeling in masseren					
Kan crèmespoeling uitspoelen					
Kan zich afspoelen en de kraan uitzetten					
Kan zich afdrogen volgens de pictogrammen					
Kan zich afdrogen zonder de pictogrammen nodig te hebben					
Kan zich aankleden in de goede volgorde					
Kan de kleding die in de was moet in de wasmand doen					

Kan de handdoek en washand in de waszak doen					
Kan de rest van de spullen terug brengen naar de slaapkamer					

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

IN BAD GAAN						
Kan de temperatuur van het bad goed instellen						
Kan het bad vol laten lopen en op tijd de kraan uitzetten						
Kan voldoende zeepsop in het bad doen						
Kan de afgesproken tijd in bad blijven zitten						
Kan het bad leeg laten lopen en deze netjes achter laten						

NAAR BED GAAN						
Kan de pyjama aandoen indien dit niet gedaan is na het douchen						
Kan de vuile kleding in de wasmand stoppen						
Kan schone kleding uit de kast pakken						
Kan alle kleding die de volgende dag nodig zijn klaar leggen						
Denkt er zelf aan om naar de wc te gaan						
Denkt er zelf aan om te gaan tandenpoetsen						
Kan in bed gaan liggen en de dekens over zich heen doen						

9.3 Samenvatting

We hebben ons meetinstrument, waarmee de mate van zelfstandige zelfzorg gemeten kan worden, nu ontwikkeld en zijn tevreden over het eindresultaat. Wij denken dat deze scorelijst een goede toevoeging zal zijn op de bevordering van de behandeling van het ontwikkelen van de zelfstandige zelfzorg van een kind.

We willen bij ons meetinstrument een werkbeschrijving maken zodat iedere groepsleider deze lijst op een goede manier in kan vullen. Daarbij willen we een beschrijving maken van wat wij vinden dat deze lijst toevoegt aan de behandeling van de zelfzorg op de kindergroepen. Dit zullen we in het volgende hoofdstuk gaan beschrijven.

Hoofdstuk 10 De werkbeschrijving

Hoe gebruiken we het meetinstrument bij het meten van beheersing van de verschillende competenties van zelfstandige zelfzorg van een patiënt?

10.1 Inleiding

Nu we ons meetinstrument klaar is, willen we nog een werkbeschrijving maken, zodat het meetinstrument eenvoudig in de praktijk te gebruiken is. Deze zal als voorwoord bij het meetinstrument worden gevoegd. Daarbij zullen we beschrijven waarom het meten belangrijk is en welke meerwaarde het gebruiken van de uitkomst van de meting kan hebben voor het werken op de groepen.

Om ons meetinstrument zo adequaat mogelijk in te zetten is het van belang dat deze op een vastgestelde wijze gebruikt gaat worden. Daarom is het belangrijk de werkbeschrijving te lezen voordat er met het meetinstrument gewerkt gaat worden.

10.2 De werkbeschrijving

10.2.1 Wat is het belang van het meten van zelfzorg.

Een zelfstandige zelfzorg zal een kind mogelijkheden geven om zich zelfstandig in de maatschappij te kunnen redden en zich geaccepteerd te voelen. Ook draagt een zelfstandige zelfzorg bij aan een gezonde lichamelijke gesteldheid. Het ontbreken van zelfzorg geeft stagnatie op de gehele ontwikkeling van het kind. Daarom hoort de zelfstandige zelfzorg als belangrijk onderdeel van het gehele behandelplan beschreven te worden en dient hulp geboden te worden tijdens de opname.

Met het meten van de zelfstandige zelfzorg wordt inzichtelijk gemaakt wat het kind al beheerst. Voor de competenties die nog niet worden beheerst kan een behandelplan gemaakt worden. In een tussenevaluatie wordt opnieuw de scorelijst ingevuld en kan bekeken worden wat het effect van de behandeling is. Deze kan dan aangepast of verlengd worden

De eerste meting wordt gebruikt om de beginsituatie van zelfstandigheid vast te leggen en daarna eventuele behandelplannen vast te stellen, aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt. Waarbij methodes ingezet kunnen worden om de competenties aan te leren of te automatiseren, b.v. pictogrammen voor het douchen.

De volgende metingen dienen om het plan te evalueren en, waar nodig, bij te stellen.

10.2.2 Hoe moet het meetinstrument gebruikt worden

Drie invulmomenten:

De scorelijst wordt in de eerste week van de opname ingevuld om de beginsituatie vast te stellen. De uitkomsten worden in de wekelijkse kindbespreking besproken, waarbij mogelijke behandelplannen opgezet worden. Deze doelen worden uitgewerkt door de mentor van het kind en in het totale behandelplan opgenomen. Uiteraard wordt hierin ook besproken of een behandelplan m.b.t. de zelfzorg op dit moment een prioriteit heeft. De doelen waaraan het kind moet werken tijdens de eerste periode moeten haalbaar zijn.

Na 12 weken wordt de scorelijst opnieuw ingevuld en daarna vergeleken met de eerste, zodoende kunnen verbeteringen zichtbaar gemaakt worden. Het heeft de voorkeur dat dezelfde persoon ook de tweede lijst invult, zodat er zo weinig mogelijk interpretatie verschillen zullen voorkomen. Ook deze uitkomsten worden besproken tijdens de kindbesprekingen.

Ook aan het eind van de opname wordt de lijst weer ingevuld om te kijken welke eindresultaten bereikt zijn op het gebied van de zelfstandige zelfzorg. Dit ter verantwoording, maar ook om te kijken of de gekozen methode efficiënt gewerkt heeft. Deze ervaring kan dan gebruikt worden in de toekomst.

Het invullen:

Het invullen dient te gebeuren door objectieve-observatie, dus alleen beschrijven wat je ziet en geen veronderstellingen. Hierdoor worden de ingevulde scores zo objectief mogelijk.

Wanneer alle onderdelen gescoord zijn, wordt in de uitkomst duidelijk zichtbaar.

Scores 1,2 of 3 betekent dat dit onderdeel niet of nauwelijks zelfstandig beheerst wordt en zijn dus aandachtspunten voor in het behandelplan.

Score 4 of 5 betekent dat deze competentie voldoende beheerst wordt.

In de bijlage van het meetinstrument is een lijst met competenties toegevoegd. In deze lijst staat welke competenties een kind in een bepaalde leeftijdscategorie zou moeten kunnen. Door de uitkomst van de meting te vergelijken met de 'normale competenties' op een bepaalde leeftijd is te zien of een kind werkelijk uitvalt in vergelijking met leeftijdsgenoten of dat het een onderdeel nog niet beheerst hoeft te worden.

Een voorbeeld: een kind van 6 jaar zal waarschijnlijk een 1 of 2 scoren op het dekbed verschonen. Het lijkt door de score van 1 of 2 dat hij uitvalt op dit onderdeel. Wanneer echter in de lijst met competenties gekeken wordt, is te zien dat dit pas beheerst hoeft te worden op oudere leeftijd.

Interpretatie van de uitkomsten:

Als een kind een 1, 2 of 3 scoort bij een bepaald zelfzorgonderdeel moet gekeken worden welke mogelijkheden en onmogelijkheden dit kind heeft. Op deze mogelijkheden moeten de behandeldoelen aangepast worden.

Gekeken moet worden welke middelen behulpzaam kunnen zijn om een competentie te leren beheersen en automatiseren. Een veel gebruikte methode is een pictogrammen reeks of dagritmekaarten.

Het is belangrijk het kind te motiveren door positieve bekrachtiging. Hierbij valt te denken aan een kind belonen met bijvoorbeeld dikke duimen, stickers of magneetjes. Het kind kan hiermee bijvoorbeeld een latere bedtijd verdienen.

10.3 Samenvatting

We hebben in dit hoofdstuk allereerst vermeld dat zelfzorg een belangrijk onderdeel is van de gehele ontwikkeling van een kind. En beschreven wat het belang is van het gebruiken van een meetinstrument om de mate van zelfstandige zelfzorg te meten. Door te meten en vervolgens de uitslag van de meting te gebruiken om doelen te maken waaraan het kind kan werken, kan het kind efficiënt en op zijn/haar niveau bezig zijn met het ontwikkelen van zijn/haar competentie m.b.t. zelfzorg.

In dit hoofdstuk hebben we een werkbeschrijving gemaakt voor het gebruik van het meetinstrument. In de werkbeschrijving wordt beschreven, hoe, wanneer en door wie de scorelijsten ingevuld moet worden en hoe de uitslag van de meting geïnterpreteerd dient te worden.

We kunnen nu het meetinstrument, met de werkbeschrijving en de theoretische verantwoording introduceren in de praktijk op de kindhuizen.

Hoofdstuk 11 Eindverantwoording

Conclusies en aanbevelingen voor de opdrachtgever en antwoord op de onderzoeksvraag.

11.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we onze onderzoeksvraag beantwoorden en onze conclusies beschrijven.

Dit doen we door eerst kort het proces van ons onderzoek te doorlopen en vervolgens antwoord te geven op onze onderzoeksvraag.

Daarna willen we de conclusies die we uit ons onderzoek kunnen halen beschrijven. En tot slot zullen we in dit hoofdstuk aanbevelingen doen aan onze opdrachtgever, over eventueel vervolgonderzoek en het gebruik van het meetinstrument.

11.2 Eindverantwoording

11.2.1 Antwoord op onze onderzoeksvraag

Onze onderzoeksvraag was:

Hoe kunnen we een meetinstrument ontwikkelen om het effect van een behandeling binnen de kliniek m.b.t. de zelfstandige zelfzorg van een patiënt in de leeftijd van 4 t/m 12 jaar te meten?

Om onze onderzoeksvraag te beantwoorden hebben we allereerst theorieonderzoek gedaan om helder te krijgen wat meten is en wat een meetinstrument inhoudt.

Daarna hebben we de huidige en wenselijke situatie binnen Karakter Almelo beschreven. Door de wenselijke situatie te beschrijven zijn we er achter gekomen dat ons onderzoek zich moest richten op het maken van een goede en overzichtelijke scorelijst om de beheersing van de competenties van de kinderen vast te kunnen stellen.

De gekozen scorelijst is gebaseerd op leeftijdsadequate competenties van kinderen zonder beperking.

Ook is duidelijk geconstateerd dat allerlei aspecten invloed hebben op de beheersing van competenties, zoals thuissituatie, omgeving, IQ, motivatie en de psychiatrische problematiek.

Aan de hand van deze verzamelde informatie hebben we een scorelijst ontwikkeld die praktisch te gebruiken en voor iedereen duidelijk is.

Nu we kort beschreven hebben hoe ons onderzoek verlopen is kunnen we nu antwoord geven op onze onderzoeksvraag.

We hebben een meetinstrument kunnen ontwikkelen door een theorieonderzoek en door gesprekken en interviews met verschillende groepsleiders en andere disciplines. Hierbij hebben we ons niet alleen gericht op de zelfzorg, maar zelfzorg ook geplaatst als onderdeel in de totale ontwikkeling van het kind, waarbij belemmerende factoren een belangrijke invloed hebben op de uiteindelijke mogelijkheden van het kind.

De gegevens verkregen uit de meting, zullen worden gebruikt als onderdeel in het totale behandelplan voor het individuele kind.

Ons meetinstrument is een scorelijst geworden waarmee praktisch en eenvoudig de zelfstandige zelfzorg gemeten kan worden. De uitkomst van de meting kan gebruikt worden om doelen op te stellen voor een kind of om een methode, om de zelfstandige zelfzorg te bevorderen, in te zetten.

11.2.2 Conclusies van ons onderzoek

We zijn door ons onderzoek tot de volgende conclusies gekomen:

- Aan het begin van ons onderzoek kwamen we tot de conclusie dat er op de kindergroepen een meetinstrument mist, waarmee de mate van zelfstandige zelfzorg van een kind gemeten kan worden. Ons onderzoek richtte zich daarom op de ontwikkeling van een meetinstrument waarmee de zelfstandige zelfzorg van een kind gemeten kan worden.

- De conclusie van onze interviews was dat de scorelijst duidelijk en voor iedereen praktisch te gebruiken moet zijn.

- Ook zijn we tot de conclusie gekomen dat er over het opzetten van een meetinstrument goede en bruikbare theorie te vinden is. We hebben een stappenplan gevonden waarmee het opzetten van een meetinstrument in stappen behandeld wordt. Dit stappenplan hebben we goed kunnen gebruiken voor ons onderzoek en voor het opzetten van ons meetinstrument.

- We kwamen er al tijdens het theorie onderzoek achter dat de zelfstandige zelfzorg niet objectief te meten is. Dit komt omdat het geen cijfers of feiten meet (zoals een thermometer wel doet) maar gedrag meet. Dit gedrag kan door iedereen anders geïnterpreteerd worden en is daardoor subjectief. Door objectief te observeren, dus beschrijven wat je ziet zonder veronderstellingen te doen, wordt het wel zo objectief mogelijk gemaakt.

- Tijdens ons onderzoek naar de competenties van kinderen met betrekking tot de zelfzorg kwamen we er achter dat er weinig tot niets beschreven is over zelfzorg. Het was daardoor moeilijk een lijst samen te stellen met daarin de competenties, horende bij een normale ontwikkeling. Zowel via internet als in de literatuur was vrijwel geen lijst te vinden waarop per leeftijdscategorie de competenties beschreven waren, waaraan een kind zou moeten voldoen bij een normale ontwikkeling.

- Daarnaast zijn we tot de conclusie gekomen dat er niet veel bekend is over de invloed van de psychiatrische problematiek van een kind op de ontwikkeling van de zelfzorg. Hier zijn we zowel door interviews als door literatuurstudies achter gekomen. Iedere stoornis is anders en dit uit zich bij ieder kind ook weer anders. Twee kinderen met dezelfde psychiatrische stoornis zijn qua zelfzorg niet met elkaar te vergelijken. Dit heeft te maken met de eigenheid van het kind en met de opvoeding die een kind gehad heeft.

- Tijdens ons onderzoek bij andere instellingen kwamen we er achter dat het tweetal instellingen die we bereikt hebben werken aan de ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg door middel van een standaard in te vullen lijst. Zij gebruiken deze lijst om te kijken wat een kind wel of niet zelf kan doen. Aan de hand van de uitkomst van de meting worden door de mentor van het kind behandeldoelen gesteld en in het zorgplan geplaatst en wordt gekeken waar een kind bij geholpen moet worden. De doelen worden geëvalueerd door de besprekingen met het multidisciplinaire team.

- Doordat er geen meetinstrument is en er dus niet feitelijk gekeken kan worden in hoeverre een kind zelfstandig is, worden er onderdelen gemist in de behandeling van een kind. Zo kan bijvoorbeeld niet gekeken worden welke resultaten een ingezette methode heeft en kan er niet gekeken worden of de doelen die gesteld zijn ook behaald zijn. Het meten geeft de mogelijkheid om op uitvalpunten van een kind behandeldoelen op te stellen en deze doelen op te nemen in het behandelplan van het kind.

- We hebben gekeken of we een Evidence Based meetinstrument kunnen maken omdat Evidence Based Practice binnen de geestelijke gezondheidszorg steeds meer naar voren komt. Maar omdat er op dit moment weinig tot geen wetenschappelijke theorie is over de ontwikkeling van de zelfstandige zelfzorg is het op dit moment niet mogelijk een Evidence Based meetinstrument te maken. Wel draagt ons onderzoek, en het door ons opgezette meetinstrument, bij aan de ontwikkeling van theorie over zelfzorg. Hierdoor zal ons meetinstrument eraan bijdragen dat zelfzorg in de loop van de tijd wel met een Evidence Based meetinstrument gemeten kan worden.

11.2.3 Aanbevelingen voor de opdrachtgever

Als aanbevelingen voor de opdrachtgever hebben we de volgende punten:

- Het meetinstrument kan gebruikt worden om aan het begin van de opname een duidelijk beeld te krijgen van wat een kind wel of niet kan. Door dit inzichtelijk te krijgen kan een kind benaderd worden op een voor hem of haar goede manier. Daarnaast kunnen eventuele behandeldoelen gesteld worden m.b.t. de zelfzorg waaraan het kind kan gaan werken. Omdat zelfzorg deel uit maakt van de totale ontwikkeling, moeten deze doelen, aangepast aan de psychiatrische problematiek van een kind, opgenomen worden in het behandelplan van het kind.

- Het meetinstrument kan gebruikt worden als voor- tussen- en nameting voor een ingezette behandeling. Bijvoorbeeld voor het inzetten van het 1-2-3-fris! Plan.

- Ook als er gemeten wordt op een redelijk objectieve manier is het belangrijk om de eigenheid van het kind in de gaten te houden. Ieder kind is uniek en ze zijn daarom niet te omschrijven in lijstjes.

- Voor vervolgonderzoek willen we aanraden te onderzoeken hoe het instrument in de praktijk werkt. Door dit te onderzoeken kan het eventueel aangepast worden zodat het op een zo effectief mogelijke manier meet.

- Daarnaast kan voor vervolgonderzoek gekeken worden naar standaard methoden die te gebruiken zijn voor allerlei onderdelen van de zelfzorg (bijvoorbeeld een standaard ochtendprogramma, een doucheprotocol of avondprogramma) zodat dit niet iedere keer opnieuw bedacht hoeft te worden maar zo uit het kwaliteitshandboek gehaald kan worden.

Nawoord

Dit is het slotwoord van ons onderzoeksverslag. Het slotwoord betekent dat ons onderzoek afgerond is en we onze verslaglegging volbracht hebben.

We hebben veel plezier gehad aan het uitvoeren van ons onderzoek en hebben er ook veel van geleerd b.v. hoe je een meetinstrument moet maken en dat het niet mogelijk is om een kind in een lijstje te plaatsen en hebben we ervaren dat het doen van onderzoek in de literatuur en bij deskundigen erg interessant en nuttig kan zijn.

Het resultaat van ons onderzoek is een scorelijst, die we zeker kunnen gaan gebruiken in de dagelijkse praktijk op de groep. We zijn tevreden met het resultaat en vinden het daarom erg leuk om de scorelijst te gaan testen en gebruiken op de groep.

We hopen dat niet alleen wij, maar ook u tevreden bent met het resultaat van ons onderzoek. We hopen dat u samen met ons het nut inziet van dit meetinstrument en de voordelen die dit meetinstrument kan hebben bij het opzetten van een passende aanpak 'op maat' van de zelfstandige zelfzorg.

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt dankzij een aantal mensen die ons voorzien hebben van nuttige informatie en feedback en er dus mede toe hebben bijgedragen dat ons onderzoek een succes is geworden.

We willen Karakter bedanken voor de mogelijkheid die we hebben gekregen om ons onderzoek te doen, we willen de verschillende mensen bedanken die we voor ons onderzoek hebben mogen interviewen, daarnaast willen we de groepsleiders van de kindergroepen bedanken voor hun hulp bij de opzet van ons onderzoek. Met name willen we onze begeleiders Jeannine Poelman van Karakter Almelo en Linda Geerars van Chr. Hogeschool Windesheim bedanken voor hun begeleiding tijdens ons onderzoek.

Bronnenlijst

Boeken

- Beurskens, S. *'Meten in de praktijk, stappenplan voor het gebruiken van meetinstrumenten in de gezondheidszorg'* 2008 uitgever: Bohn Stafleu van Loghum
- Busch, M. *'Inleiding complementaire zorg'* 2006 uitgever: Elsevier gezondheidszorg
- Duinen, van J.J. *'Evidence based diëtetiek, principes en werkwijze'* 2008 uitgever: Bohn Stafleu van Loghum
- Vanderplasschen, W. *'Orthopedagogische werkvelden in beweging: organisatie en tendensen'* 2006 uitgever: Garant
- Angenent, H. *'Opvoeding en persoonlijkheidsontwikkeling'* 2004 uitgever: ThiemeMeulenhoff bv
- Timmers-huigens, D. *'Opvoeden praktisch bekeken'* 2004 uitgever: Bohn Stafleu van Loghum
- Verhoeven, N. *'Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs'* Tweede herziene druk 2008 uitgever: Boom onderwijs

Artikelen

- Maarten Faas: *De jeugdzorger als robot?* Sozio 84, oktober 2008
- Maarten Faas: *Effectiviteit, evidence based* Sozio 83, september 2008

Internet

- <http://www.library.auckland.ac.nz/subjects/edu/images/ebp.jpg>
Deze link hebben we gebruikt voor de illustratie van het Evidence Based werken
- <http://www.jmouders.nl/opvoeden/412jaar/gedragkinderen/zelfstandig.htm>
Deze link hebben we gebruikt voor de lijst met 'normale competenties'

Bijlagen

Interview Ellen 23 december 13.30 uur

Wat fijn dat u mee wil werken aan ons onderzoek binnen Karakter Almelo.

Algemene vragen

1. Hoelang werkt u al binnen Karakter?

Bijna 4 jaar

2. Hoelang werkt u al als ouderbegeleider binnen Karakter?

Ook bijna 4 jaar

3. Wat houdt uw functie als ouderbegeleider in binnen Karakter Almelo in?

Het ondersteunen van ouders in het proces van hun kind, maar ook diagnostiek, vaardigheden aan ouders aanleren om kinderen met hun beperkingen te helpen. Afstemmen met de broertjes en zusjes, deze ook veel bij het proces betrekken, dus vrij breed.

4. Waarom heeft u gekozen om binnen de psychiatrie te gaan werken?

Al vanaf mijn 20 ste ben ik begonnen met werken in de zwakzinnige zorg. Ik kwam tot de conclusie dat er nog meer mensen anders zijn, daarom ben ik toen gaan werken in de psychiatrie. Bijzonder als het niet gaat zoals verwacht wordt, dit vind ik erg boeiend.

Inhoudelijke vragen

5. Wat verstaat u onder zelfstandige zelfzorg passend bij kinderen in de leeftijd van 4 t/m 12 jaar?

Leren omgaan met andere mensen in je omgeving, volwassen worden, leerproces school volgen. Absoluut jezelf kunnen wassen, kleren klaarleggen, wassen, programma volgen, dit moet vanaf 12 jaar. Want vanaf 12 jaar is de tijdsbesef ontwikkeld.

6. Wat voor invloed kan een psychiatrische diagnose (b.v. ASS problematiek, ADHD, hechtingsstoornis, ODD en dysthyme stoornis) hebben op de zelfstandige zelfzorg bij kinderen?

Alle kinderen hebben last van prikkels, prikkels die ze moeilijk kunnen filteren. Vaak hebben alle kinderen last concentratie problemen, ze kunnen zich slechter richten op de taak, moeite met regulatie, bij ASS problematiek speelt starheid een grote rol, bij hechtingsproblematiek is de hechting is verstoord, je kunt moeilijker leren. Vb functie van een ander werkt minder, gebrek aan vertrouwen, overal controle over hebben. Deze dingen hebben allemaal betrekking op de ontwikkelingstaken van een kind. Elke

stoornis heeft iets wat je bemoeilijkt. Dit wordt ook wel Interscience motivatie genoemd. Het kind heeft geen behoefte aan zelfzorg.

7. Wat voor invloed heeft de omgeving m.b.t. zelfstandige zelfzorg bij kinderen?
Balans vinden tussen stimuleren en overvragen. Bij kinderen met een psychiatrisch ziektebeeld komt dit veel voor. Moet vanaf buiten af veel aangeleerd worden. Met gebrek aan waarnemingen. Opvoeden kost heel veel energie. Korte termijn geheugen ontbreekt nog wel wat aan. Andere dingen vragen ook veel aandacht. Vaak geobsedeerd door een ding. Kleine stapjes. Picto's hebben een goede bijdrage voor het kind. Zo kan het kind op de picto's zien in wat voor volgorde hij/zij zich moet wassen. Bij alle stoornissen persoonlijkheidsafhankelijk dit kan het kind afleiden, omdat de ene persoon iets op een andere manier uitlegt dan de ander, of de persoon heeft een andere stem. Met zorgafhankelijk is dit niet zo, de picto's zijn altijd hetzelfde, dit verandert niet.

8. Op welke manier kun je de zelfstandige zelfzorg het beste objectief meten?
Het is belangrijk de normale ontwikkelingsfasen voor ogen houden. In de leeftijd van 4 en 12 zit een groot verschil. Je moet oppassen dat je niet voorbij gaat aan het eigenheid van het kind. Kinderen verschillen heel erg van elkaar. Ook heeft het met de samenstelling van het gezin te maken, stimulerende ouders of niet. Jullie moeten voorzichtig zijn met leeftijdsfasen. Vasthouden met wat het kind wel kan, dus positief benaderen.

Ouders ook vanaf het begin betrekken bij de zelfstandige zelfzorg en zorgen dat jullie op een lijn komen te zitten, dit biedt veiligheid voor het kind.

9. Denkt u dat er een mogelijkheid bestaat dat co-ouderschap van invloed kan zijn op de zelfstandige zelfzorg van kinderen?
Helaas heeft dit wel invloed. Het kind kan niet leven in 2 verschillende werkelijkheden. Als er verschillend gereageerd wordt is dit erg lastig voor het kind. Ongeacht wat voor leeftijd. Maar door het ouder worden wordt het steeds beter. Ouders moeten dit ook goed afstemmen met elkaar. Hoelang een kind bijv. moet tanden poetsen, wanneer het kind voor het eerst op het potje moet gaan plassen.

10. Kan het IQ invloed hebben m.b.t. de zelfstandige zelfzorg van kinderen?
Ja, dat kan, snapvermogen van de logica, dingen na te kunnen doen, reflexmatig, goed kijken. Een kind met een lager IQ blijft vaak hangen op hetzelfde niveau van 4 jaar. iets inslijten kost meer tijd en moeite. Als het kind iets niet snapt, krijgt sneller nee, zegt nee tegen de overvraging en niet tegen de opdracht.

Vragen m.b.t. meetinstrumenten

11. Heeft u ervaring met meetinstrumenten of werkt u nu met meetinstrumenten om bijv. het werken van medicatie bij kinderen te meten?

Helemaal niet, interviews met ouders, werkingen van medicatie wordt wel gevraagd, zien de ouders verschil met en zonder medicatie gebruik. En waar zien ze dan verschil in, in het, humeur, stemming, concentratie. Dit is een open interview en heeft als doel om er achter te komen wat de beleving van ouders is. Voor de rest heb ik niet met meetinstrumenten gewerkt.

12. Mist u meetinstrumenten binnen Karakter of vindt u dat alles duidelijk wordt gemeten om zo het effect van bijv. behandeling/medicatie te zien?

Er wordt te veel gemeten, voor de opname, na 6 weken als het kind is opgenomen. Ouders hebben wel wat anders aan hun hoofd. Beleving van ouders. De relatie thuis is wat zijn de gezinstaken. Hoe is alles onderling verdeeld, de relatie onderling, huishouden, verbondenheid, intimiteit. Er wordt dan gewerkt met een gezinsschema.

13. Wat vindt U van EBP (**Evidence-based practice**) en wat betekent dat volgens U voor de wens/buikbaarheid van een meetinstrument? (EBP) is het uitvoeren van een handeling door een beroepsbeoefenaar op zo'n wijze dat de uitvoering is gebaseerd op de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid.

Ze zijn evenveel waard. Best practice kun je beter toepassen op het gezin zelf. Maar wel dat het opgeschreven wordt, dat je wat van de ander leert. Ze zijn erg bruikbaar. Zorg op maat. Vb. sommige medicatie zit wel in het zorgpakket, zoals Ritalin en Concerta. Dit geldt niet voor alle medicatie. Stratera zit niet in het ziekenfonds, dus moet je wel rijke ouders hebben om dit te kunnen betalen. Je bent al gauw 400 euro in de maand kwijt voor de Stratera. Gestructureerd programma, maar dan is er een grote kans dat je voorbij gaat aan de eigenheid van ouders, dit is een valkuil. Deelprogramma's zijn een betere optie, dit is een combinatie tussen de eigenheid van ouders en het volgen van een deelprogramma. Zo wordt niet de hele dag bepaalt door het programma.

14. Wat vindt u van onze onderzoeksvraag, is er behoefte aan een meetinstrument? Is het relevant en zou het goed werken binnen de kinderhuizen?

Ik denk dat het wel houvast kan geven, maar dat het niet te strak moet worden. Kleine stapjes. Luchtig in houden. Menselijke maat niet uit het oog verliezen. Genetische bepalingen spelen ook een grote rol bij wat het kind al wel of niet kan. Het ene kind kan met 1 jaar al lopen, het andere kind met 1 jaar en 8 maand. dit is niet erg. Als het kind overal traag mee is, dan moet je het goed in de gaten houden. Goed afstemmen met ouders is erg belangrijk.

15. Hebt U zelf nog aanvullende opmerkingen/vragen

Nee geen vragen, meer voelen dat het een goed idee is, veel observatie mogelijkheden. Je krijgt veel informatie, komt veel over het kind te weten. Een link leggen met wat het kind thuis heeft geleerd. Waar ben je thuis mee bezig geweest. Binnen de kind groepen zou de samenwerking met ouders nog wat beter kunnen om zo beter tot een goede afstemming te komen en dit komt ook ten goede aan de samenwerkingsrelatie met ouders.

Bedankt voor u medewerking,
Met vriendelijke groet, Linde, Leonie en Evalie

Interview Dhr Dijkstra

Wat fijn dat u mee wil werken aan ons onderzoek binnen Karakter Almelo

Algemene vragen

1. Hoelang werkt u al binnen Karakter?

2 jaar

2. Hoelang werkt u al in u huidige functie binnen Karakter?

2 jaar

3. Wat houdt uw functie als kinderpsychiater binnen Karakter Almelo in?

Ik ben werkzaam als psychiater in opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater.

4. Waarom heeft u gekozen om binnen de psychiatrie te gaan werken?

Dat is een wat te lang verhaal

Inhoudelijke vragen

5. Wat verstaat u onder zelfstandige zelfzorg passend bij kinderen in de leeftijd van 4 t/m 12 jaar?

Van het kind op de basisschoolleeftijd wordt verwacht dat het aanvankelijk mogelijk met nog enige begeleiding, zindelijk is, in staat is een zekere basale hygiëne te hebben, afspraken na te komen ed.

6. Wat voor invloed kan een psychiatrische diagnose (b.v. ASS problematiek, ADHD, hechtingsstoornis, ODD en dysthyme stoornis) hebben op de zelfstandige zelfzorg bij kinderen?

Een psychiatrische stoornis met name in het ontwikkelingspectrum kan tot gevolg hebben dat het kind in sociaal emotionele zin achter gaat lopen en daardoor onvoldoende in staat is tot regulatie, of tot het hebben van aandacht voor zelfzorg.

Bij een dysthymie kan zelfzorg afnemen vanuit boosheid, negativiteit over zichzelf, maar ook door bv een tijdelijke terugval in ontwikkelingsniveau.

7. Wat voor invloed heeft de omgeving m.b.t. zelfstandige zelfzorg bij kinderen?

De omgeving kan stimuleren, door beloning, prikkeling, voorbeeld geven etc. Door conflicten, spanningen, te hoge en negatieve zorg kan het kind ook juist passief worden gemaakt.

8. Op welke manier kun je de zelfstandige zelfzorg het beste objectief meten?

Goed kijken en beschrijven

VABS (Vineland) subschaal dagelijkse vaardigheden

SRK (sociale redzaamheidsschaal kind)

CBCL (meer algemeen)

9. Denkt u dat er een mogelijkheid bestaat dat co-ouderschap van invloed kan zijn op de zelfstandige zelfzorg van kinderen?
Ja door verschillen in ouderschapsstijlen, spanningen die de ontwikkeling van het kind negatief beïnvloeden.
10. Kan het IQ invloed hebben m.b.t. de zelfstandige zelfzorg van kinderen?
Ja, naarmate het IQ lager is, neemt de sociaal emotionele ontwikkelingsleeftijd ook af. Bv een kind van 6 jaar met een IQ van 60 heeft een ingeschatte intellectuele leeftijd van 3,6 jaar, maar kan daar in sociaal emotionele zin ook nog op achter lopen.

Vragen m.b.t. meetinstrumenten

11. Heeft u ervaring met meetinstrumenten of werkt u nu met meetinstrumenten om bijv. het werken van medicatie bij kinderen te meten?
Connors ea lijsten tbv ADHD
Zie verder onderstaande bijlage van lijsten die in gebruik zijn binnen karakter.
12. Mist u meetinstrumenten binnen Karakter of vindt u dat alles duidelijk wordt gemeten om zo het effect van bijv. behandeling/medicatie te zien?
Effectmetingen van behandeling vanaf opname zijn zoals ik het nu zie nog beperkt ingevoerd.
13. Wat vindt U van EBP (**Evidence-based practice**) en wat betekent dat volgens U voor de wens/bruikbaarheid van een meetinstrument?
Meetinstrumenten kunnen effect van behandeling verhelfen en een meer op de praktijk gestoelde behandeling ondersteunen. Ze hebben alleen het risico in zich dat er meer wordt gekeken naar de statistieken dan naar de mens achter de lijsten, waardoor ze behandeling ook negatief kunnen beïnvloeden.
14. Wat vindt u van onze onderzoeksvraag, is er behoefte aan een meetinstrument? Is het relevant en zou het goed werken binnen de kindhuizen?
De onderzoeksvraag was me niet helder en stellen jullie in die zin laat. Ik kan me voorstellen dat je vanuit verpleegkundige optiek ook graag meetbare resultaten wil zien. Zeker wanneer je kinderen dagelijks ziet en vooruitgang langzaam gaat, dan zijn dergelijke hulpmiddelen handig.
15. Hebt U zelf nog aanvullende opmerkingen/vragen
Succes met de verwerking

Bedankt voor u medewerking,
Met vriendelijke groet, Linde, Leonie en Evalie

Interview 16 december 2009

Naam: anoniem

Functie: Klinisch psycholoog in opleiding.

Interview door: Evalie Slaats en Linde Nieuwenhuis

1. Hoelang werkt u al binnen Karakter?

Daar moet ik even over nadenken. Binnen karakter werk ik in februari drie jaar.

2. Hoelang werkt u al als klinisch psycholoog in opleiding binnen Karakter?

Allereerst heb ik mijn GZ-diploma gehaald. Nu ben ik 1,5 jaar in opleiding voor klinisch psycholoog. Hiervoor heb ik in de jeugdzorg gewerkt.

3. Wat houdt uw functie als klinisch psycholoog binnen Karakter Almelo in?

Ik zorg ervoor dat kinderen die aangemeld zijn, gezien worden. Ik draag zorg voor de behandeling op de kindergroepen inhoudelijk en organisatorisch. Daarnaast geef ik psychotherapie. Ik doe wetenschappelijke onderzoeken en stuur groepsleiding aan.

4. Waarom heeft u gekozen om binnen de psychiatrie te gaan werken?

Dit had meer een inhoudelijke reden; omdat er een opleidingsplaats binnen het kindcircuit was met voor mij meer mogelijkheden. Jeugdzorg was voor mij ook erg interessant, helaas was daar het niveau wat ik wilde bereiken niet haalbaar. De complexiteit van de stoornissen binnen het kind circuit vond ik erg interessant om mee te werken.

5. Wat verstaat u onder zelfstandige zelfzorg passend bij kinderen in de leeftijd van 4 t/m 12 jaar?

Allereerst moet het kind zich veilig voelen met water, dit ongeveer vanaf 4 jaar. Het moet de grove motoriek en de coördinatie bezitten om zich te kunnen wassen. Ieder kind heeft daar wel structuur en begeleiding bij nodig voor wat, hoe en wanneer ze iets moeten doen. Ze moeten hierin leren te groeien. Als je kijkt naar sommige kinderen dan hebben ze de vaardigheden al wel geleerd maar ze hebben daar een volwassene nodig om ze aan te sturen. Kinderen tot 12 jaar zien er vaak het nut nog niet van in.

Met 4 jaar moet een kind vertrouwd zijn geraakt met water en middelen. Ook behoren ze zindelijk te zijn. Je moet het kind dat nog wel stimuleren om het zelf te doen. Daar tussen in behoort een kind steeds zelfstandiger te worden onder begeleiding. Het kan vaardigheden prima aanleren.

Met 12 jaar heeft het de vaardigheden onder de knie. Het heeft nog steeds aansturing nodig van een volwassene. Voor de meeste kinderen gaat zelfzorg dan bij een dagritueel horen.

Een 12 jarige behoort de vaardigheden dus te kunnen. Ze weten al veel dingen maar kunnen hier nog geen verantwoordelijkheid voor dragen. Ze beschikken niet over meta-gedachten die volwassenen wel bezitten. Ze leven meer in het hier en nu en denken niet over de gevolgen na. Dat ze het wel kunnen komt door aangeleerde patronen. Toch zijn ze soms nog liever lui dan moe.

6. Wat voor invloed kan een psychiatrische diagnose (b.v. ASS problematiek, ADHD, hechtingsstoornis, ODD en dysthyme stoornis) hebben op de zelfstandige zelfzorg bij kinderen?
Binnen de psychiatrie kan de zelfzorg wel achter uit gaan maar dit is zeker niet altijd zo. Bij mensen met schizofrenie zie je dit wel vaak. Het neuro psychologische patroon bepaalt veel. Kinderen met ADHD, Pdd-nos of depressie hebben vaak een te kort aan zelfstandigheid. Er zijn ook andere oorzaken.. Kinderen met bijv ASS leren niet zo snel dmv imitatie van ouders/verzorgers. Natuurlijk speelt ook de persoonlijkheid van het kind een grote rol. Het ene kind is erg schoon en opgeruimd van aard waar de ander juist rommelig is.

7. Denkt u dat er een mogelijkheid bestaat dat (co-)ouderschap van invloed kan zijn op de zelfstandige zelfzorg van kinderen?
Opvoeding is zeker van invloed op de mate van zelfstandige zelfzorg. De normen en waarden van ouders werken mee in de normen/waarden van het kind.

8. Wat voor invloed heeft de omgeving m.b.t. zelfstandige zelfzorg bij kinderen?
Pedagogiek, interactie tussen het kind en de omgeving. Het kind kopieert wat hij/zij ziet in de omgeving. Daarbij heeft school ook een grote rol.

9. Kan het IQ invloed hebben m.b.t. de zelfstandige zelfzorg van kinderen?
Jazeker. Dit heeft met het neuro psychologische profiel te maken. Een kind kan wel een hoog IQ hebben maar minder goed zijn in het handelen. Uiteraard heeft het ook te maken met de persoonlijkheid van een kind. Je hebt kinderen die dwangmatig schoon zijn maar ook die meer cest la vie zijn en het niet belangrijk vinden. Het neuro psychologische profiel kun je aanpakken door pictogrammen en veel herhaling. Op deze manier kun je kinderen veel aanleren. Een persoonlijkheid is moeilijke aan te pakken. Als een kind moeilijk iets kan onthouden wordt het aanleren van zelfzorg ook lastig.

10. Op welke manier kun je de zelfstandige zelfzorg het beste objectief meten?
Door veel te observeren en deze observaties te turven. Wat doet het kind wel en niet. Je kunt hierbij een scorelijst bijhouden. Deze scorelijst kan door de groepsleidsters ingevuld worden maar ook door ouders.

11. Heeft u ervaring met meetinstrumenten of werkt u nu met meetinstrumenten om bijv. het werken van medicatie bij kinderen te meten?
Ik heb veel ervaring met meetinstrumenten maar niet op het gebied van de zelfstandige zelfzorg. Ik gebruik meer statistische instrumenten die je invult. Hierbij kijk je naar de normgroep die afwijkt van de populatie door een vragenlijst, hier neem je een gemiddelde van. Met ouders doe ik ook vaak een voor en na meting. Karakter gebruikt ook veel meetinstrumenten.

12. Mist u meetinstrumenten binnen Karakter of vindt u dat alles duidelijk wordt gemeten om zo het effect van bijv. behandeling/SOVA training te zien?
Er zijn helaas nog niet overal meetinstrumenten voor. Dit is ook moeilijk te realiseren. Zelfzorg bijvoorbeeld is goed objectief te meten. Als je kijkt naar een sova-training dan wordt het al moeilijker om te meten. Het is moeilijk te meten wat voor een effect een behandeling heeft op een kind. Hiervoor zijn er binnen Karakter nog geen interventies aanwezig.

13. Wat verstaat uw onder een overzichtelijk en goed meetinstrument?

Dat ligt eraan waarvoor je het wilt gebruiken. Als je de zelfstandige zelfzorg wilt gaan meten behoren alle vaardigheden genoteerd te zijn. Deze vaardigheden moeten duidelijk scorebaar zijn. Er moet een voor en na meting zijn, waar nodig ook een tussenmeting. Het moet overzichtelijk zijn wat de ontwikkelingstaken zijn. Het moet geen publicatie worden maar een simpele lijst waarop je alles kunt scoren. Hierdoor zie je snel verbetering en is het voor een ieder duidelijk.

14. Heeft u nog adviezen voor ons qua theorie wat goed aansluit bij ons onderzoek binnen Karakter?

Je zou het competentiemodel kunnen bekijken. Daarnaast zou je bij een instelling die hulp biedt aan LVG een model op kunnen vragen. Dit zijn vaak basale en overzichtelijke lijsten.

Bedankt voor u medewerking,

Met vriendelijke groet, Linde, Leonie en Evalie