



## De schaal Vanden Boer

Handleiding voor het bepalen van ondersteuningsbehoefte  
op het vlak van elementaire zelfredzaamheid  
bij personen met een verstandelijke handicap

## Inhoudstafel

Inhoudstafel .....	1
1. Inleiding .....	2
2. Ontwikkeling van de schaal Vanden Boer .....	2
2.1. Doel van de schaal.....	2
2.2. Methodologie .....	2
2.2.1. Hoeveel elementaire zorg heeft de persoon met een handicap nodig?.....	2
2.2.2. Welke variabelen of kenmerken van deze persoon met een handicap zijn bepalend voor de zorgbehoefte? .....	3
2.2.3. Hoeveel procent van het werkurenpakket van een hulpverlener kan besteed worden aan elementaire zorg.....	4
2.3. Onderzoeksgroep.....	4
2.4. Resultaat .....	5
3. Vervolgonderzoek .....	6
3.1. Onderzoek Switten en Danckers .....	6
3.1.1. Eenduidigheid van de schaal Vanden Boer.....	6
3.1.2. Betrouwbaarheid van de schaal Vanden Boer.....	7
3.1.3. Validiteit van de schaal Vanden Boer .....	8
3.1.4. Probleem van de onscorebaren .....	9
3.2. Onderzoek Vandeberg.....	10
3.2.1. Onderzoeksvragen .....	10
3.2.2. Onderzoeksopzet .....	11
3.2.3. Resultaten .....	12
3.2.4. Besluit.....	15
3.3. Actualisatie.....	15
3.3.1. Inleiding en doelstelling .....	15
3.3.2. Onderzoeksvragen .....	16
3.3.3. Werkwijze .....	16
3.3.4. Resultaten .....	16
3.3.5. Conclusie.....	16
4. De schaal Vanden Boer .....	17
4.1. Inleiding .....	17
4.2. Rationale van de schaal .....	17
4.3. Opbouw van de schaal.....	18
4.4. Invulinstructie.....	18
4.5. Schaal Vanden Boer .....	19
Referenties.....	31

# 1. Inleiding

In het verleden werd de groep van personen met een handicap vaak uitsluitend benoemd in termen van intellectuele capaciteiten. Deze indeling volgens IQ geeft echter geen duidelijke informatie over de zorgbehoefte van de persoon met een handicap. Ook volgens de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) omvat een handicap meer dan enkel beperkingen op vlak van cognitief functioneren. In de nieuwe definitie wordt naast beperkingen in intellectueel functioneren ook aandacht besteed aan adaptieve vaardigheden als communicatie, zelfredzaamheid, sociale vaardigheden, enzoverder (AAIDD, n.d.) Om de zorg en de bestaffing af te stemmen op de persoon met een handicap is het belangrijk de mogelijkheden en beperkingen op elk van deze gebieden in kaart te brengen.

In de schaal Vanden Boer wordt gefocust op de zelfredzaamheid bij elementaire dagelijkse bezigheden. We gaan er vanuit dat gradaties binnen dit domein naar de praktijk van de zorg toe zeker even substantieel zijn als binnen het intellectueel domein (Vanheule & Danckers, 1999).

## 2. Ontwikkeling van de schaal Vanden Boer

### 2.1. Doel van de schaal

Het onderzoek ging van start in 1986 en werd geleid door Guy Vanden Boer. De bedoeling van het onderzoek was een 'instrument' te ontwikkelen, dat het mogelijk zou maken de behoefte aan elementaire zorg, zoals dagdagelijkse lichamelijke hygiënische verzorging, voeding en verplaatsing, die uitgaat van een persoon met een ernstig tot diep verstandelijke handicap, te voorspellen of in te schatten met het oog op een flexibele en waarheidsgetrouwe staffing op leefgroep en instellingsniveau. Het is de bedoeling dat men zich aan de hand van deze inschatting een idee kan vormen over de meervraag naar hulp die uitgaat van een persoon met een handicap die matig of ernstig beperkt is in zijn zelfredzaamheid. Wanneer men deze hulpvraag koppelt aan de hoeveelheid beschikbare hulp vanwege opvoed(st)ers kan men een adequate staffing doorvoeren (Vanden Boer et al, 1987).

### 2.2. Methodologie<sup>1</sup>

Met deze doelstelling voor ogen moeten volgende onderzoeksvragen beantwoord worden:

#### 2.2.1. Hoeveel elementaire zorg heeft de persoon met een handicap nodig?

Voor de bepaling van de elementaire zorgbehoefte werd er een tijdsmeting uitgevoerd in twee representatieve erkende voorzieningen voor personen met een ernstig tot diep verstandelijke

---

<sup>1</sup> Dit onderdeel wordt volledig gebaseerd op Vanden Boer et al., 1987.

handicap: zie verder ook voorstelling van de onderzoeksgroep. In deze tijdsstudie werd gebruik gemaakt van de Multi Moment Opnamemethode. De observaties werden uitgevoerd met een interval van 5 minuten, gedurende 5 werkdagen van 's morgens 07.00 uur tot 's avonds 21.00. De observatiecategorieën werden gebaseerd op vorige tijdsstudies in één van de twee instellingen en op de categorisering gebruikt in ziekenhuizen (Swolfs 1977; Vermeulen 1981; Truyens 1982; Dierickx & Sermeus 1985 & Dehoucke 1983 cit in Vanden Boer, 1987). De categorieën waren de volgende: directe zorg waaronder directe lichamelijke zorg en directe begeleiding en indirecte zorg waaronder huishoudelijk werk, boodschappen...Voor een volledig overzicht zie Vanden Boer et al., 1987, pagina 63.

Tijdens deze tijdsmeting werden ook de activiteiten van de werknemers geobserveerd, zodanig dat naast een tijdsstudie ook een arbeidsonderzoek werd gevoerd.

### 2.2.2. Welke variabelen of kenmerken van deze persoon met een handicap zijn bepalend voor de zorgbehoefte?

Om deze vraag te beantwoorden was het nodig elke persoon met een handicap te omschrijven aan de hand van een aantal kenmerken om daarna op zoek te kunnen gaan naar onderlinge verbanden tussen de variabelen en met betrekking tot de elementaire zorgbehoefte. Elke persoon met een handicap werd hiervoor omschreven aan de hand van:

- leeftijd, gewicht, lengte en geslacht
- mentaal niveau, uitgedrukt in verstandelijke leeftijd
- tijd nodig met betrekking tot de elementaire zorg: direct gemeten in de tijdsmeting

Anderzijds moest ook een idee gevormd worden over de functioneringsstatus. Hiervoor werd gebruik gemaakt van het classificatie-instrument voor verlengde zorg van Jones e.a. (Jones et al in Vanden Boer et al., 1987). De variabelen zijn: gezicht, gehoor, paralyse, epilepsie, mobiliteit, transfer, stappen/ambulantie, rolstoelgebruik, trappen doen, baden, kleden, voeden/eten, toiletgebruik, darmfunctie, blaasfunctie, communicatie, gedrag.

Door deze variabelen te vergelijken met de tijd die een persoon met een handicap gemiddeld vraagt om lichamelijk verzorgd te worden, werden bepaalde variabelen bestempeld als 'relevant voor de tijd die iemand vraagt om lichamelijk verzorgd te worden'. Een drietal factoren bleken bepalend zijn voor de behoefte aan zorg:

- de fysieke mogelijkheden: gezicht, paralyse, transfer, ambulantie, rolstoelgebruik, trappen doen.
- het praktisch handelen: mentaal niveau, mobiliteit, kleden, voeden, toilet, communicatie
- de zindelijkheid: blaas- en darmfunctie

Door middel van deze drie factoren werd een populatie van personen met een ernstig tot diep verstandelijke handicap ingedeeld in vijf groepen van directe lichamelijke

zorgafhankelijkheid. Per groep is een gemiddelde zorgbehoefte in minuten per dag bepaald. Aan de hand van de drie factoren kan bepaald worden in welke groep de persoon met een handicap zich situeert, alsook een indicatie van de tijd die voor de lichamelijke verzorging nodig is. Voor meer informatie over de gebruikte statistische technieken zie Vanden Boer et al.,1987.

### 2.2.3. Hoeveel procent van het werkurenpakket van een hulpverlener kan besteed worden aan elementaire zorg

Zoals reeds gezegd werd ook een arbeidsonderzoek uitgevoerd bij hulpverleners. Op deze manier werd het volgende bekomen:

- algemeen gemiddelde tijdsbesteding van een hulpverlener
- tijdsbestedingspatroon van een hulpverlener
- tijdsbestedingspatroon van een hulpverlener per zorggroep.

We weten met andere woorden hoeveel procent van de totale werktijd een hulpverlener besteedt of kan besteden aan lichamelijke verzorging en dit voor elke groep van personen met een handicap.

Samengevat hebben we enerzijds een inschatting van de zorgbehoefte van een persoon met een handicap, anderzijds hebben we het procent van de tijd beschikbaar voor lichamelijke zorg per groep. Door deze twee te koppelen komt men tot een staffingsinstrument, waarmee men de behoefte aan hulp kan inschatten.

### *2.3. Onderzoeksgroep*

Het onderzoek heeft plaats gehad in twee erkende voorzieningen voor mensen met een ernstig en diep verstandelijke handicap, met name Dienstencentrum Sint-Oda te Overpelt en 't Gielsbos te Gierle. Beide voorzieningen houden er zo goed als dezelfde beleidslijnen op na qua omgang met personen met een handicap. Men gaat in beide voorzieningen uit van de ontwikkelingsvisie, m.a.w. men richt zich op de mogelijkheden van de persoon met een handicap en probeert deze zoveel mogelijk te ontwikkelen (Vanden Boer, 1986).

De onderzoeksgroep bestond uit 427 personen met een handicap waarvan ongeveer de helft mannen. De overgrote meerderheid had een ontwikkelingsleeftijd van minder dan 54 maanden en een kalenderleeftijd van 16-30 jaar.

<i>Kalenderleeftijd (jaren)</i>	<i>-6</i>	<i>6-15</i>	<i>16-30</i>	<i>31-45</i>	<i>+45</i>	<i>totaal</i>
<i>Mannen</i>	9	35	147	21	12	224 (52,5%)
<i>Vrouwen</i>	5	25	127	37	9	203 (47,5%)
<i>Totaal</i>	14 (3,3%)	60 (14,0%)	274 (64,2%)	58 (13,6%)	21 (4,9%)	427 (100%)

<i>Mentaal niveau (maanden)</i>	<i>-25</i>	<i>25-54</i>	<i>55-72</i>	<i>+72</i>	<i>totaal</i>
<i>Mannen</i>	123	74	21	6	224 (52,5%)
<i>Vrouwen</i>	131	50	18	4	203 (47,5%)
<i>Totaal</i>	254 (59,5%)	124 (29,0%)	39 (9,1%)	10 (2,3%)	427 (100%)

#### *2.4. Resultaat*

Het resultaat van deze studie is een instrument dat toelaat de elementaire zorgbehoefte van de persoon met een handicap in te schatten om hier de bestaffing op te baseren. Dit instrument bestaat uit drie onderdelen. In de oorspronkelijke versie handelen de eerste zes vragen over de fysieke mogelijkheden, de volgende zes vragen gaan over het praktisch handelen, een laatste vraag heeft betrekking op de zindelijkheid. Er zijn telkens diverse antwoordmogelijkheden die peilen naar de ondersteuning die de persoon nodig heeft bij deze elementen. Om tot een bepaling van een zorggroep te komen moeten tenslotte voor elke subschaal een beslissingsboom doorlopen worden en uiteindelijk kan in de beslissingstabel het resultaat afgelezen worden.

In latere versies zijn zowel de vragen als de antwoordmogelijkheden nog aangepast omwille van redenen als eenduidige interpretatie, vervolgonderzoek, enzoverder.

## 3. Vervolgonderzoek

### 3.1. Onderzoek Switten en Danckers

Switten en Danckers voerden in 1998 een onderzoek uit, getiteld: 'Definiëring van de nursingpopulatie: onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de Guy Vanden Boerschaal' (Switten & Danckers, 1998). In dit onderzoek was het de doelstelling om tot een meer rechtvaardige verdeling van het personeel over en binnen de verschillende nursingtehuizen te komen, meer bepaald op basis van de hulp die ze nodig hebben bij aspecten van elementaire zelfredzaamheid.

De eerste stap was dan ook het zoeken naar een betrouwbare en valide schaal die de zelfredzaamheid van bewoners van een nursingtehuis in kaart brengt.

Naast andere schalen die ze om diverse redenen niet verder meenamen, kwamen ze voor dit onderzoek terecht bij de schaal Vanden Boer. De schaal is namelijk duidelijk afgestemd op de doelgroep, de schaal draait om zelfredzaamheid en er is een koppeling aan tijd.

Het was de opzet van hun onderzoek om de verdeling te doen op basis van een betrouwbare en valide schaal. Omdat er tot dusver weinig of geen psychometrische aspecten werden nagegaan bij de schaal Vanden Boer, gingen Switten en Danckers zijn statistische kwaliteiten na. Het is dit deel van hun onderzoek dat we hier bespreken.

De steekproef voor dit onderzoek bestond uit 271 proefpersonen uit zeven verschillende voorzieningen in Vlaanderen. De steekproef bestond voor 85,6% uit volwassenen, van 80,44% van de proefpersonen was het mogelijk het mentaal niveau te bepalen. Hierbij waren mensen met een diep mentale handicap het sterkst vertegenwoordigd (50,5%), vervolgens mensen met een ernstig mentale handicap (42,7%), mensen met een matig mentale handicap (5,5%) en mensen met een disharmonisch profiel (1,4%) waren het minst vertegenwoordigd.

#### 3.1.1. Eenduidigheid van de schaal Vanden Boer

Bij het invullen van een schaal is het belangrijk dat de items zo eenduidig mogelijk zijn. Wanneer er subjectieve interpretaties mogelijk zijn, verkleint de betrouwbaarheid aangezien verschillende beoordelaars hetzelfde item op een verschillende manier kunnen interpreteren. De auteurs van dit onderzoek geven aan dat in de oorspronkelijke schaal Vanden Boer bepaalde items zeer vrij te interpreteren waren. De items en de antwoordcategorieën werden dan ook beter en eenduidiger omschreven.

Naast deze verduidelijkingen werden ook van een aantal items de antwoordmogelijkheden gereduceerd. Dit was mogelijk omdat bleek dat deze antwoordcategorieën niet voorkwamen of geen verschil uitmaakten in de beslissingsboom.

Als laatste aspect van dit deel van het onderzoek moet aangegeven worden dat bepaalde items van de schaal niet evident lijken, bijvoorbeeld trappen doen. Ook de volgorde en dus de weging van de antwoordmogelijkheden doen vragen rijzen. De schaal is echter het resultaat

van een uitgebreid onderzoek, iets veranderen aan de items of de antwoordmogelijkheden zou de fundamenteën van het onderzoek in het gedrang brengen.

### 3.1.2. Betrouwbaarheid van de schaal Vanden Boer

Bij het nagaan van de betrouwbaarheid van een schaal onderzoekt men de nauwkeurigheid waarmee een score de werkelijkheid weergeeft.

#### *Intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid*

Deze soort betrouwbaarheid gaat over de mate waarin één beoordelaar het meetinstrument twee maal afneemt in een zoveel mogelijk gelijklopende situatie, maar op een ander tijdstip, dezelfde resultaten bekomt. In dit onderzoek wordt deze vorm van betrouwbaarheid niet nagegaan. De schaal is immers beperkt in items. De kans dat men zich bij de tweede afname de antwoorden van de eerste afname nog herinnert, is dan ook groot. Een langere tijdsspanne tussen de twee afnamen plannen is ook niet zinvol. We werken immers met mensen, een verandering na lange tijd zou weinig zeggend zijn: zijn de scores toe te wijzen aan een minder goede betrouwbaarheid van de schaal of aan veranderingen bij de geobserveerde persoon?

#### *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid*

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gaat over de mate waarin twee beoordelaars die het meetinstrument afnemen op hetzelfde moment en hetzelfde tijdstip, dezelfde resultaten bekomen. In het onderzoek van Switten en Danckers zijn zowel interne (mensen die de te beoordelen persoon goed kennen) als externe beoordelaars (mensen die de te beoordelen persoon niet kennen, maar wel vertrouwd zijn met de doelgroep) betrokken.

Er werd gebruik gemaakt van de Spearman correlatiecoëfficiënt die het antwoord kan geven op de vraag of er samenhang is tussen de scores van de verschillende beoordelaars. De resultaten wijzen op een zeer grote overeenstemming tussen de verschillende beoordelaars. Zowel op het niveau van de schaal zelf (tussen 0,90 en 0,94) als op het niveau van de subschalen (tussen 0,85 en 0,92) kan de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid als zeer goed bestempeld worden. Zelfs op het niveau van de items wordt een significante overeenkomst tussen de beoordelaars gevonden.

Er werd ook een variantie-analyse uitgevoerd met als doel de generaliseerbaarheidscoëfficiënt te berekenen. Hiermee wilde men nagaan in welke mate de scores op de schaal Vanden Boer werden beïnvloed door de beoordelaars. Dit werd afgewogen tegen de mate waarin de scores op de schaal Vanden Boer werden beïnvloed door de beoordeelde personen. Uit de resultaten blijkt dat het grootste deel van de variantie wordt verklaard door de beoordeelde persoon, een veel kleiner deel vanuit de interactie tussen de persoon en de beoordelaar en slechts een miniem deel vanuit de beoordelaar. In het onderzoek wordt een generaliseerbaarheidscoëfficiënt van 0,95 verkregen. Soortgelijke resultaten zijn er wanneer het aandeel van de



beoordelaar wordt vergeleken met het deel van de variantie dat verklaard wordt door leefgroep of instelling.

### 3.1.3. Validiteit van de schaal Vanden Boer

De validiteit gaat na in hoeverre de schaal meet wat hij pretendeert te meten. Met andere woorden: meet de schaal Vanden Boer de elementaire zorgzwaarte?

#### *Inhoudsvaliditeit*

Wanneer een schaal inhoudsvalide is, wil dit zeggen dat ze een adequate representatie bevat van het kenmerk dat moet gemeten worden.

We kunnen er vanuit gaan dat de schaal Vanden Boer inhoudsvalide is. De items uit deze schaal zijn immers niet willekeurig geselecteerd, maar zijn gebaseerd op een betrouwbare en valide schaal, namelijk de schaal van Jones (Jones et al. in Vanden Boer, 1987, zie ook boven). Er werd vervolgens op zoek gegaan naar verbanden tussen deze variabelen onderling, alsook naar verbanden met betrekking tot de lichamelijke zorgbehoefte. Uit de analyses kwamen drie factoren naar voren met name fysieke mogelijkheden, praktisch handelen en zindelijkheid. Deze drie factoren lieten toe de proefgroep in te delen in vijf significant verschillende behoeftegroepen waarbij vooral groep één en groep vijf zich duidelijk onderscheidde van de andere groepen. Onder meer deze statistische analyses deed de auteurs besluiten dat de schaal inhoudsvalide is. Ook het feit dat de schaal gebruik maakt van een aantal vastomlijnde antwoordcategorieën die geordend zijn volgens mate van zelfredzaamheid is een sterk punt.

#### *Begrips- en soortgenootvaliditeit*

Deze begripsvaliditeit houdt de mate in waarin de schaal een bepaald concept, een bepaald begrip meet. Om begripsvalide te zijn dient de schaal Vanden Boer de zorgbehoefte van mensen met een verstandelijke handicap te meten.

De soortgenootvaliditeit is een vorm van criteriumgerelateerde validiteit. Men onderzoekt bij deze soort validiteit de mate waarin een extern criterium de geldigheid van de meetprocedure kan ondersteunen. Dit houdt in dat de meetresultaten van het te valideren instrument vergeleken worden met andere meetresultaten van dezelfde elementen. Wanneer de vergelijking betrekking heeft op de uitkomsten van een soortgelijk instrument, spreekt men van soortgenootvaliditeit.

In dit onderzoek worden deze twee soorten validiteit op dezelfde manier nagegaan: de Vanden Boer-score werd vergeleken met de score op de Katz-schaal en de Barthel-index. Dit zijn zelfredzaamheidsschalen die hun betrouwbaarheid en validiteit bewezen hebben.

Om een vergelijking tussen de schalen mogelijk te maken werden enkele wijzigingen aangebracht aan de Katz-schaal. Bepaalde items zoals 'een maaltijd bereiden' en 'kleren kiezen en op tijd de kleren verversen' zijn duidelijk te hoog gegrepen voor de doelgroep. Bij

het scoren van deze items hebben de auteurs zich dan ook beperkt tot het zich voeden en kleden op zich.

Uit de resultaten (zie tabel) blijkt een hoge begrips- en soortgenootvaliditeit.

Spearman's Rho	Totale Vanden Boer score	Katz-schaal
Katz-schaal	0,8695 n=710 p= 0,000	1,000
Barthel-index	0,9402 n=710 p=0,000	0,9126 n=741 p=0,000

#### *Face-validiteit*

Deze soort validiteit is belangrijk voor de aanvaarding in het praktijkveld. Het gaat immers de mate na waarin de score op de schaal Vanden Boer overeenkomt met de subjectieve situering van de proefpersonen volgens de zorgzwaarte door mensen in het praktijkveld.

In dit onderzoek wordt de face-validiteit nagegaan door de interne observatoren elke persoon te laten scoren op een negen-punten-schaal. Score 1 wees op een zeer zorgafhankelijk iemand, score negen wordt aan een zelfredzame persoon gegeven. Deze scores geven de mogelijkheid de Vanden Boer-score te correleren aan de subjectieve ervaring van de zorgzwaarte. Het is dan ook nodig dat de scores worden gegeven in vergelijking met de totale doelgroep en niet in vergelijking met de overige bewoners in de leefgroep.

Uit de resultaten blijkt dat de correlatie 0,91 is ( $p=0,000$ ), wat erop duidt dat de score op de schaal Vanden Boer vergelijkbaar is met de ervaringen van de interne beoordelaars.

#### 3.1.4. Probleem van de onscorbaren

##### *Betrouwbaarheid*

Tijdens het onderzoek van Switten en Danckers werd duidelijk dat niet voor iedereen een totale score op de schaal Vanden Boer kon berekend worden. De beslissingstabel die op basis van de scores op de subschalen tot een zorggroep leidt, laat niet alle combinaties toe. Er zijn namelijk theoretisch 60 verschillende combinaties mogelijk, maar slechts 29 ervan zijn in het onderzoek van Vanden Boer voorgekomen. De tabel geeft dus voor 31 combinaties geen uitsluitsel. In de analyses werd geen rekening gehouden met deze onscorbaren omdat dit zou leiden tot een te groot aantal lege cellen.

Om na te gaan of deze groep onscorbaren afwijkende resultaten heeft qua betrouwbaarheid werden correlaties voor de verschillende subschalen en afzonderlijke items berekend voor 35 onscorbare proefpersonen. Uit de resultaten blijkt dat er significante verschillen zijn tussen de beoordelaars, vooral voor de subschaal praktisch handelen. De betrouwbaarheid van de

onscoorbaren is dus lager als de betrouwbaarheid van de scoorbaren. De gevonden betrouwbaarheidsindicatoren bij de scoorbaren moeten dan ook genuanceerd worden. Om een beter zicht te krijgen op de betrouwbaarheid van de hele groep werden correlaties berekend voor de groep scoorbaren en onscorbaren samen. De resultaten wijzen echter nog steeds op een voldoende hoge betrouwbaarheid.

Subschaal fysieke mogelijkheden	Subschaal praktisch handelen	Subschaal zindelijkheid
r= 0,87-0,93 n= 271 p=0,000	r= 0,83-0,88 n= 271 p=0,000	r= 0,86-0,95 n= 271 p=0,000

### *Validiteit*

Vermits de combinaties van de onscorbaren niet voorkwamen in het oorspronkelijke onderzoek is eigenlijk een nieuwe tijdsmeting nodig van zowel de scoorbaren (om de tijden te actualiseren) als de onscorbaren. In afwachting daarvan hebben de auteurs naar een tijdelijke oplossing gezocht. Door middel van een lineaire regressievergelijking, aangevuld met subjectieve profielanalyses, zijn ze er in geslaagd aan de combinaties van uitslagen op de subschalen toch een eindcategorie toe te wijzen.

## **3.2. Onderzoek Vandenberg**

In 1998 voerde Vandenberg een onderzoek uit met als titel ‘Naar een differentiëring in de populatie van dagcentra: Onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de schaal Guy Vanden Boer in dagcentra’ (Vandenberg, 1998).

De bedoeling van het onderzoek was na te gaan of de schaal Vanden Boer ook een goede schaal is voor gebruik in dagcentra.

### 3.2.1. Onderzoeksvragen

Er werd een antwoord gezocht op volgende vragen:

1. Is de schaal Vanden Boer een goede schaal voor het meten van de tijd die een persoon nodig heeft voor het begeleiden van handelingen betreffende elementaire zorg binnen de populatie van dagcentra?’ Deze onderzoeksvraag valt uiteen in drie onderdelen:

- is de schaal Vanden Boer een valide schaal voor het meten van de elementaire zorgbehoefte?
- is de schaal Vanden Boer een betrouwbare schaal voor het meten van de elementaire zorgbehoefte?
- hoe kan de schaal Vanden Boer worden aangepast om te komen tot een schaal die aangepast is aan de werking van dagcentra?

2. Welke gemiddelde tijden kunnen verbonden worden aan de verschillende zorggroepen volgens de schaal Vanden Boer, rekening houdend met de werking van de dagcentra?

3. Wat is de zorgbehoefte volgens de schaal Vanden Boer van de populatie in de onderzochte dagcentra?

### 3.2.2. Onderzoeksopzet

- Onderzoekssubjecten

De steekproef van het onderzoek beslaat 136 personen, afkomstig uit zes verschillende dagcentra in Limburg. Bij de proefpersonen zijn zowel mensen met een verstandelijke handicap als mensen met een motorische handicap. Dit zorgt ervoor dat de steekproef ruim en gedifferentieerd is en de populatie van een dagcentrum goed weergeeft.

- Methode van onderzoek

Om een antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvragen werd een tweeledig onderzoek gevoerd:

-Tijdsstudie: er gebeurde een nieuwe tijdsmeting omwille van het feit dat de gegevens vanuit het onderzoek van Vanden Boer zelf verouderd zijn en de tijdinvestering in dagcentra anders kan zijn als in een nursingsetting. Met de tijdsstudie wordt gemeten hoeveel tijd een persoon met een handicap besteedt aan handelingen betreffende elementaire zorg, alsook de mate van begeleiding die hij/zij daarbij nodig. De tijdsstudie gebeurt, net als bij het onderzoek van Vanden Boer, door middel van de methode van de multiple momentopnames. Tijdens de observatiemomenten wordt enerzijds gescoord of een persoon al dan niet bezig is met een handeling betreffende elementaire zorg. Anderzijds wordt de begeleiding op dat moment gescoord: er wordt gescoord of er al dan niet begeleiding is en welke verhouding er op dat moment is tussen aantal begeleiders en aantal personen met een handicap.

-afname schaal Vanden Boer: de schaal Vanden Boer werd voor elke proefpersoon ingevuld. Dit met als doel de behoefte aan elementaire zorg van de persoon met een handicap in te schatten. De scoring werd gedaan door zowel interne als externe observatoren om de betrouwbaarheid van de schaal na te gaan. Om de validiteit na te gaan werd ook de Barthel-index ingevuld.

- Verwerking van de gegevens

Van de oorspronkelijke steekproef van 136 personen vielen 29 personen af. Dit enerzijds omwille van ziekte, anderzijds omwille van het bovengenoemde probleem van onscorbaren. Het onderzoek van Switten en Danckers dat hierboven uitgebreid werd toegelicht, liep parallel met dit onderzoek. Hierin werd het probleem van de onscorbaren aangepakt. In het huidige onderzoek worden deze onscorbaren uit de steekproef geweerd. In de uiteindelijke

steekproef waren de zorggroepen met de minst zware zorgbehoefte oververtegenwoordigd ten nadele van de zorggroepen met de zwaarste zorgbehoefte. Dit is volgens de auteur te wijten aan de enkelvoudige personeelsnorm in dagcentra, deze zorgt ervoor dat mensen met een zware zorgbehoefte vaak niet kunnen worden opgevangen in dagcentra. Dit onderzoek hoopt dan ook een stap te zijn in de richting van een differentiëring van de personeelsnormen.

De eerste onderzoeksvraag werd op twee manieren nagegaan: in de eerste plaats gaat het om het vergelijken van de groepen: komen de groepen die gevormd worden op basis van de begeleidingstijd bij elementaire zorg overeen met de zorggroepen volgens de schaal Vanden Boer? In de tweede plaats werd door middel van regressieanalyse nagegaan of de score op de schaal Vanden Boer een goede voorspelling is van de zorgtijd.

De tweede onderzoeksvraag werd nagegaan door per zorggroep de gemiddelde tijd begeleiding bij de elementaire zorg te berekenen. Dit is mogelijk aangezien tijdens de tijdsstudie de tijd besteed aan begeleiding bij elementaire zorg werd geregistreerd. Per zorggroep wordt het aantal minuten behorende bij de categorieën van elementaire zorg opgeteld. Hiervan wordt het gemiddelde genomen.

De derde onderzoeksvraag tenslotte werd onderzocht door de schaal Vanden Boer voor elke proefpersoon in te vullen.

### 3.2.3. Resultaten

Voor het bespreken van de resultaten vertrekken we van de drie onderzoeksvragen, in omgekeerde volgorde, die voorop werden gesteld.

-Derde onderzoeksvraag: Wat is de zorgbehoefte volgens de schaal Vanden Boer van de populatie in de onderzochte dagcentra?

Uit de resultaten (zie tabel) blijkt dat binnen de populatie van de dagcentra een ondervertegenwoordiging is van personen met een zware zorgbehoefte. Volgens de auteur zijn hier volgende oorzaken voor: ten eerste lijkt het plausibel dat mensen met een zware zorgbehoefte eerder de vraag stellen naar dag- én nachtopvang. Ten tweede hangt het minder voorkomen van de mensen met zware zorgbehoefte net samen met het doel van het onderzoek: binnen dagcentra is er weinig personeelsdifferentiatie, waardoor er geen rekening gehouden wordt met de zorgzwaarte van de cliënten bij de toewijzing van personeel. Om deze reden worden mensen met een zware zorgvraag vaak doorverwezen.

Zorggroep 1	6 personen	5,6%
Zorggroep 2	6 personen	5,6%
Zorggroep 3	22 personen	20,6%
Zorggroep 4	21 personen	19,6%
Zorggroep 5	52 personen	48,6%

-De tweede onderzoeksvraag was die naar de gemiddelde tijd begeleiding bij elementaire zorg per zorggroep volgens de schaal Vanden Boer. Hieronder een tabel waarin de gemiddelde tijden begeleiding bij elementaire zorg weergegeven worden, omgezet naar een standaarddag van zeven uur (420 minuten):

Zorggroep 1	60,65 minuten
Zorggroep 2	91,85 minuten
Zorggroep 3	58,24 minuten
Zorggroep 4	39,97 minuten
Zorggroep 5	26,79 minuten

Zoals kan gezien worden is de gemiddelde score bij zorggroep twee hoger als bij zorggroep één. Deze vaststelling hoeft niet onlogisch te zijn. Een persoon met een beperkte zelfredzaamheid vraagt in een aantal gevallen meer tijd bij het begeleiden van handelingen van elementaire zorg dan een persoon die volledig afhankelijk is van derden. Het gaat dan over een andere manier van begeleiden, waarbij de persoon zo zelfstandig mogelijk handelingen kan uitvoeren.

-Eerste onderzoeksvraag: 'Is de schaal Vanden Boer een goede schaal voor het meten van de tijd die een persoon nodig heeft voor het begeleiden van handelingen betreffende elementaire zorg van de populatie in dagcentra?'

-Is de schaal Vanden Boer een valide schaal voor het meten van de elementaire zorgbehoefte?

Om op deze vraag te antwoorden werd enerzijds gebruik gemaakt van het onderzoek van Switten en Danckers. Voor hun resultaten wat betreft de validiteit van de schaal zie paragraaf 3.1.3. Anderzijds werd in dit onderzoek de correlatie tussen de score op de schaal Vanden Boer en de Barthel-index nagegaan. Deze blijken hoog te zijn (.874). Dit is een ondersteuning van de begrips- en soortgenootvaliditeit.

Wel wordt een kritische kanttekening gemaakt: Zoals verder zal blijken is het verband tussen de score op de schaal Vanden Boer en de begeleidingstijd minder duidelijk in dit onderzoek. Als verklaring wordt gegeven dat de onderzoeksgroep verschillend is van de onderzoeksgroep ten tijde van het basisonderzoek. Gesteld kan worden dat de schaal Vanden Boer een goed beeld geeft van de zelfredzaamheid van een persoon, maar dat de relatie met de tijd niet eenduidig is. Op basis van dit onderzoek in dagcentra kan dus niet besloten worden dat de schaal Vanden Boer een duidelijk beeld geeft van de tijd die een persoon nodig heeft voor het begeleiden van handelingen van elementaire zorg.

-Is de schaal Vanden Boer een betrouwbare schaal voor het meten van de elementaire zorgbehoefte?

Ook hier wordt enerzijds verwezen naar het onderzoek van Switten en Danckers. Anderzijds werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ook in dit onderzoek nagegaan, met een correlatie van .838 tussen de interne en externe afname van de schaal tot gevolg. Ook hier blijkt dus dat de schaal Vanden Boer voldoende betrouwbaar is.

-Hoe kan de schaal Vanden Boer aangepast worden om te komen tot een schaal die aangepast is aan de werking van dagcentra?

Uit de resultaten hierboven blijkt dat er niet kan voldaan worden aan de eisen voor een 'goede schaal' voor het meten van de behoefte aan begeleiding bij handelingen van elementaire zorg van een persoon. We krijgen op basis van de score op de schaal Vanden Boer een indicatie van de tijd begeleiding, maar geen duidelijk beeld. De correlatie tussen de zorggroepen volgens schaal Vanden Boer en de clusters op basis van de tijd begeleiding bij elementaire zorg is significant, maar niet erg hoog (Spearman's  $\rho = .516$ ). Vergelijkbare resultaten bij de regressie-analyse: de totaalscore op de schaal Vanden Boer verklaart een significant gedeelte van de variantie in de tijd begeleiding bij elementaire zorg, al is dit gedeelte niet erg groot ( $R^2_{adj} = .218$ ).

Een vergelijking met de scores op de Barthel-index valt wel uit in het voordeel van de schaal Vanden Boer. We kunnen hieruit besluiten dat, hoewel de schaal Vanden Boer geen 'goede' schaal is voor het voorspellen van de tijd begeleiding bij elementaire zorg, deze toch betere resultaten geeft dan de Barthel-index.

Er werd een regressie-analyse uitgevoerd met het oog op eventuele aanpassingen aan de schaal Vanden Boer. Enerzijds werd als onafhankelijke variabele de subschaalscores gebruikt, hierbij werd de beste voorspeller gevonden wanneer de subschalen 'praktisch handelen' en 'fysieke mogelijkheden' zijn opgenomen ( $R^2_{adj} = .216$ ). Anderzijds werden de scores op de individuele items als onafhankelijke variabelen gebruikt, zes van de items bleken het sterkst te voorspellen: zindelijkheid, gezichtsvermogen, functiebeperking, eten, transfer, stappen ( $R^2_{adj} = .244$ ).

Aangezien uit onderzoeksvraag twee bleek dat de gemiddelde tijden van zorggroep één en drie dicht bij elkaar liggen, werden deze twee zorggroepen ondergebracht in één groep en de berekeningen hervat. De resultaten geven een correlatie van .364 en een aangepaste  $R^2$  van .257.

### 3.2.4. Besluit

De hypothese bij aanvang van het onderzoek was dat de schaal Vanden Boer een betrouwbare en valide schaal is voor het meten van de zelfredzaamheid van een persoon. Dit bleek immers al uit het onderzoek van Vanden Boer zelf en uit het onderzoek van Switten en Danckers. Het onderzoek van Vandeberg kon leiden tot een uitbreiding naar dagcentra. Uit de resultaten blijkt echter dat er niet dezelfde éénduidige patronen naar voren komen als in de tehuizen voor niet-werkenden. De score die een persoon krijgt, geeft wel een indicatie van de tijd die deze persoon nodig heeft voor begeleiden van elementaire zorg, maar andere factoren spelen een rol. Wanneer de zorggroepen beperkt worden tot vier groepen, waarbij groep één en groep drie samengebundeld worden zijn de resultaten beter. De auteur pleit dan ook voor een gebruik van de schaal met vier zorggroepen. Dit wil zeggen dat de schaal wel in zijn bestaande vorm kan afgenomen worden, de validiteit en betrouwbaarheid zijn immers goed, maar om verband te leggen met de tijd moet rekening gehouden worden met de herverdeling. De auteur is zich terdege bewust van het feit dat niet aan de hooggespannen verwachtingen voldaan wordt, maar geeft aan dat het beter is een zinvol meetinstrument te hanteren, met een enigszins beperkte waarde, dan quasi op basis van toeval te gaan bepalen wie er nood heeft aan begeleiding.

## 3.3. Actualisatie

### 3.3.1. Inleiding en doelstelling

Aangezien de schaal Vanden Boer ontwikkeld is in nauwe samenwerking met dienstencentrum Sint-Oda en later met de overkoepelende organisatie vzw Stijn en deze voorziening sterk de nadruk legt op onderzoek en recente ontwikkelingen, werd in 2007 besloten om de schaal Vanden Boer te actualiseren. Het onderzoek zelf dateert immers al van het jaar 1986 en ook het laatste vervolgonderzoek is reeds meer dan tien jaar oud. Er werd dan ook midden 2007 een onderzoek opgestart door Vanermen. Uit een rondvraag van de onderzoekster in de verschillende voorzieningen van de vzw bleek dat de score die toegewezen wordt door de schaal Vanden Boer niet altijd herkenbaar is in de praktijk en er sommige items zijn die onvolledig of voor interpretatie vatbaar zijn. Het was de bedoeling van de actualisatie om ervoor te zorgen dat alle items van de schaal duidelijk, volledig en objectief zijn, zodat de resultaten herkenbaar zijn in de praktijk. Het was uitdrukkelijk niet de bedoeling dat er iets aan de bestaande factoren of aan de beslissingsboom werd veranderd. Het moeilijke aan deze actualisering was dit laatste feit. Elementen die ten tijde van de studie reeds zijn meegenomen, mogen nu niet zomaar veranderd worden. Om deze te veranderen is er een goede verantwoording en dus nieuwe meting nodig.



### 3.3.2. Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen waren:

- zijn alle items en antwoordmogelijkheden duidelijk en hoe kunnen ze aangepast worden?
- komen alle items van zelfredzaamheid die relevant lijken voor in de schaal en zo niet, waarom niet?
- waarom is de eindscore van de schaal niet altijd wat we in de praktijk ervaren?

### 3.3.3. Werkwijze

Er werd een werkgroep samengesteld van mensen uit de verschillende voorzieningen van de vzw, die rond dit onderwerp wilden meedenken. Aan hen werd de vraag gesteld om te inventariseren waar de moeilijkheden met de schaal Vanden Boer precies zitten: welke elementen zijn het die moeilijk te scoren zijn? Welke items zijn onduidelijk of onvolledig? De bedoeling was dat tijdens de bijeenkomsten alle items overlopen werden. Er werd nagegaan waar de problemen zitten en hoe we hieraan tegemoet kunnen komen. Er werd naast deze gesprekken ook contact opgenomen met de auteur van de schaal, Guy Vanden Boer, om op enkele zaken een duidelijker licht te werpen.

### 3.3.4. Resultaten

Het belangrijkste resultaat is een beter begrip van de schaal. Door veel over bepaalde items te praten, het onderzoek goed na te lezen en het gesprek met de heer Vanden Boer zelf, werd duidelijk waarom de schaal niet altijd herkenbaar is in de praktijk: hij meet namelijk niet de zelfredzaamheid op zich, maar de ondersteuning die nodig is en de tijd die gebruikt wordt bij aspecten van zelfredzaamheid. Het gaat niet om individuele scores maar om gemiddelden.

Eveneens werd duidelijk waarom niet alle op het eerste zicht relevante elementen werden meegenomen, dit omwille van het feit dat deze variabele in het onderzoek uitgevoerd door Guy Vanden Boer geen discriminatieve waarden bleek te hebben.

Omdat deze inzichten toch belangrijk zijn voor een goed gebruik van de schaal werd beslist een beperkte handleiding aan de schaal toe te voegen (zie paragraaf 4).

Naast dit aspect werd ook op itemniveau nagegaan waar verbeteringen konden gedaan worden. De vocabulaire werd aangepast naar meer hedendaagse bewoordingen. Waar een verschillend begrip van een item of van een antwoordmogelijkheid mogelijk was, werd dit eenduidiger geformuleerd. Zoals reeds aangegeven werd er inhoudelijk niets gewijzigd omdat dit de validiteit van het gebeurde onderzoek zou kunnen ondergraven.

### 3.3.5. Conclusie

Deze actualisatie was eerder beperkt in tijd en opzet, maar heeft bijgedragen tot een beter begrip een eenduidiger gebruik van de schaal. Dat dit een meerwaarde heeft, is duidelijk. Het komt de betrouwbaarheid, de validiteit en de aanvaardbaarheid van de schaal ten goede.

## 4. De schaal Vanden Boer

### 4.1. Inleiding

Met de schaal Vanden Boer kan de ondersteuningsbehoefte op het vlak van elementaire zelfredzaamheid bij personen met een handicap in kaart gebracht worden. Deze schaal werd oorspronkelijk ontwikkeld voor gebruik in een nursingpopulatie, maar heeft ook reeds in andere settings dienst bewezen. Deze schaal kan gebruikt worden om de zorgbehoefte op vlak van elementaire zorg van mensen met een handicap in kaart te brengen en met elkaar te vergelijken. Ze biedt dan ook grote mogelijkheden voor het verdelen van personeel op basis van zorgzwaarte en voor het meebepalen van budgetten.

Onderhavige schaal is het product van een basisonderzoek en verscheidene vervolgonderzoeken en kan als voorlopige eindversie beschouwd worden. U zal bij vergelijking van de schaal die voorligt met de oorspronkelijke schaal van Vanden Boer dan ook grote verschillen vinden. Hoe de schaal geëvolueerd is van de oorspronkelijke schaal tot de huidige versie kan u in de vorige onderdelen raadplegen.

### 4.2. Rationale van de schaal

De schaal Vanden Boer is een schaal die peilt naar de gemiddelde ondersteuningstijd nodig bij aspecten van zelfredzaamheid. Het gaat met andere woorden niet om het in kaart brengen van de zelfredzaamheid van een individuele persoon, maar om het nagaan hoeveel ondersteuningstijd een persoon met die bepaalde kenmerken gemiddeld nodig heeft op vlak van zelfredzaamheid.

Dat het gaat om gemiddelde zorgtijden wordt duidelijk in volgende tabel:

Groep	1	2	3	4	5
Gemiddelde tijd	101	64	46	28	11
Minimumtijd	57	27	18	3	0
Maximumtijd	173	108	78	86	58

Zoals kan gezien worden liggen de minimale en maximale tijdsscores van een bepaalde zorggroep ruim uit elkaar.

Bij het opstellen van deze schaal werd nagegaan welke aspecten van zelfredzaamheid het beste een onderscheid maken tussen personen die meer of minder ondersteuning nodig hebben. Met andere woorden de discriminatieve waarde van bepaalde kenmerken werd nagegaan. Om deze reden zijn niet noodzakelijk alle aspecten van zelfredzaamheid die op het eerste zicht relevant zijn (bv wassen) weerhouden, maar enkel diegene die maken dat meer tijd wordt besteed aan de ene persoon dan aan de andere.

### *4.3. Opbouw van de schaal*

De schaal bestaat uit drie onderdelen namelijk 'fysieke mogelijkheden', 'praktisch handelen' en 'zindelijkheid'. Het eerste onderdeel bevat zes items, het tweede onderdeel vijf items en het derde onderdeel één item. De verschillende items hebben diverse antwoordmogelijkheden die variëren in aantal tussen twee en zes. Vervolgens is er per onderdeel een beslissingsboom dewelke leidt tot een subschaalscore. Tenslotte volgt de scorebepaling van de zorggroepen, met daaraan gekoppeld een gemiddelde zorgtijd. Dit is zoals reeds aangegeven de gemiddelde ondersteuningstijd op gebied van zelfredzaamheid. Deze tijden werden vastgesteld door middel van een tijdsstudie (zie paragraaf 2.2). Hierbij zijn vijf mogelijkheden waarbij zorggroep 1 met 101 minuten de groep is met de grootste zorgbehoefte op dit gebied en dus het hoogste aantal zorgminuten. Zorggroep 5 is met 11 minuten de groep met de laagste zorgbehoefte op dit gebied en dus het laagste aantal zorgminuten.

### *4.4. Invulinstructie*

Allereerst dient de rationale van het onderzoek goed gekend te zijn. De schaal dient ter bepaling van de gemiddelde ondersteuningstijd, niet ter bepaling van de zelfredzaamheid van een individuele persoon.

Ten tweede is het bij het invullen van belang dat uitgegaan wordt van een objectieve waarneming van de persoon in een vertrouwde situatie.

Met deze twee aspecten in het achterhoofd moet eerst per item aangeduid worden wat de score van de persoon is: de antwoordmogelijkheden zijn in termen van ondersteuningsnood. Vervolgens moet per subschaal de betreffende beslissingsboom gevolgd worden: men begint bovenaan en gaat na of de stelling juist of fout is, deze stelling is letterlijk te nemen, dus <2 betekent wel degelijk kleiner dan 2 en niet kleiner of gelijk aan 2. Wanneer men de beslissingsboom voor de drie subschalen heeft doorlopen, is het de bedoeling dat aan de hand van deze subschaalscores de zorggroep bepaald wordt. Voor deze bepaling van de zorggroep vertrekt men vanuit de score op de subschaal fysieke mogelijkheden en gaat men verder met de beslissingsboom die bij deze score hoort. Vervolgens gaat men opnieuw na of de stelling juist of fout is. Wanneer in een beslissingsboom over een bepaalde subcategorie geen vraag gesteld wordt, wil dit zeggen dat dit voor deze combinatie niet differentieert. Bijvoorbeeld wanneer de score op de subschaal fysieke mogelijkheden 1 is en op praktisch handelen 4 maakt het geen verschil uit of de zindelijkheid 1, 2 of 3 is, de zorggroep is sowieso 3, de vraag naar zindelijkheid wordt dan ook niet gesteld. Wanneer men de beslissingsboom op deze manier volgt zal uiteindelijk een zorggroep per persoon kunnen bepaald worden.

## 4.5. Schaal Vanden Boer

Naam van de geobserveerde:

Geboortedatum:

IQ:

Instelling:

Observator

Datum:

Tijdsduur van het invullen:

Plaats van het invullen:

### **A. BEPALING VAN DE FYSIEKE MOGELIJKHEDEN**

#### **1. GEZICHTSVERMOGEN**

Onder 'gezihtsvermogen' wordt verstaan: het al dan niet kunnen zien van de persoon.

Volgens deze schaal wordt een persoon als 'blind' gescoord als hij maximaal licht van donker kan onderscheiden.

Volgens deze schaal wordt een persoon als 'niet blind' gescoord als hij meer kan dan licht van donker onderscheiden.

- |                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Is niet blind</li><li>2. Is blind</li></ol> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|

#### **2. MOTORISCHE FUNCTIEBEPERKING**

'Motorische functiebeperking' wijst op het niet doelgericht kunnen bewegen van een of meerdere ledematen.

Motorische functiebeperking: indien de persoon de armen of benen zonder hulp of hulpmiddelen niet kan gebruiken.

- |                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Heeft geen motorische functiebeperking of een motorische functiebeperking aan één arm of één been</li><li>2. Heeft een functiebeperking aan 2 of meerdere ledematen</li></ol> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### **3. TRANSFER**

In deze schaal verwijst transfer naar het zich verplaatsen van de ene op de andere stoel. Het gaat dus om het zich opwerken uit een (rol)stoel en het terug plaatsnemen op een andere (rol)stoel/wc.

'Voert transfer zelfstandig uit' betekent dat de persoon geen hulp of actief toezicht krijgt van een begeleider, noch gebruik maakt van hulpmiddelen.

Onder 'hulpmiddelen' verstaat men: lift, handgreep boven het bed, handgrepen in de toiletkamer, ...

Wanneer deze hulpmiddelen aangereikt worden door een begeleider, wordt dit beschouwd als menselijke hulp en scoort men dus onder de categorie 'met menselijke hulp en hulpmiddelen'.

Onder 'menselijke hulp' verstaat men: actief toezicht houden, elke deelhandeling verbaliseren, fysieke hulp bieden bij de (deel)handeling, ...

'Werkt niet mee tijdens de transfer' betekent dat de persoon uit de stoel wordt geheven of in een andere stoel wordt gezet door een begeleider en niet participeert of helpt in het proces.

De persoon mag dus geen enkele vorm van medewerking bieden om onder deze categorie te vallen.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Voert transfer volledig zelfstandig uit</li><li>2. Voert transfer uit met hulpmiddelen</li><li>3. Voert transfer uit met menselijke hulp maar zonder hulpmiddelen</li><li>4. Voert transfer uit met menselijke hulp en hulpmiddelen</li><li>5. Werkt niet mee tijdens de transfer</li></ol> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### **4. BINNENSHUIS STAPPEN (AMBULANTIE)**

In deze schaal wordt met 'binnenshuis stappen' bedoeld dat de persoon zich binnenshuis van de ene kant van de woning naar de andere kant van de woning (of therapiecentrum of school of ...) kan begeven. Het gaat om stappen op vlak terrein.

'Volledig zelfstandig' betekent dat de persoon geen hulp of actief toezicht krijgt van een begeleider, noch gebruik maakt van hulpmiddelen. Je kijkt hier enkel naar de functie 'binnenshuis stappen'. Hier wordt niet beoordeeld of de zorggebruiker bij dit stappen, rondwandelen in de woning sociale controle, controle omwille van gedrag, ... nodig heeft.

'Menselijke hulp' impliceert een één-één relatie van begeleider en persoon. Voorbeelden zijn: fysieke steun, actief toezicht (bijv. erbij staan omdat de persoon gemakkelijk valt), ... Deze worden beschouwd als hulp indien de persoon alleen stapt met deze hulp. Toezicht omwille van gedrag geldt hier niet als menselijke hulp.

'Hulpmiddelen' houdt onder meer in: beensteunen, spalken, wandelstok, krukken, rugsteun. Ook op de doelgroep toegespitste, ingebouwde aanpassingen aan de infrastructuur (zoals handbaren, bevestigd in de muur) of log, moeilijk te verschuiven meubilair, worden beschouwd als hulpmiddelen indien de persoon enkel stapt door gebruik te maken van deze hulpmiddelen. Orthopedische schoenen worden alleen aanzien als hulpmiddel als de persoon zonder deze schoenen niet kan stappen. Het gebruik van steunzolen valt dus niet in deze categorie.

'Stapt niet' betekent dat de persoon de betreffende woning of ruimte niet kan doorkruisen. Hij/zij mag geholpen worden bij het doen van enkele stappen van bed naar stoel, maar dit alleen geeft geen inhoud aan het stappen (want dit is 'transfer').

1. Stapt volledig zelfstandig
2. Gebruik van hulpmiddelen, maar zonder menselijke hulp
3. Stapt met menselijke maar zonder gebruik van hulpmiddelen
4. Stapt met menselijke hulp en gebruikt hulpmiddelen
5. Stapt niet

### **5. TRAPPEN DOEN**

Met 'trappen doen' wordt het proces bedoeld van het op én af de trap gaan (stappend, maar kan ook kruipend), van de ene verdieping naar de andere. Minimale variaties in vloerhoogte zoals een drempel tussen twee kamers zijn hierbij niet inbegrepen.

'Kan niet op en af de trap' omvat de persoon die:

- enkele treden kan doen maar, ondanks menselijke en/of gebruik van hulpmiddelen, geen volledige trap kan doen;
- geen trappen doet omwille van onbekwaamheid;
- de trap op en/of af wordt gedragen.

Wanneer men in de leefsituatie geen trappen heeft moet die categorie gescoord worden waarvan men vermoedt dat de persoon erin zou scoren moest er wel een trap zijn.

1. Gaat op en af de trap, eventueel met menselijke hulp en/of gebruik van hulpmiddelen
2. Kan niet op en af de trap

### **6. ROLSTOELGEBRUIK**

Met 'rolstoelgebruik' wordt het proces van voortbewegen door middel van één of ander hulpmiddel op wielen bedoeld. Voorbeelden hiervan zijn: rolstoel, ligschelp, kinderwagen,...

Het gaat hier om rolstoelgebruik dat dagdagelijks voorkomt, wanneer enkel gebruik gemaakt wordt van een rolstoel om buitenshuis te gaan, kan dit gescoord worden onder 'mobiliteit buitenshuis'.

'Volledig zelfstandig' betekent dat de persoon geen hulp of actief toezicht krijgt van een begeleider, noch gebruik maakt van hulpmiddelen. Concreet houdt dit in dat de persoon geen hulp nodig heeft bij het passeren van deuren of het nemen van glooiingen en hellingen.

'Menselijke hulp' betekent dat een begeleider de persoon helpt bij het passeren van deuren, aan- of afzetten van de remmen, leren gebruiken van de rolstoel, nemen van glooiingen en hellingen. Ook het buitenshuis duwen omwille van veiligheidsredenen, te lange afstanden, ... valt hieronder.

'Hulpmiddelen' gebruikt bij rolstoelen, zijn aanpassingen van de standaardrolstoel, bijvoorbeeld: éénarmige besturing, elektronische besturing.

'Wordt gereden in eigen rolstoel en werkt in het geheel niet mee' betekent dat de persoon geduwd wordt in een rolstoel. De persoon kan eventueel een meter rijden met zijn rolstoel, maar dit alleen geeft geen inhoud aan het rolstoelgebruik.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Gebruikt (dagdagelijks) geen rolstoel</li><li>2. Gebruikt rolstoel volledig zelfstandig</li><li>3. Gebruikt rolstoel met hulpmiddelen maar zonder menselijke hulp</li><li>4. Gebruikt rolstoel met menselijke maar zonder verdere hulpmiddelen</li><li>5. Gebruikt rolstoel met menselijke hulp en hulpmiddelen</li><li>6. Wordt gereden in rolstoel en werkt in het geheel niet mee</li></ol> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **B. BEPALING VAN HET PRAKTISCH HANDELEN**

### **1. MOBILITEIT BUITENSHUIS**

'Mobiliteit buitenshuis' beschrijft de mate waarin de persoon zich kan verplaatsen (zowel al stappend als door middel van rollend materiaal) buiten zijn woning. Onder woning wordt binnen de leefgroep bedoeld, met andere woorden de keuken, badkamer, woonruimte, slaapkamer. Onder buiten de woning wordt buiten de leefgroep bedoeld, met andere woorden de tuin, het terras, het gebouw waarin de leefgroep zich bevindt, het terrein van de voorziening. Het gaat wel degelijk enkel over vertrouwd terrein. Van zodra het gaat over mobiliteit in vreemde omgeving gaat het over sociale redzaamheid, wat niet gemeten wordt binnen deze schaal.

'Volledig zelfstandig' betekent dat de persoon buiten de woning gaat en terugkeert zonder hulp van een begeleider en zonder gebruik te maken van hulpmiddelen.

'Menselijke hulp' betekent dat één of meerdere begeleiders de persoon helpen als hij/zij buiten de woning gaat door middel van:

- fysieke steun, ook bijvoorbeeld het openen van een deur;
- voortduwen van de rolstoel;
- het dragen van de persoon.

Ook actief toezicht houden valt onder menselijke hulp. Onder actief toezicht verstaan we zowel nabijheid als sociale controle.

'Hulpmiddelen' zijn hulpinstrumenten zoals beensteunen, spalken, wandelstok, krukken en rolstoel. Ook op de doelgroep toegespitste, ingebouwde aanpassingen aan de infrastructuur (zoals handbaren, bevestigd in de muur of omheiningen) komen enkel in aanmerking indien ze ook effectief worden gebruikt door de persoon om zich te verplaatsen buiten de woning. Orthopedische schoenen worden beschouwd als hulpmiddelen indien de persoon enkel kan stappen met deze schoenen.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Gaat volledig zelfstandig buiten de woning</li><li>2. Gaat buiten de woning met hulpmiddelen maar zonder menselijke hulp</li><li>3. Als de persoon zich buiten de woning begeeft, is er menselijke hulp nodig</li></ol> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **2. KLEDEN**

'Kleden' omschrijft het proces van het aandoen, vastmaken en uitdoen van alle soorten kledij die gewoonlijk door de persoon gedragen worden. Het kiezen en bij

elkaar zoeken van de kleding wordt hier buiten beschouwing gelaten. Het aan- en uitdoen van allerlei orthopedische hulpmiddelen (rijglaarzen, korset, ...) wordt eveneens buiten beschouwing gelaten.

'Volledig zelfstandig, eventueel met hulpmiddelen' betekent dat de persoon geen hulp, noch actief toezicht nodig heeft van een begeleider. Personen die gebruik maken van hulpmiddelen worden ook onder deze categorie gescoord.

Met 'hulpmiddelen of aanpassingen' wordt hier bedoeld: speciale truien met ritsluiting of velcro, aangepaste kledij (brede broekspijpen, bh met sluiting vooraan), verlengde schoenlepel, ...

'Met beperkte menselijke hulp' wil zeggen hulp bij het vastmaken van haken, knopen, ritsluitingen, veters, zweedse slotjes, ...

'Wordt gekleed zonder medewerking van de persoon' betekent dat de persoon volledig wordt gekleed door een begeleider.

Elke vorm van medewerking - hoe klein ook - wordt gescoord als 'wordt gekleed met medewerking van de persoon'. Voorbeelden hiervan zijn: het omhoog steken van de armen, benen uitsteken om schoenen aan te kunnen doen, ...

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kleedt zich volledig zelfstandig, eventueel met hulpmiddelen of aanpassingen</li><li>2. Kleedt zich met beperkte menselijke hulp</li><li>3. Kleedt zichzelf mits (verbale) activering en/of aangeven van kledingstuk</li><li>4. Wordt gekleed met medewerking van de persoon</li><li>5. Wordt gekleed zonder medewerking van de persoon</li></ol> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **3. COMMUNICATIE**

'Communicatie' beschrijft het proces van het communiceren van behoeften door eender welk middel. Het gaat hier dus om het kunnen bevestigen/ontkennen of het aangeven van honger, dorst, koude, warmte, ziekte, plasdrang, speelgoedje vragen, aangeven dat men naar buiten wil, ... Het kenbaar maken van één van deze behoeften is voldoende! Het kenbaar maken van lust/onlust, ergens plezier in hebben, iets onaangenaam vinden, ... is niet voldoende.

'Mondeling verbaal' betekent dat de persoon zijn basisbehoeften doeltreffend communiceert met een mondelinge verbale officiële taal.

'Op een andere manier' betekent dat de persoon zijn basisbehoeften hoofdzakelijk communiceert op een andere manier als met een mondelinge verbale taal. Dit kan zowel communiceren zijn met een niet mondelinge taal zijn zoals bijvoorbeeld schrijven, spraakcomputer, gebarentaal, SMOG als communiceren van behoeften zonder taal maar bijvoorbeeld met aanwijzen, losse gebaren, mimiek, klanken.

Indien een persoon zich op beide manieren uit, dient datgene wat het meest op de voorgrond staat aangeduid te worden.

'Goed verstaanbaar' betekent dat de omgeving van de persoon (dus de opvoeders, ouders, ...) hem/haar op een vlotte tot minder vlotte manier begrijpt.



'Slecht verstaanbaar' betekent dat de omgeving van de persoon (dus de opvoeders, ouders, ...) hem/haar moeilijk tot zeer moeilijk kan begrijpen.

'Communiqueert geen behoefte' betekent dat de persoon noch verbaal, noch non-verbaal zijn behoefte(n) communiqueert.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Communiqueert behoefte(n) mondeling verbaal, goed verstaanbaar</li><li>2. Communiqueert behoefte(n) mondeling verbaal, slecht verstaanbaar</li><li>3. Communiqueert behoefte(n) hoofdzakelijk op een andere manier, goed verstaanbaar</li><li>4. Communiqueert behoefte(n) hoofdzakelijk op een andere manier, slecht verstaanbaar</li><li>5. Communiqueert geen behoefte(n)</li></ol> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### **4. ETEN/VOEDEN**

'Eten/Voeden' is het proces van voedsel in het lichaam brengen, op eender welke manier vanuit eender welk soort bord. Dit item richt zich op het proces eten/voeden tijdens het hoofdgerecht van het middagmaal.

Onder 'voorbereidende hulp' wordt onder meer verstaan: het eten snijden, mixen, malen, ...

Onder 'gedeeltelijke hulp tijdens het eten zelf' wordt onder meer verstaan: het regelmatig aanbieden van de lepel, het verbaliseren van een (deel)handeling, ... Wordt zowel voor als tijdens het eten hulp geboden, dan moet in deze categorie gescoord worden.

Wanneer een persoon gevoed wordt omwille van gedrag, mag dit enkel gescoord worden onder 'wordt gevoed' wanneer altijd op deze manier eten wordt gegeven. Wanneer de persoon slechts sporadisch (in slechte periodes) wordt gevoed omwille van gedrag, wordt dit aanzien als een gedragsaanpak en mag dit hier niet gescoord worden.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Eet volledig zelfstandig</li><li>2. Eet zelfstandig, mits voorbereidende hulp</li><li>3. Eet zelfstandig, mits gedeeltelijke hulp tijdens het eten zelf</li><li>4. Wordt gevoed</li><li>5. Krijgt voeding via een sonde</li></ol> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### **5. TOILETGEBRUIK**

'Toiletgebruik' verwijst naar het proces van het van en naar het toilet (wc) gaan, het plaatsnemen op de wc voor eliminatie van stoelgang en urine, van de wc afkomen, het zich reinigen na eliminatie en het zich aan- en uitkleden. Ook het gebruik van bedpan of urinaal hoort hieronder. Of de persoon zindelijk is of niet, maakt in dit item niet uit; zie volgend item.

'Volledig zelfstandig' betekent dat de persoon geen actieve hulp of actief toezicht krijgt van een begeleider, noch gebruik maakt van hulpmiddelen.

'Menselijke hulp' betekent actief toezicht ofwel hulp bij:

- het naar en terug van het toilet gaan;
- het in orde brengen van de kledij;
- het op en af gaan van de wc-zit;
- het reinigen na eliminatie.

'hulpmiddelen' zijn:

- aangepaste wc's of wc-zitten (bv. verhoogd toilet);
- handbaren/grijpbaren naast het toilet;
- rolstoel;
- buikriem.

'Maakt geen gebruik van toilet' betekent dat de persoon andere middelen gebruikt voor eliminatie dan het toilet, zoals luier, ...

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Gebruikt het toilet volledig zelfstandig</li><li>2. Gebruikt het toilet met hulpmiddelen maar zonder menselijke hulp</li><li>3. Gebruikt het toilet met menselijke hulp al dan niet met hulpmiddelen</li><li>4. Maakt geen gebruik van het toilet</li></ol> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **C. ZINDELIJKHEID**

'Zindelijkheid' wordt hier beperkt tot zindelijkheid overdag.

Let op: iemand met gemiddeld meer dan één 'ongelukje' per week wordt gescoord als onzindelijk.

Onder 'actief zindelijk' verstaat men dat de persoon een noodsignaal herkent en zijn behoefte op het toilet doet, al dan niet met menselijke hulp.

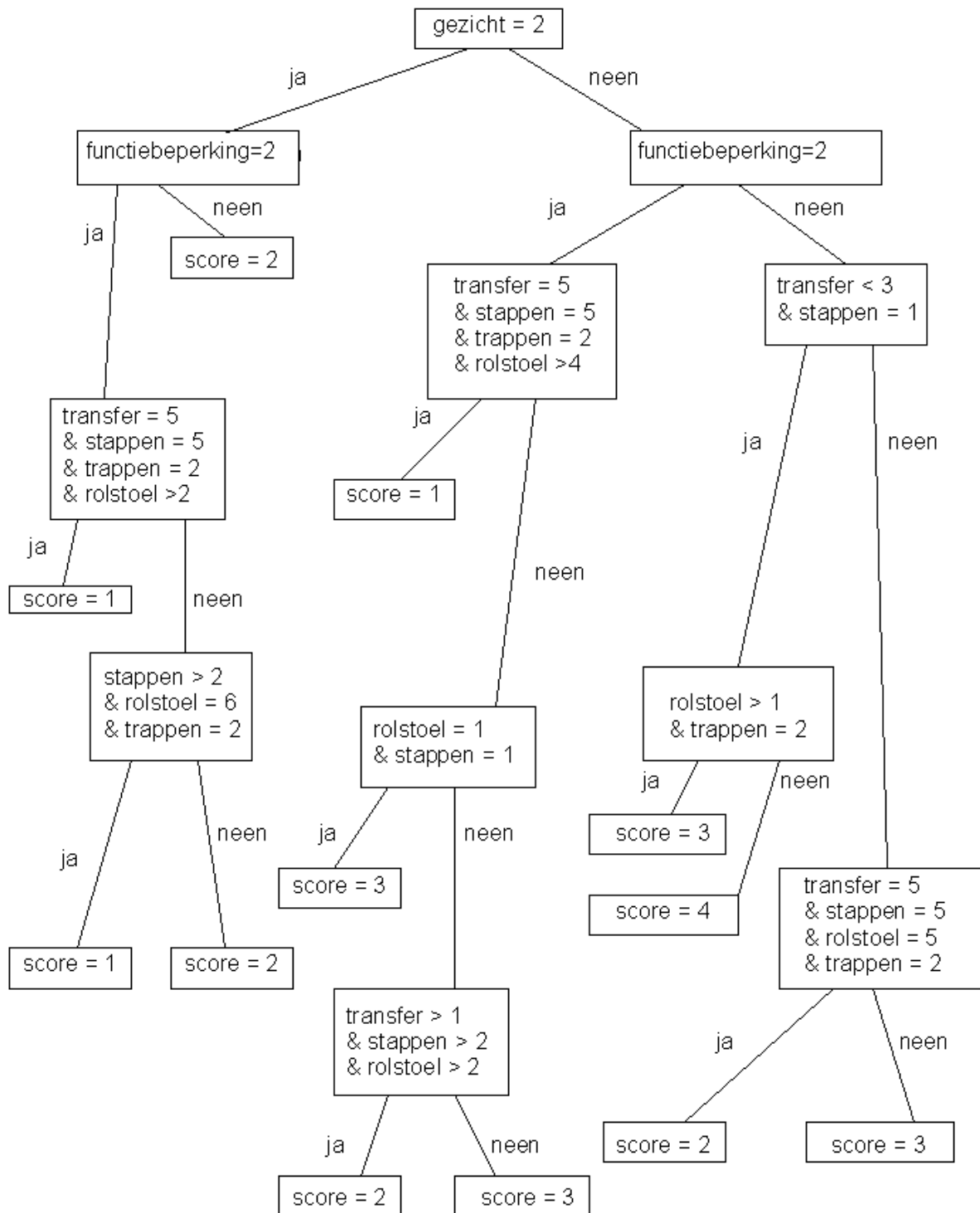
Onder 'passief zindelijk' scoort een persoon die geen noodsignaal herkent, maar geconditioneerd is om op wel bepaalde tijdstippen zijn behoefte te doen, al dan niet met verdere menselijke hulp.

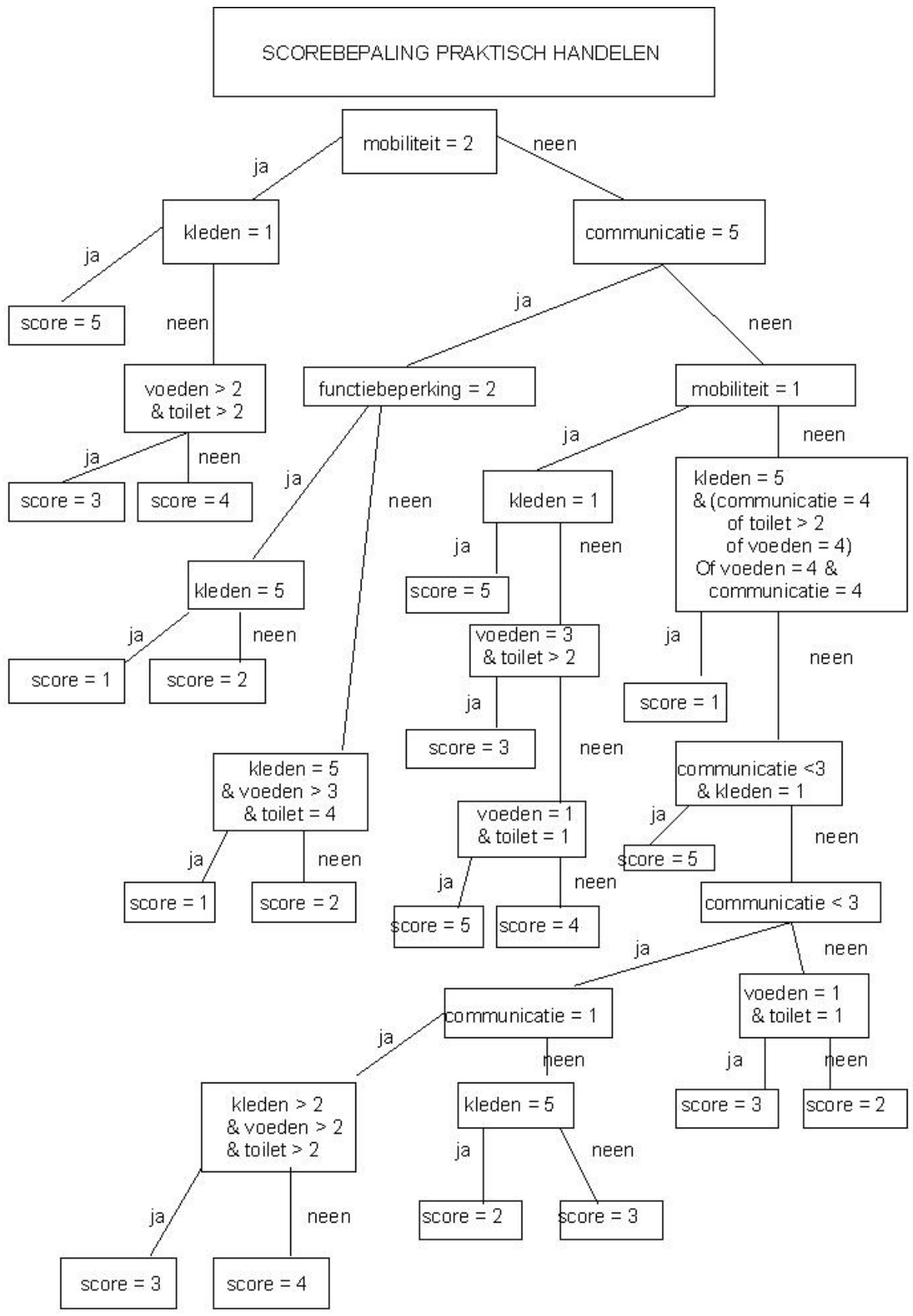
Zorggebruikers die wel een noodsignaal herkennen en gebruik maken van een toilet, maar omwille van gedragsproblemen of nood aan structuur vaste potmomenten opgelegd krijgen, scoren we ook onder 'passief zindelijk'.

'Onzindelijk' is iemand die geen noodsignaal herkent en niet geconditioneerd is om zijn behoefte op het toilet te doen. Men doet dus zijn behoefte onwillekeurig. Ook mensen die gemiddeld meer dan één keer per week een 'ongelukje' hebben, worden als onzindelijk beschouwd.

- |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Onzindelijk</li><li>2. Passief zindelijk</li><li>3. Actief zindelijk</li></ol> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## SCOREBEPALING FYSIEKE MOGELIJKHEDEN





## SCOREBEPALING ZINDELJKHEID

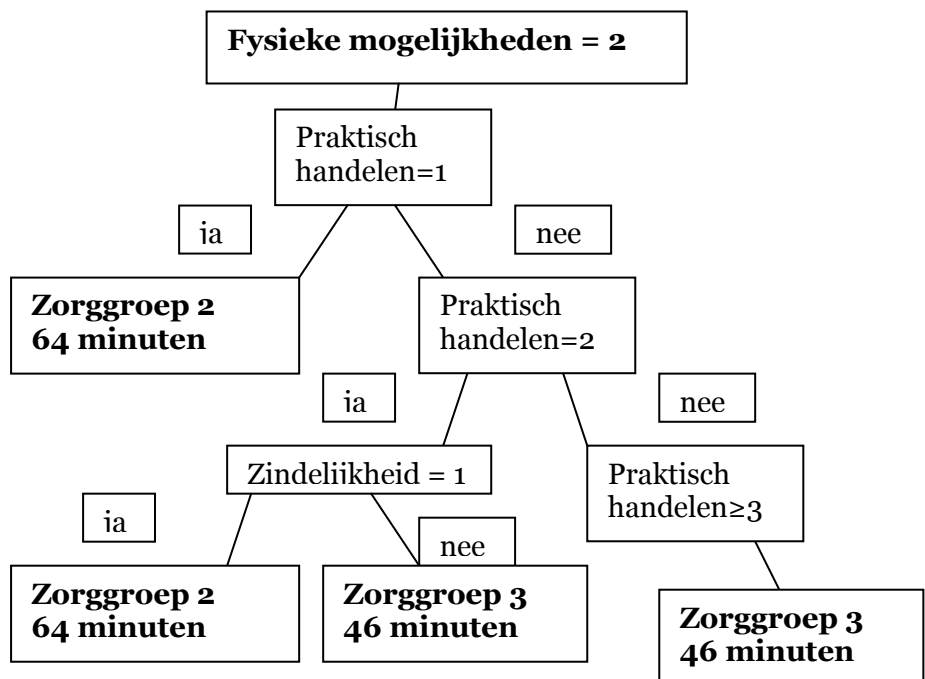
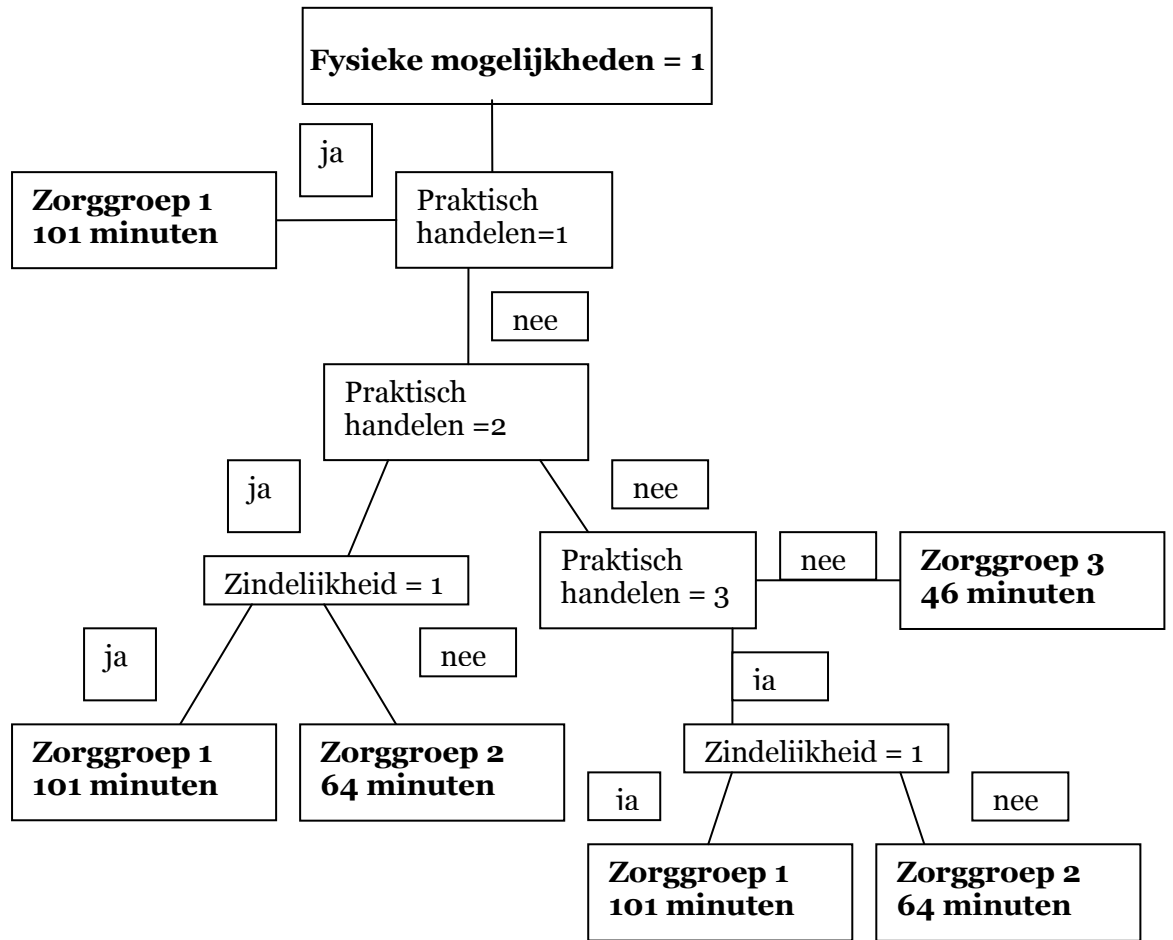
Onzindelijk = 1

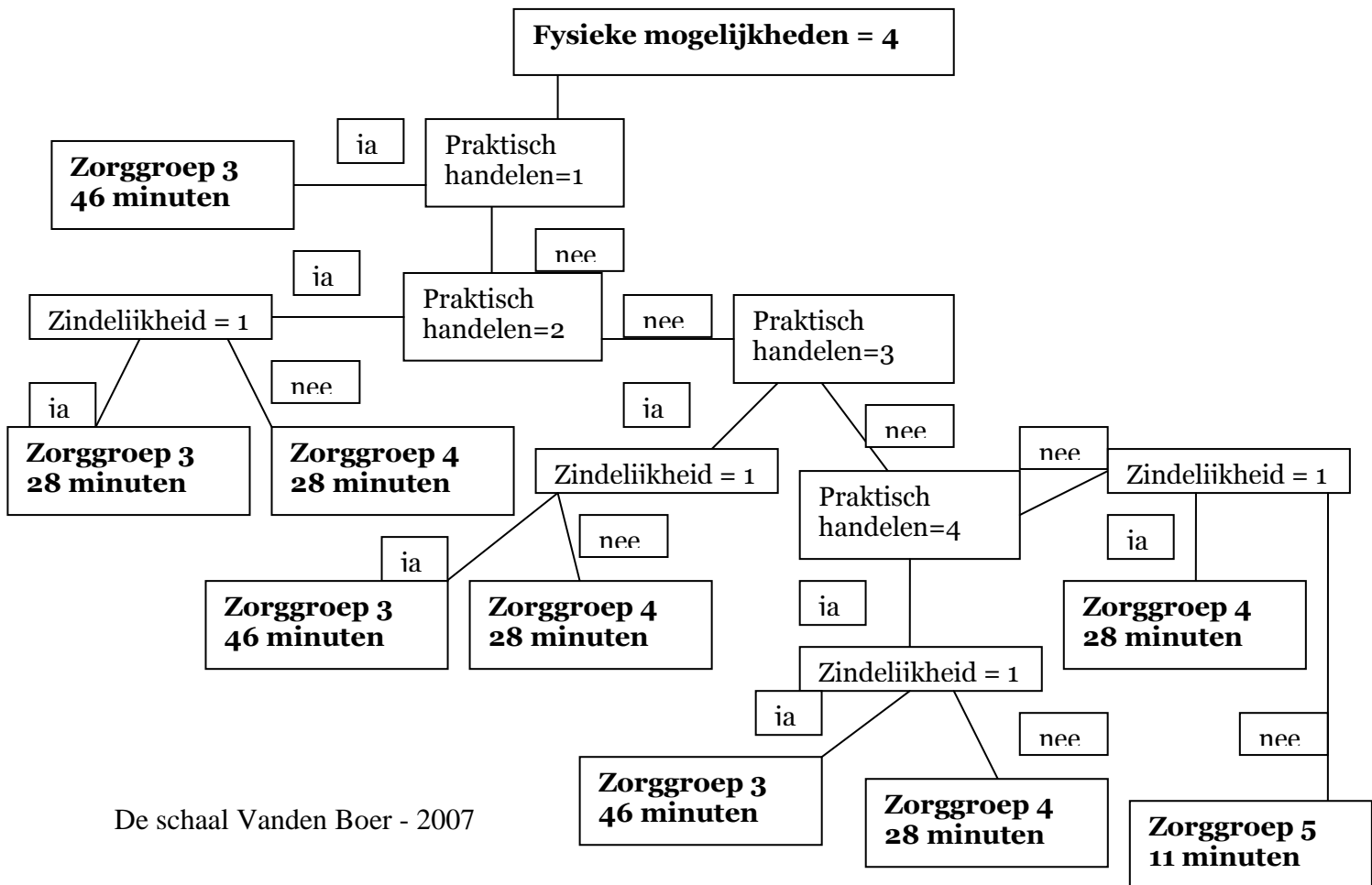
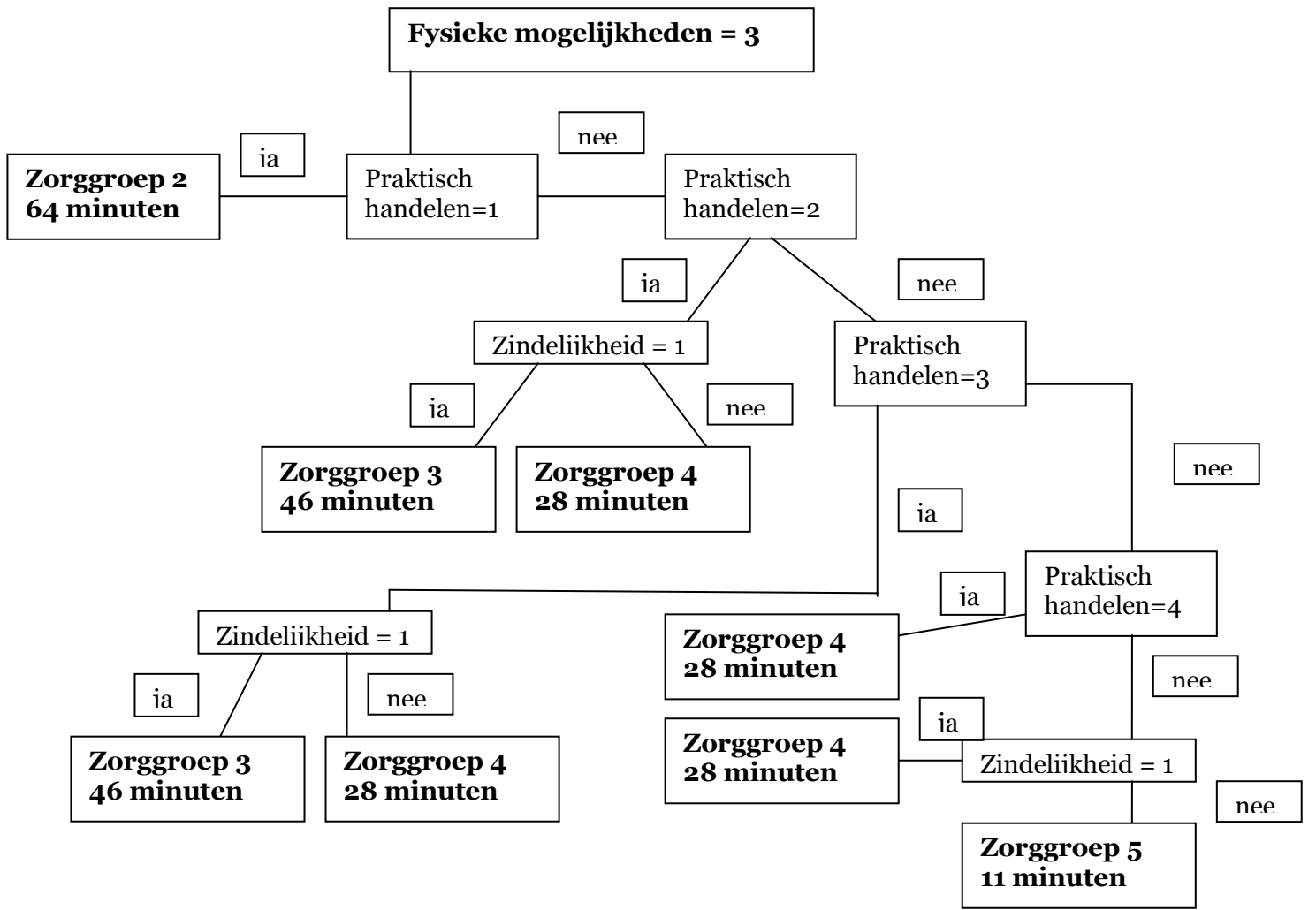
Passief zindelijk = 2

Actief zindelijk = 3

## SCOREBEPALING ZORGGROEPEN

Instructie: Vertrek vanuit de score op de subschaal Fysieke mogelijkheden en ga verder met de beslissingsboom die bij deze score hoort. Wanneer er geen vraag naar zindelijkheid wordt gesteld wil dit zeggen dat dit voor deze combinatie niet differentieert.





## Referenties

AAIDD (n.d.). *AAIDD Definition* [WWW document]. Afgehaald van het WWW op 19 februari 2008: [http://www.aamr.org/Policies/faq\\_mental\\_retardation.shtml](http://www.aamr.org/Policies/faq_mental_retardation.shtml)

Switten S. & Danckers V. (1998). *Definiëring van de nursingpopulatie: onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de Guy Vanden Boer-schaal*. Niet gepubliceerd rapport vzw Stijn.

Vandeberg, M. (1998). *Naar een differentiëring in de populatie van dagcentra: Onderzoek naar de bruikbaarheid van de schaal Guy Vanden Boer in dagcentra*. Niet gepubliceerd rapport vzw Stijn.

Vanden Boer, G. (1986). *Bepaling van de zorgbehoefte van ernstig tot diep mentaal gehandicapten, teneinde ze te groeperen naar hun zorgafhankelijkheid, met het oog op een flexibele staffing van de leefgroepen*. Niet gepubliceerde licentiaatsverhandeling Katholieke Universiteit Leuven, faculteit Geneeskunde, Leuven

Vanden Boer, G., Verbeek, W., & Delesie, L. (1987). Bepaling van de zorgbehoefte van ernstig tot diep mentaal gehandicapten. *Acta Hospitalia*, 1, 47-69.

Vanheule, S. & Danckers, V. (1999). Betrouwbaarheid en validiteit van de Vanden Boer schaal. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische kinderpsychologie*, 24, 73-79.