



KWALITEITSCENTRUM  
DIAGNOSTIEK<sup>VZW</sup>

# IZIKA & IZIIK

Advies betreffende de  
implementatie in Vlaanderen



KWALITEITSCENTRUM  
DIAGNOSTIEK<sup>vzw</sup>

### **Verantwoordelijke uitgever**

Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw  
Henegouwenkaai 29, bus 12 – 1080 Brussel

Editie november 2016

### **Redactie en wetenschappelijk onderzoek**

Julie De Ganck  
Nathalie Schouppe

### **Grafische vormgeving**

Lucas Huyskes

[www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be](http://www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be)



**Vlaanderen**  
is zorgzaam samenleven

# Inhoudsopgave

<b>Situering adviesvraag</b>	<b>1</b>
Geraadpleegde onderzoeksrapporten	2
<b>Beschrijving van de instrumenten en resultaten onderzoeksrapporten</b>	<b>4</b>
Beschrijving van de IZIKA en de IZIJK	4
Psychometrische eigenschappen: betrouwbaarheid en validiteit	5
Betrouwbaarheid	5
Validiteit	8
Knelpunten	9
Handicapspecifieke casussen	9
Geen overeenstemming ingeschaalde zorgniveau en typemodules NRTJ	9
Meerwaarde	10
Interpretatiemoeilijkheden	10
Onafhankelijke rekenregels	11
Contact met cliënt	11
<b>Advies met betrekking tot een algemene implementatie van de IZIKA en IZIJK</b>	<b>12</b>
<b>Referenties</b>	<b>13</b>

# Situering adviesvraag

Dit advies heeft betrekking op het gebruik van het **instrument ter bepaling van de zorgintensiteit voor kinderen en adolescenten (IZIKA)** en het **instrument ter bepaling van de zorgintensiteit voor infants en kleuters (IZIJK)** binnen de vernieuwde aanvraagprocedure voor het bekomen van niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp (NRTJ).

In het kader van een aanmelding bij de intersectorale toegangspoort wordt namelijk het op objectieve wijze onderzoeken van de zorgintensiteit als één van de kernopdrachten van multidisciplinaire teams (MDTs) gezien (artikel 35, Besluit Vlaamse Regering betreffende de integrale jeugdhulp). Hiervoor dient het MDT gebruik te maken van instrumenten die gevalideerd zijn door een Vlaams centrum met expertise inzake diagnostiek, indicatiestelling en zorginschaling (artikel 25, Decreet Integrale Jeugdhulp). Met dit adviesrapport gaat het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw in op de vraag van het Agentschap Jongerenwelzijn om aanbevelingen te formuleren betreffende de betrouwbaarheid, validiteit en inzetbaarheid van de IZIKA en de IZIJK in Vlaanderen.

Verskillende onderzoeken gingen deze adviesvraag vooraf. Deze onderstaande onderzoeksrapporten vormden dan ook de basis bij de motivering van het voorliggende advies.

# Geraadpleegde onderzoeksrapporten

**1. Stroobants, T., Vanderfaeillie, J., & Van Audenhove, C. (2011).** Zorgintensiteit-/zorgzwaartebeoordeling bij minderjarigen in de intersectorale toegangspoort NRTJ: zoektocht naar een instrumentarium. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Op basis van een literatuurstudie en vergelijking van bestaande zorgintensiteitsinstrumenten enerzijds, en intersectorale focusgroepen over het gebruik van dergelijke instrumenten anderzijds, adviseerden Stroobants, Vanderfaeillie, en van Audenhove (2011) het gebruik van de IZIKA en IZIJK als instrumenten om de zorgintensiteit te bepalen binnen de werking van de intersectorale toegangspoort. Bij deze aanbeveling formuleerden de auteurs een aantal aandachtspunten. Er werd gewezen op de beperkte evidentie ten aanzien van de betrouwbaarheid en validiteit van beide instrumenten. Stroobants et al. adviseerden daarom extra onderzoek in Vlaanderen. Tevens werd vastgesteld dat de IZIKA enkel geschikt is voor de bepaling van de zorgintensiteit voor de zorgdimensie gericht op de behandeling van problemen (cure), en niet voor de ondersteuning van minderjarigen met een beperking om zo adequaat mogelijk te functioneren (care). De auteurs stelden de Inventory for Client and Agency Planning (ICAP) voor als alternatief om ook de zorgintensiteit van deze laatste zorgdimensie in te schalen.

**2. De Clippele, T., Deboutte, D., & van West, D. (2013).** Herwerking van het Instrument ter bepaling van de intensiteit van zorg voor kinderen en adolescenten (IZIKA-CASII) en van het instrument voor infants en kleuters (IZIJK-ESCII) voor gebruik i.f.v. de Intersectorale Toegangspoort. Universiteit Antwerpen Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI).

In het onderzoek van De Clippele, Deboutte, en van West (2013) werden de psychometrische eigenschappen van beide instrumenten nagegaan aan de hand van een systematische literatuurstudie. Tevens herwerkte De Clippele et al. de IZIKA en de IZIJK om beide instrumenten gebruiksvriendelijk te maken voor alle sectoren van de Integrale Jeugdhulp. De auteurs adviseerden bijkomend validiteits- en betrouwbaarheidsonderzoek aangaande de nieuwe herwerkte versies van IZIKA en IZIJK.

**3. Peeters, A., Vanderfaeillie, J., & van West, D. (2015).** Experimenteel traject voor de ingebruikname van het Instrument ter bepaling van de intensiteit van zorg voor kinderen en adolescenten (IZIKA) en het Instrument voor infants en kleuters (IZIJK) voor gebruik in functie van de Intersectorale Toegangspoort. Vrije Universiteit Brussel.

In het onderzoeksproject van Peeters, Vanderfaeillie, en van West (2015) werd de experimentele ingebruikname van de IZIJK en IZIKA nagegaan in de proefregio Oost-Vlaanderen. De deelnemers van het onderzoeksproject waren leden van het team indicatiestelling en van verschillende MDTs van Oost-Vlaanderen. Volgende onderzoeksvragen werden onderzocht: (1) Hoe zijn de IZIKA en de IZIJK geïmplementeerd in erkende MDTs en de teams indicatiestelling van de Intersectorale Toegangspoort? (2) Wat is de kwaliteit van de ingevulde IZIKA en IZIJK? (3) Wat is het verband tussen het ingeschaalde zorgniveau en het indiceren van rechtstreeks/niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp? (4) Welke factoren spelen een rol in de kwaliteit van de ingevulde IZIKA of IZIJK? (5) Welke bijkomende maatregelen zijn nodig om de inzet van de IZIKA en IZIJK in het aanvraagproces van niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp maximaal te laten renderen? (6) Wat zijn aanbevelingen voor een veralgemeende ingebruikname van de IZIKA en de IZIJK in alle erkende MDTs?

**4. Diels, V., & Van Puyenbroeck (2015).** Onderzoek naar de validiteit van het IZIKA en IZIJK-instrument voor de doelgroep kinderen en jongeren met een handicap. Odisee hogeschool.

Parallel aan het onderzoek van Peeters et al. (2015) liep tevens een onderzoeksproject dat de inhouds- en criteriumvaliditeit van beide instrumenten onderzocht bij de doelgroep kinderen en jongeren met een handicap (Diels & Van Puyenbroeck, 2015). Volgende twee onderzoeksvragen stonden in dit onderzoek centraal: (1) Welke elementen die de zorgintensiteit voor kinderen en jongeren met een handicap (mee) bepalen, zoals bekend uit literatuur en praktijkervaring van deskundigen uit Vlaamse context, worden al dan niet bevraagd in de IZIKA/IZIJK? (2) Kan een score op de IZIKA/IZIJK een voldoende ordinale inschatting maken van de zorgintensiteit van kinderen en jongeren met een handicap?

**5. Evaluatieverslag experimenteel traject IZIJK/IZIKA.** OSD Jongerenwelzijn Oost-Vlaanderen.

OSD Oost-Vlaanderen fungeerde als één van de deelnemende MDTs die in het kader van het onderzoek van Peeters et al. (2015) de IZIKA en IZIJK in de praktijk implementeerden. Het evaluatieverslag betreft een interne beoordeling van dit experimenteel traject IZIJK/IZIKA.

# Beschrijving van de instrumenten en resultaten onderzoeksrapporten

## Beschrijving van de IZIKA en de IZIJK

De IZIKA is een officiële vertaling van het **Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII)** van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2005) en kan bij kinderen en jongeren vanaf de leeftijd van 6 jaar ingezet worden om de zorgnood en -intensiteit te bepalen en te kwantificeren voor het kind en zijn leefomgeving (Deboutte, 2014a). Hiertoe evalueert de IZIKA zes belangrijke levensdomeinen of dimensies: (i) het risico op slachtofferschap, gevaar voor zichzelf of anderen, (ii) het leeftijdsadequaat functioneren, (iii) de aanwezigheid van problemen op meerdere domeinen (comorbiditeit), (iv) de leefomgeving, (v) de veerkracht en effect van (eerdere) zorg, en (vi) de betrokkenheid op zorg. Elk levensdomein krijgt een score op één van de zes functioneringsniveaus (i.e., een vijfpuntenschaal gaande van 'optimaal' tot 'ernstig'). Het zorgniveau wordt bepaald door het totaal van de zes domeinscores en enkele onafhankelijke rekenregels.

De IZIJK is een geautoriseerde vertaling van het **Early Childhood Service Intensity Instrument (ECSII)** van de AACAP (2008) ontwikkeld ter bepaling van de zorgintensiteit bij infants en kleuters tot en met vijf jaar (Deboutte, 2014b). Voor het bepalen van de zorgintensiteit evalueert de IZIJK zes belangrijke levensdomeinen: (i) de graad van veiligheid, (ii) de relatie kind – zorgfiguur, (iii) de leefomgeving, (iv) het functionerings- of ontwikkelingsniveau, (v) de impact van medische, ontwikkelings- of emotionele/gedragsproblemen, en (vi) het profiel van de hulpverlening. Naar analogie met de IZIKA krijgt elk van de levensdomeinen een score op één van de vijf functioneringsniveaus (i.e., een vijfpuntenschaal gaande van 'optimaal' tot 'ernstig'). Het zorgniveau wordt bepaald door de som van de domeinscores en enkele onafhankelijke rekenregels.

# Psychometrische eigenschappen: betrouwbaarheid en validiteit

## Betrouwbaarheid

Tabel 1 geeft een overzicht van de resultaten van de bestaande Vlaamse betrouwbaarheids-onderzoeken. Bij al deze onderzoeken werd enkel de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid<sup>1</sup> nagegaan. Voor beide instrumenten werden dus geen andere betrouwbaarheidsgegevens verstrekt zoals de interne consistentie en de test – hertest betrouwbaarheid.

In het onderzoeksrapport van De Clippele et al. (2013) wordt melding gemaakt van twee Vlaamse studies die onderzoek deden naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de IZIKA. In een eerste studie naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de IZIKA werden 5 standaardvignetten gescoord door 178 clinici die verder opgedeeld werden naar sector<sup>2</sup>, opleidingsniveau en aantal jaren training. De tweede studie onderzocht voor 62 casussen de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen 3 sectoren<sup>3</sup>. Voor de IZIJK beschreven De Clippele en collega's tevens twee Vlaamse betrouwbaarheidsstudies. In de eerste studie scoorden 13 beoordelaars (psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers) acht klinische vignetten aan de hand van de IZIJK. In een tweede studie scoorden 15 beoordelaars uit verschillende sectoren<sup>4</sup> drie standaardvignetten en twee klinische vignetten.

In het onderzoek van Peeters et al. (2015) werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nagegaan door de 28 deelnemers aan de focusgroepen<sup>5</sup> een casus te laten scoren met de IZIKA en de 27 deelnemers aan de terugkomdagen<sup>5</sup> twee casussen te laten scoren aan de hand van de IZIKA of IZIJK. Verder kregen alle deelnemende MDT-leden uit Oost-Vlaanderen de opdracht de instrumenten systematisch in de praktijk te gebruiken en elke aanvraag voor niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp (A-document) te vergezellen van een IZIKA/IZIJK. In totaal werden 154 A-documenten verzameld. Deze A-documenten werden vervolgens door onderzoeker Peeters gescoord met behulp van de IZIKA/IZIJK, zodat opnieuw een maat voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid kon berekend worden.

---

1 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid houdt verband met de mate waarin een meting door onafhankelijke beoordelaars overeenkomt (Beurskens, van Peppen, Stutterheim, Swinkels, & Wittink, 2008).

2 Agentschap Jongerenwelzijn, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Gemeenschapsinstellingen voor Bijzondere Jeugdbijstand

3 Agentschap Jongerenwelzijn, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, en Kinder- en Jeugdpsychiatrie

4 Kind en Gezin (n=10), Centrum voor Integrale Gezinszorg (n=3), en Pleegzorg (Agentschap Jongerenwelzijn) (n=2)

5 MDT-leden uit de proefregio Oost-Vlaanderen



In het onderzoek van Diels en Van Puyenbroeck (2015) werden 30 A-documenten met een handicapspecifieke aanvraag voor NRTJ ook opnieuw gescoord door de onderzoeker om nogmaals een maat van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te genereren.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd in de verschillende onderzoeken nagegaan aan de hand van intra-class correlatie coëfficiënten (ICC) of Cohen's kappa. In de wetenschappelijke literatuur wordt een ICC van .30 of minder beschouwd als een slechte overeenkomst, een ICC van .31 tot .50 als een matige overeenkomst, een ICC van .51 tot .70 als een voldoende overeenkomst, en een ICC van groter dan .70 als een goede interbeoordelaarsovereenkomst (Eijgenraam et al., 2008; Van Yperen, Roosma, & Veerman, 2008). Een Cohen's kappa van minder dan 0.20 wordt geïnterpreteerd als een geringe overeenstemming, een kappa van 0.21 tot 0.40 als een relatieve overeenkomst, een kappa van 0.41 tot 0.60 als een matige overeenkomst, een kappa van 0.61 tot 0.80 als een goede overeenkomst en een kappa groter dan 0.81 als een bijna perfecte of perfecte overeenkomst (Landis & Koch, 1977).

Zoals blijkt uit Tabel 1 zijn **de resultaten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheidsanalyses gemengd**. Over het algemeen kan op basis van bovenstaande criteria besloten worden dat de IZIIK en IZIKA op het niveau van het zorgniveau en de totaalscore een voldoende tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hebben. Toch zijn hier ook uitzonderingen op. In het onderzoeksrapport van De Clippele et al. (2013) werd melding gemaakt van een studie met een slechte interbeoordelaarsbetrouwbaarheid op het niveau van de totaalscore. Ook in het evaluatierapport van OSD werd getwijfeld aan de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, maar dit werd in deze evaluatie niet experimenteel getest. Een andere belangrijke uitzondering is de geringe (Diels & Van Puyenbroeck, 2015) tot matige (Peeters et al., 2015) interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de instrumenten bij handicapspecifieke casussen.

Verder toonden de verschillende studies aan dat zowel bij de IZIIK als de IZIKA bepaalde dimensies slechts een geringe of matige interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hebben. Over welke dimensies het specifiek ging, varieerde van studie tot studie. Bij de IZIKA werd in één of meerdere studies voor de dimensies 'comorbiditeit', 'leeftijdsadequaate functioneren', 'gevaar', 'stressoren' en 'veerkracht' een lagere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gevonden. Bij de IZIIK betrof het de dimensies 'functioneringsniveau', 'stressoren', 'protectieve factoren', 'impact problemen', 'kind betrokkenheid' en 'zorgfiguur betrokkenheid'.

Als algemene kritische noot willen we aan bovenstaande resultaten inzake de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nog het volgende toevoegen. Zoals eerder aangegeven, werd in de onderzoeksrapporten, conform de wetenschappelijke literatuur, aangenomen dat de ICC ten minste .70 moet zijn om te kunnen spreken van een voldoende tot goede betrouwbaarheid. Deze criteria gelden voor het gebruik van een meetinstrument bij groepen cliënten. Echter, voor het gebruik van een meetinstrument bij individuele cliënten in de klinische/diagnostische praktijk dient de ICC ten minste .90 te zijn om te kunnen spreken van een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Beurskens et al., 2008; Streiner & Norman, 2003). Bij de interpretatie van de bestaande betrouwbaarheidsonderzoeken werd dus een minder stringent criterium gehanteerd. Gezien de IZIKA en IZIIK op individueel niveau uitspraken doet over de vereiste zorgintensiteit lijkt het evenwel wenselijk striktere criteria te gebruiken en kan men stellen dat de huidige interpretatie van de resultaten in feite een te positieve inschatting inhoudt van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de instrumenten.

Tabel 1. *Overzicht resultaten Vlaamse interbeoordelaarsbetrouwbaarheidsstudies. Een onderscheid wordt gemaakt tussen handicapspecifieke casussen (H) en niet-handicapspecifieke casussen (NH), gescoord met de IZIHK of IZIKA. Indien van toepassing worden intra-class correlatie coëfficiënten (ICC) of Cohen's kappa weergegeven voor de zorgniveau, totaalscores en dimensiescores. Niet-gearceerde cellen wijzen op een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC > .70). Gearceerde cellen wijzen op een geringe (Cohens kappa < .20 of ICC < .30), matige (ICC = .31 - .50) tot voldoende (ICC = .51 - .70) interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.*

			N	Maat	Zorgniveau	Totaalscore	Dimensiescores
De Clippele, Deboutte, en Van West (2013)	8 klinische casussen	IZIHK (NH)	13	ICC	.88	.14	.25 - .92
	2 klinische en 3 standaardcasussen	IZIHK (NH)	15	ICC	.68	.69	.35 - .75
	5 standaardcasussen	IZIKA (NH)	178	ICC	.74	.84	.29 - .79
	62 casussen netwerktafels	IZIKA (NH)	*a	ICC	.48 - .71 <sup>a</sup>	.76 - .82 <sup>a</sup>	.38 - .90 <sup>a</sup>
Peeters, Vanderfaellie, en Van West (2015)	Casus 1	IZIKA (NH)	28	ICC	* b	* b	.714
	Casus 2 en 3	IZIHK (NH)	27	ICC	.863 <sup>c</sup>	.602 <sup>c</sup>	.501
		IZIKA (H)	27	ICC			.313
	A-documenten	IZIHK (H)	20	ICC	.853	.929	.631 - .949 <sup>d</sup>
		IZIHK (NH)	29	ICC	.783	.847	.570 - .966 <sup>d</sup>
		IZIKA (H)	13	ICC	.458	.824	.386 - .906 <sup>d</sup>
	IZIKA (NH)	92	ICC	.933	.944	.817 - .927 <sup>d</sup>	
Diels en Van Puyenbroeck (2015)	A-documenten	IZIHK (H)	20	Gewogen kappa	0.194	-	-
		IZIKA (H)	10	-	- <sup>e</sup>	-	-
Evaluatienota OSD	Toegepast op elke nieuwe aanmelding binnen OCJ en SDJ	IZIHK IZIKA	20 61	Evaluatieformulier (kwalitatief)	"Wanneer op grond van dezelfde informatie de teamleden de IZIHK of IZIKA apart invullen, dan verschillen de scores"		

**a** In dit onderzoek vulden verschillende gepaarde sectoren (JW-VAPH; JW-KJP; VAPH-KJP) IZIKA's in. Een range van ICC-coëfficiënten wordt gegeven over de verschillende gepaarde sectoren heen.

**b** Een berekening van ICC voor het zorgniveau en de totaalscore was statistisch niet mogelijk. Een descriptieve analyse wees uit dat er geen overeenkomst was tussen het aanbevolen zorgniveau (4) en het door de deelnemers gescoorde zorgniveau (5). Een *t*-toets gaf verder aan dat er een marginaal significant verschil was tussen de aanbevolen totaalscore (20) en de gemiddelde totaalscore (21.07).

**c** Een berekening van ICC voor het zorgniveau en de totaalscore van de IZIHK en IZIKA apart was statistisch niet mogelijk.

**d** De range van ICC-coëfficiënten over de verschillende dimensiescores wordt weergegeven.

**e** Een berekening van gewogen kappa was wegens het klein aantal observaties niet mogelijk. Het percentage overeenkomst van het geïndiceerde zorgniveau tussen de onderzoeker en inschalingen door MDTs was 20%. De geïndiceerde zorgniveaus liepen sterk uiteen.

## Validiteit

Vlaams onderzoek naar de validiteit van de IZIKA en de IZIJK is gering. Het bestaand onderzoek kan onderverdeeld worden in onderzoek naar de inhoudsvaliditeit<sup>6</sup>, begripsvaliditeit<sup>7</sup> en criteriumvaliditeit<sup>8</sup> van beide instrumenten.

Diels en Van Puyenbroeck (2015) onderzochten de inhoudsvaliditeit van de IZIKA en IZIJK voor kinderen en jongeren met een handicap. Uit deze studie bleek dat de IZIKA en IZIJK, in vergelijking met andere bestaande instrumenten, bijna alle indicatoren van zorgzwaarte/zorgintensiteit bevragen. Op basis van de resultaten uit de focusgroepen werden echter een aantal **aandachtspunten** geformuleerd bij het **gebruik van de instrumenten bij een handicapspecifieke doelgroep**. Deze opmerkingen hadden onder meer betrekking op de inhoud van de dimensies en de gebruikte terminologie die te weinig aangepast zijn aan een handicapsituatie. Verder was de voornaamste opmerking van de deelnemers aan de focusgroepen dat zij de kindgerelateerde factoren belangrijker achtten dan de contextgerelateerde factoren bij het inschalen van de zorgintensiteit van kinderen en jongeren met een handicap. Dit in tegenstelling tot de IZIKA en IZIJK die uitgebreider contextfactoren in rekening brengen, dan kindfactoren.

Verder rapporteerden De Clippele et al. (2013) onderzoeksresultaten aangaande de begripsvaliditeit (convergente validiteit) van de IZIKA. In deze studie werden correlaties nagegaan tussen IZIKA-scores (dimensiescores, totaalscore en zorgniveau) en scores op meetinstrumenten die gelijkaardige constructen beogen te meten: i.e., de Child Global Assessment Scale (C-GAS; Shaffer et al., 1983) en de Strengths and Difficulties Questionnaire – Parent/Self-report (SDQ; Goodman, Ford, & Simmons, 2000). De grootte van deze correlaties varieerde van klein tot matig tot groot. Op basis van deze resultaten concludeerden De Clippele et al. dat er een **beginnende evidentie is voor een matige begripsvaliditeit van de IZIKA**. Dit betrof echter de oude versie van de IZIKA, nog voor deze herwerkt en gebruiksklaar gemaakt werd door De Clippele et al. (2013).

Als laatste onderzochten Diels en Van Puyenbroeck (2015) de criteriumvaliditeit van de IZIJK en IZIKA, opnieuw specifiek voor een doelgroep van kinderen en jongeren met een handicap. In dit onderzoek lieten ze experts 90 klinische dossiers (30 per type beperking) rangordenen op de mate van zorgintensiteit/zwaarte. Vervolgens werd de correlatie nagegaan tussen deze 'gouden standaard', en de scores op de IZIKA of IZIJK. De resultaten toonden een **slechte overeenkomst** tussen het expertenoordeel en de scores op IZIKA/IZIJK **voor dossiers met een verstandelijke beperking. Voor de dossiers met een zintuigelijke en motorische beperking** was er enige evidentie voor een **matige criteriumvaliditeit** (i.e., matige correlatie tussen expertenoordeel en scores IZIKA/IZIJK), maar ook hier waren grote afwijkingen mogelijk. Bijvoorbeeld, enkele door de experts zeer hoog ingeschaalde casussen, kregen slechts een laag zorgniveau bij de IZIKA/IZIJK. Ook leken de validiteitsresultaten minder gunstig voor de IZIJK. Door het klein aantal casussen kon dit echter niet statistisch geverifieerd worden.

6 De inhoudsvaliditeit geeft aan of het instrument alle relevante aspecten van het concept, in casu zorgintensiteit/zorgzwaarte, daadwerkelijk meet (Beurskens et al., 2008).

7 Bij constructvaliditeit worden hypothesen getoetst over verwachte correlaties met andere meetinstrumenten (Beurskens et al., 2008).

8 De criteriumvaliditeit bepaalt de correlatie tussen een beoordeling met het meetinstrument en een gouden standaard om het begrip te meten (Beurskens et al., 2008).

# Knelpunten

Naast een analyse van de psychometrische eigenschappen van beide instrumenten kwamen in de verschillende onderzoeksrapporten nog andere aspecten met betrekking tot de implementatie van de instrumenten aan bod. Wat volgt is een overzicht van knelpunten die op grond van de verschillende onderzoeken kunnen geformuleerd worden.

## Handicapspecifieke casussen

Doorheen de verschillende onderzoeksrapporten werd steeds een grote **bezorgdheid** geformuleerd wat betreft de **toepasbaarheid van de IZIKA en IZIJK** als zorgzwaarteinstrumenten **bij het inschalen van handicapspecifieke casussen**. Dit werd op basis van een literatuurstudie reeds aangehaald door Stroobants et al. (2009), maar kwam tevens aan bod tijdens de focusgroepen in het onderzoek van De Clippele et al. (2013) en van Peeters et al. (2015). De Clippele et al. adviseerden daarom extra validiteits- en betrouwbaarheidsonderzoek bij het gebruik van de instrumenten bij kinderen en jongeren met een handicap. Het validiteits- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheidsonderzoek van Diels en Van Puyenbroeck (2015) focuste specifiek op deze doelgroep. Ook in het onderzoek van Peeters et al. (2015) werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid apart voor handicapspecifieke casussen onderzocht. De evidentie voor een voldoende valide gebruik van de instrumenten bij deze doelgroep is eerder beperkt (cf. supra). Ook wezen de resultaten op een geringe tot matige interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij handicapspecifieke casussen (cf. supra). Verder validiteits- en betrouwbaarheidsonderzoek en een aanpassing van de handleiding zijn noodzakelijk alvorens deze instrumenten verantwoord kunnen ingezet worden bij kinderen en jongeren met een handicap.

## Geen overeenstemming ingeschaalde zorgniveau en type-modules NRTJ

In het onderzoek van Peeters et al. (2015) werd aan alle deelnemende MDTs gevraagd om elke aanvraag voor niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp te motiveren met een IZIJK/IZIKA. Deze data stelden de onderzoekers in staat om het verband na te gaan tussen de geïndiceerde hulp (zoals aangegeven in het A-document) en het aanbevolen zorgniveau van de IZIJK/IZIKA. Door gebruik te maken van de handleiding "handvaten voor het opmaken van een zorgplan gebruikmakend van een IZIJK/IZIKA" kon de geïndiceerde typemodule vertaald worden in een zorgniveau. Dit vertaalde zorgniveau werd vervolgens vergeleken met het zorgniveau gebaseerd op de IZIJK/IZIKA-score. De resultaten toonden aan dat er in 35% (IZIJK) en 50% (IZIKA) van de onderzochte A-documenten **geen overeenkomst** was **tussen de geïndiceerde hulp en het aanbevolen zorgniveau**. Dit resultaat wijst erop dat beide instrumenten tekortschieten in het kader van indicatiestelling. Het is mogelijk dat een incorrecte vertaling binnen de handleiding "handvaten voor het opmaken van een zorgplan gebruikmakend van een IZIJK/IZIKA" van geïndiceerde typemodules naar zorgniveaus aan de grondslag ligt van dit resultaat. Verder onderzoek naar de overeenkomst tussen typemodules en niveaus van zorgintensiteit is daarom noodzakelijk.

## Meerwaarde

In het onderzoek van Peeters et al. (2015) werd de **meerwaarde** van de instrumenten expliciet bevraagd. De **meningen** hierover waren **verdeeld**. Zo beoordeelden zes respondenten (30%) van de digitale bevraging dat de IZIKA en IZIJK weinig bijdragen aan de kwaliteit van indicatiestelling. Acht respondenten (40%) namen een neutrale positie in wat betreft hun beoordeling van de meerwaarde. Zes respondenten (30%) vonden de instrumenten wel een meerwaarde bij indicatiestelling. Verder bleek uit de digitale bevraging dat slechts 2 respondenten (10%) vonden dat het gebruik van de instrumenten een bijdrage leverde aan de kwaliteit van het diagnostisch proces. De andere respondenten namen een neutrale positie in (30%) of vonden dat de instrumenten niet tot weinig bijdragen aan de kwaliteit van het diagnostisch proces (60%). Uit de gesprekken tijdens de terugkomdagen kwam tevens naar voor dat de IZIKA en IZIJK vaak pas ingezet worden op het einde van het diagnostisch proces. Verder dragen de instrumenten volgens de deelnemers nog onvoldoende bij aan de hulpverlening, mede doordat het potentieel van de instrumenten nog onvoldoende benut wordt. Tijdens de terugkomdagen uitten deelnemers ook hun twijfels over de meerwaarde van de instrumenten bij indicatiestellingen met betrekking tot Persoonlijk Assistentie Budget (PAB) en Individuele Materiële Bijstand (IMB).

In het evaluatieverslag van OSD kwam naar voor dat consulenten weinig meerwaarde zien in het gebruik van het instrument bovenop het casusoverleg en reeds bestaande en gebruikte fora en instrumenten. Zo worden volgens consulenten dezelfde conclusies bereikt met het casusoverleg. Verder werd in het evaluatieverslag aangegeven dat men met het instrument onvoldoende de complexiteit en nuances in rekening kan brengen en werd ook de meerwaarde van het instrument in het kader van maatschappelijke noodzaak in vraag gesteld.

## Interpretatiemoeilijkheden

In de verschillende onderzoeksrapporten werd gewezen op interpretatiemoeilijkheden bij het scoren van de IZIKA en IZIJK. In het onderzoek van Peeters et al. (2015) kwam dit naar voor zowel in de gesprekken tijdens de terugkomdagen als bij de digitale bevraging. De dimensie 'comorbiditeit' werd consequent als moeilijk te scoren aangeduid. Daarnaast werden door de respondenten nog verschillende andere dimensies aangeduid, waarvan de vaakst voorkomende de dimensies 'veiligheid', 'kindbetrokkenheid', 'effectiviteit hulpverlening', 'zorg op maat', 'veerkracht en effect hulp' en 'leeftijdsadequaat functioneren' waren. Ook in het evaluatieverslag van OSD werden verschillende voorbeelden uit de **handleiding** gegeven die **voor interpretatie vatbaar** zijn. Dit ging over specifieke termen binnen het scoringsformulier, maar eveneens over moeilijk te scoren dimensies. Onafhankelijk hiervan werd ook in het onderzoeksrapport van Diels en Van Puyenbroeck (2015) voor zowel de IZIKA als de IZIJK per dimensie een lijst opgenomen van factoren en termen uit de handleiding die volgens de onderzoekers kunnen leiden tot interpretatiefouten.

Verder suggereren ook de resultaten omtrent interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (cf. supra) dat er moeilijkheden ervaren werden bij bepaalde dimensies (De Clippele et al., 2013; Peeters et al., 2015).

## Onafhankelijke rekenregels

Het berekenen van het totale zorgniveau is zowel bij de IZIKA als de IZIIK niet louter de som van de scores op de dimensies. Er dienen een aantal onafhankelijke regels in rekening gebracht te worden. Zo stelt de handleiding van de IZIKA bijvoorbeeld dat een score op de dimensie 'comorbiditeit' een zorgniveau 5 vereist onafhankelijk van de scores op de andere dimensies. Diels en Van Puyenbroeck (2015) gaven in hun onderzoeksrapport aan dat het **gebruik van deze rekenregels problematisch** kan zijn en kan zorgen voor een soort 'rollercoaster effect'. Bovendien bleek het gebruik van deze rekenregels **niet afgestemd op handicapspecifieke situaties**. Bijvoorbeeld, doordat de dimensie 'comorbiditeit' vaak positief scoort bij handicapspecifieke casussen, stelden de onderzoekers vast dat door het gebruik van de rekenregels het zorgniveau bij de IZIKA vaak overschat werd in deze casussen. Verder gaven Diels en Van Puyenbroeck aan dat de rekenregels ertoe leidden dat een iets andere interpretatie onmiddellijk een groot effect kon hebben op het uiteindelijke zorgniveau. In overeenstemming hiermee haalden ook Peeters et al. (2015) het gebruik van de rekenregels aan als verklaring waarom er een slechte overeenkomst was tussen de verschillende beoordelaars bij de scoring van casus 1.

## Contact met cliënt

Volgens Stroobants et al. (2011) is bij beide instrumenten het contact met de cliënt niet noodzakelijk om de zorgintensiteit in te schalen. Deze stelling werd echter in een aantal onderzoeksrapporten tegengesproken. Uit feedbackgesprekken in het onderzoek van De Clippele et al. (2013) kwam naar voor dat de IZIKA dient ingevuld te worden door iemand die de cliënt en zijn context kent. Ook de deelnemers aan de studie van Peeters et al. (2015) rapporteerden dat minstens één **contact met de cliënt nodig** is om een correcte scoring van de instrumenten te bekomen. Ze gaven aan dat het moeilijk is om het instrument te scoren enkel op basis van informatie uit een cliëntendossier. Dit is tevens de conclusie van Diels en Van Puyenbroeck (2015) die aangaven dat het dossier voldoende contextinformatie moet bevatten om correct te kunnen scoren. Het is mogelijk dat dit contact met de cliënt een verklaring biedt voor de mindere overeenstemming tussen de onderzoekers die het zorgniveau op basis van dossierinformatie inschalen, en de leden van het MDT, die op basis van contacten met de cliënt het zorgniveau inschalen. Men kan zich blijvend de vraag stellen of het gebruik van de instrumenten door team indicatiestelling, zonder contact met de cliënt, verantwoord is en correcte scores oplevert.

# Advies met betrekking tot een algemene implementatie van de IZIKA en IZIJK

Op basis van de resultaten van de verschillende onderzoeksrapporten besluit het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw dat er onvoldoende evidentie is voor een valide en betrouwbaar gebruik van de IZIKA en IZIJK bij alle doelgroepen in functie van de werking van de intersectorale toegangspoort. Deze conclusie volgt onder meer uit volgende bevindingen:

- tot op heden geen Vlaams validiteitsonderzoek (e.g., criteriumvaliditeit, predictieve validiteit) gebeurd bij niet-handicapspecifieke doelgroep voor beide instrumenten;
- tot op heden geen Vlaams betrouwbaarheidsonderzoek, anders dan interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, gebeurd voor beide instrumenten (i.e., interne consistentie, test-hertest, paralleltest betrouwbaarheid);
- beperkte evidentie voor voldoende criteriumvaliditeit bij een doelgroep van kinderen en jongeren met een handicap;
- geringe tot matige interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij een doelgroep van kinderen en jongeren met een handicap;
- interpretatiemoeilijkheden en geringe interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij bepaalde dimensies van zowel IZIKA als IZIJK;
- geen overeenstemming tussen ingeschaalde zorgniveau en typemodules NRTJ.

Zonder bijkomend onderzoek is het onvoldoende verantwoord om beslissingen inzake toewijzing van hulp en middelen te verknopen aan de (via de IZIKA/IZIJK) gescoorde zorgniveaus. Op basis van de studie van Diels en Van Puyenbrouck (2015) kon voor handicap-specifieke dossiers slechts geringe evidentie gevonden worden voor een voldoende criteriumvaliditeit van beide instrumenten. Tevens bij andere doelgroepen is er tot op heden geen sterke evidentie voor een verantwoord gebruik door het ontbreken van afdoend betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek.

Op basis van deze bevindingen en andere knelpunten (cf. supra) acht het Kwaliteitscentrum het daarom niet aangewezen deze zorginschalingsinstrumenten te gebruiken binnen de werking van de intersectorale toegangspoort.

# Referenties

## Wetteksten

Besluit van de Vlaamse Regering van 21 februari 2014 betreffende de integrale jeugdhulp.

Decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp, BS 13 september 2013.

## Andere geraadpleegde bronnen

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2005). *CASII*. Washington, DC: AACAP.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2008). *ECSII*. Washington, DC: AACAP.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Beurskens, S., van Peppen, R., Stutterheim, E., Swinkels, R., & Wittink, H. (2008). *Metten in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Deboutte, D. (2014a). *Instrument ter bepaling van zorgintensiteit voor kinderen en jongeren (IZIKA). Handleiding in het kader van Integrale Jeugdhulp Vlaanderen*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen/CAPRI.
- Deboutte, D. (2014b). *Instrument ter bepaling van zorgintensiteit voor infants en kleuters (IZIJK). Handleiding in het kader van Integrale Jeugdhulp Vlaanderen*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen/CAPRI.
- De Clippele, T., Deboutte, D., & van West, D. (2013). *Herwerking van het Instrument ter bepaling van de intensiteit van zorg voor kinderen en adolescenten (IZIKA-CASII) en van het instrument voor infants en kleuters (IZIJK-ECSII) voor gebruik i.f.v. de Intersectorale Toegangspoort*. Universiteit Antwerpen Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI).
- Diels, V., & Van Puyenbroeck (2015). *Onderzoek naar de validiteit van het IZIKA en IZIJK-instrument voor de doelgroep kinderen en jongeren met een handicap*. Odisee hogeschool.
- Eijgenraam, K., van Yperen, T., van der Pijll, M., Lekkerkerker, L., Post, F., & de Graaf, M. (2008). *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 25-31.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Peeters, A., Vanderfaeillie, J., & van West, D. (2015). Experimenteel traject voor de ingebruikname van het Instrument ter bepaling van de intensiteit van zorg voor kinderen en adolescenten (IZIKA) en het Instrument voor infants en kleuters (IZIJK) voor gebruik in functie van de Intersectorale Toegangspoort. Vrije Universiteit Brussel.
- Shaffer, D., Gould, M., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A Children's Global Assessment Scale (C-GAS). *Archives of General Psychiatry*, 40 (11), 1228-1231.



- Streiner, D., & Norman, G. (2003) *Health measurement scales - a practical guide to their development and use. Third edition.* New York: Oxford University Press.
- Stroobants, T., Vanderfaellie, J., & Van Audenhove, C. (2011). Zorgintensiteit-/zorgzwaartebepaling bij minderjarigen in de intersectorale toegangspoort NRTJ: zoektocht naar een instrumentarium. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Yperen, T., Roosma, D., & Veerman, J.W. (2008). Instrumenten voor het meten van uitkomsten en uitvoering van de zorg. In Van Yperen, T. & Veerman, J.W. (Eds.) *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 245-269). Delft: Eburon.



KWALITEITSCENTRUM  
DIAGNOSTIEK<sup>VZW</sup>

Henegouwenkaai 29, bus 12 - 1080 Brussel  
[www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be](http://www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be)

[communicatie@kwaliteitscentrumdiagnostiek.be](mailto:communicatie@kwaliteitscentrumdiagnostiek.be)  
+32 (0) 497 53 23 79