

# RSI

Beoordelingsschaal voor functionele beperkingen



**Sam Goldstein**  
**Jack A. Naglieri**

# RSI

## Beoordelingschaal voor functionele beperkingen

### Handleiding

Sam Goldstein

Jack A. Naglieri

Vormgeving: Annelies Bast, Amsterdam

Normative Data Copyright © 2018 Hogrefe Uitgevers B.V., Weteringschans 128, 1017 XV Amsterdam, The Netherlands.

**Rating Scales of Impairment™ (RSI™) © 2016 Multi-Health Systems Inc.** Dutch edition translated, adapted and published by Hogrefe Uitgevers BV under license from Multi-Health Systems Inc. International copyright in all countries under the Berne Union, Bilateral and Universal Copyright Conventions. All rights reserved. Not to be translated or reproduced in whole or in part, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, photocopying, mechanical, electronic, recording or otherwise, without prior permission in writing from Hogrefe Uitgevers BV for written permission should be directed in writing to Hogrefe Uitgevers BV, Weteringschans 128, 1017 XV Amsterdam, The Netherlands.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Artikelnummer: 5705702

# Inhoud

<b>1 Een beoordelingsschaal voor functionele beperkingen</b>	<b>5</b>
Beperkingen definiëren en beoordelen	5
De rol van beperkingen in het diagnostisch proces	6
De relatie tussen beperkingen en symptomen	7
De relatie tussen beperkingen en adaptief gedrag	8
Van beeldvorming naar beoordeling	9
Meetpretentie	9
Doel en doelgroep	11
<b>2 Afname en scoring</b>	<b>13</b>
Afname van de vragenlijst	13
Berekenen van de ruwe scores	14
Het invullen van het profielformulier	26
Het bepalen van het 90% betrouwbaarheidsinterval rond de <i>T</i> -score	27
Het bestuderen van antwoorden op itemniveau	27
Het vergelijken van resultaten tussen informanten	28
Afname van de digitale versie van de RSI	28
<b>3 Interpretatie van de uitslag</b>	<b>29</b>
Interpretatie van de resultaten	30
Casussen	31
<b>4 Ontwikkeling van de oorspronkelijke vragenlijst en Nederlandstalige bewerking</b>	<b>39</b>
Factorstructuur en samenstelling van de definitieve RSI-schalen	39
Nederlandstalige bewerking	42
Normconstructie	47
<b>5 Psychometrische eigenschappen</b>	<b>49</b>
Betrouwbaarheid: interne consistentie	49
Betrouwbaarheid: stabiliteit	50
Constructvaliditeit	51
Convergente validiteit	52
<b>Bijlage A Normtabellen</b>	<b>57</b>
<b>Bijlage B Verhoogde itemscores</b>	<b>67</b>
<b>Bijlage C Interbeoordelaarsverschillen</b>	<b>79</b>
<b>Literatuur</b>	<b>81</b>

# 1 Een beoordelingschaal voor functionele beperkingen

De vakgebieden geneeskunde, psychologie, onderwijskunde, en orthopedagogiek hebben zich in de loop der jaren dusdanig ontwikkeld dat een diagnose van een psychische of fysieke aandoening beter begrepen kan worden wanneer deze aangevuld wordt met de kennis over de mate van de beperking die iemand daarbij ervaart. Er is daarnaast binnen deze verschillende vakgebieden steeds meer besef dat voor het behandeltraject het vaststellen van de mate van functionele beperking even belangrijk is als een diagnose.

De *Rating Scale of Impairment (RSI)* is een beoordelingschaal voor functionele beperkingen. De RSI is ontwikkeld om te voorzien in de behoefte aan een meetinstrument:

- waarmee een volledige beoordeling mogelijk is van de functionele beperkingen van een kind of jongere op verschillende levensgebieden,
- dat kan worden gebruikt in combinatie met andere diagnostische hulpmiddelen,
- waarmee behandelingen beter gepland en gemonitord kunnen worden.

## Beperkingen definiëren en beoordelen

Het ervaren van een functionele beperking heeft gevolgen voor iemands vermogen om te functioneren. Dit leidt tot een verminderde productiviteit en draagt bij aan de reeds hoge maatschappelijke en economische lasten van psychische, fysieke en cognitieve aandoeningen. Gezien het feit dat psychische stoornissen structureel worden gerekend tot de aandoeningen die leiden tot een zeer hoge mate van beperking (Alonso et al., 2004; Merikangas et al., 2007) en dat trends wijzen op een toename van het voorkomen van fysieke en psychische gezondheids-symptomen (Castle, Aubert, Verbrugge, Khalid, & Epstein, 2007), behoort nauwkeurige beoordeling van de ernst van de door deze stoornissen veroorzaakte beperkingen tot de primaire doelen van epidemiologen, artsen en andere medische en psychische zorgverleners (Singer, Eack, & Greeno, 2011). Beoordeling van beperkingen vraagt om een heldere werkbare definitie, maar zoals wordt opgemerkt door Goldstein en Naglieri (2009), varieert deze definitie momenteel binnen de verschillende velden van de geestelijke gezondheidszorg (als functionele belemmeringen die het resultaat zijn van een psychische stoornis), de geneeskunde (als een ongewenst niveau van fysiek functioneren in het lichaam) en onderwijs (als een cognitieve stoornis of een verschil tussen het verwachte en het werkelijke prestatieniveau).

In de DSM-IV-TR (APA, 2000) werden beperkingen beoordeeld volgens de GAF-schaal (*Global Assessment of Functioning*), wat het oordeel van gedragsdeskundige of professional aangaf over het totale functioneringsniveau van een persoon in het dagelijks leven. Ondanks wetenschappelijk onderzoek dat deed vermoeden dat de GAF-schaal valide en betrouwbaar is (Pedersen & Karteruda, 2012), werd de schaal bekritiseerd vanwege een gebrek aan conceptuele helderheid, sterke correlaties met symptoomernst en twijfelachtige psychometrische resultaten (Canino, Fisher, Alegria, & Bird, 2013; Smith et al., 2011). In de DSM-5 (APA, 2013) is afscheid genomen van de GAF-schaal. In plaats daarvan verwezen de auteurs van de DSM-5 in het gedeelte over 'meetinstrumenten en modellen in ontwikkeling' naar de *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0; World Health Organization, 2010)* als beoordelingsinstrument voor handicaps en beperkingen.

WHODAS 2.0 baseert zich op en is een afspiegeling van de ideeën die ten grondslag liggen aan het schema van de

WHO voor functionele beperkingen, dat wordt aangeduid als de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF; WHO, 2001). De WHO maakt onderscheid tussen medische aandoeningen en de beperkingen of handicaps die daarvan het gevolg zijn, en wijst belemmeringen bij activiteiten en bij participatie aan het leven en de maatschappij aan als veelvoorkomende factoren die zorgen dat aandoeningen leiden tot een handicap (Gold, 2014). In dit schema omvat de term *handicap* beperkingen, belemmeringen bij activiteiten en hinderende factoren voor participatie, en heeft betrekking op de negatieve aspecten van de interactie tussen een persoon en zijn omgeving (Üstün et al., 2010). Een belangrijke vraag is hoe de theorie uit de ICF op een zinvolle manier kan worden gebruikt zodat niet alleen betrouwbare gegevens kunnen worden verzameld over cognitie, communicatie, mobiliteit, zelfverzorging, intermenselijke relaties, en gezins- en beroepsleven, maar ook over iemands leven als lid van een gemeenschap, van de maatschappij.

Aan de hand van de richtlijnen die worden gegeven in de DSM-5 en de ICF worden beperkingen beoordeeld door middel van directe observatie. De kritiek op deze methode is echter dat de betrouwbaarheid van scores tussen de beoordelaars onderling te wensen overlaat (Lundh, Kowalski, Sundberg, Gumpert, & Landén, 2010). Dit zou een verdere aanwijzing zijn voor de noodzaak van meerdere meetinstrumenten in plaats van één enkel meetinstrument voor de beoordelingen van beperkingen (Francis, Ebesutani, & Chorpita, 2012). Onderzoekers hebben schalen ontwikkeld waarmee verbanden kunnen worden gelegd tussen symptomen, diagnoses en beperkingen, en waarmee bovendien een aantal gebieden kunnen worden aangewezen die belangrijk zijn voor het beoordelen van beperkingen. Hoewel het aantal en de aard van de aangewezen gebieden niet altijd in alle onderzoeken hetzelfde zijn (Fountoulakis et al., 2012; Herrell et al., 2014; Singer et al., 2011), is er momenteel steeds vaker sprake van consensus over het feit dat beperkingen op efficiënte wijze kunnen worden gemeten op een aantal belangrijke gebieden. Hoewel dit handvatten biedt voor het beoordelen van beperkingen is het, om tot een gestandaardiseerde en objectieve beoordelingsmethode te komen, belangrijk om een heldere definitie van beperkingen te formuleren. In deze handleiding stellen we daarom voor om het begrip beperking te definiëren als:

*Een belemmering in het functioneren dat zich manifesteert als een verminderd vermogen om te voldoen aan de eisen die het leven stelt, zoals fysieke mobiliteit en zelfzorgbehoeften, verwachtingen ten aanzien van gezinsrelaties en sociale interactie, gezinstaken, en school- of werkverplichtingen als gevolg van een psychische, fysieke of cognitieve stoornis.*

## De rol van beperkingen in het diagnostisch proces

Gezien het feit dat het doel van een behandeling is om de invloed van een beperking te verminderen, zou men verwachten dat er diagnostische protocollen zijn opgesteld die niet alleen gericht zijn op symptomen, maar ook op de functionele beperkingen. De rol van beperkingen als een 'klinisch significant criterium' werd voor het eerst geïntroduceerd in de DSM-IV (APA, 1994). Dit criterium vereist dat het individu 'klinisch significant lijden of een klinisch significante beperking' vertoont op maatschappelijke, beroepsmatige of andere belangrijke functioneringsgebieden.

Sinds de introductie van beperkingen als onderdeel van de diagnostische criteria in de DSM-IV is de rol van beperkingen bij het formuleren van diagnoses belangrijker geworden. Voor de meerderheid van de stoornissen in de DSM-5 zijn significante beperkingen tegenwoordig zelfs opgenomen als vereiste. Er bestaat echter nog steeds een aantal uitdagingen voor het implementeren van het gebruik van dergelijke criteria. Ten eerste zijn de criteria voor beperkingen in de DSM-5 op willekeurige en inconsistente wijze verdeeld over alle diagnoses. Hoewel dergelijke criteria voor bepaalde stoornissen wel bestaan, ontbreken ze juist voor veel andere stoornissen. Ten tweede wordt het stellen van een diagnose in veel gevallen nog steeds uitsluitend gebaseerd op symptomen, zonder rekening te houden met de daaruit voortvloeiende beperkingen. Zo wordt in onderzoeken bijvoorbeeld aangetoond dat veel artsen en onderzoekers, ondanks de richtlijnen van de DSM-IV-TR die vereisen dat beperkingen moeten worden meegewogen voor de diagnose van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en de vele bevindingen die aangeven dat ADHD een alom bekende oorzaak is van uiteenlopende beperkingsniveaus (Anastopoulos et al., 2011; Caci et al., 2014; Deault, 2010; Harrison, Vanest, & Reynolds, 2011), hun diagnostische beslissingen zijn blijven

baseren op het aantal en de intensiteit van de gemelde symptomen (Gathje, Lewandowski, & Gordon, 2008; Hodges & Gust, 1995). Ook posttraumatische stressstoornis (Kassam-Adams, Marsac, & Cirilli, 2010), depressieve stoornissen (Holtmann et al., 2011; Karsten, Hartman, Ormel, Nolen, & Penninx, 2010; Lam, Filteau, & Milev, 2011), angststoornissen (Aderkaa, Hofmann, Nickerson, Hermes, & Schechtman, 2012; Bertisch, Long, Langenbahn, Rath, & Diller, 2013) en persoonlijkheidsstoornissen (Hengartner, Muller, Rodgers, Rossier, & Ajdacic-Gross, 2014) worden het vaakst vastgesteld op basis van symptomen, terwijl de beperkingen niet de juiste mate van erkenning krijgen.

## De relatie tussen beperkingen en symptomen

In het diagnostische proces worden de ervaren beperkingen vaak verward met de ernst van symptomen. Vanuit empirisch perspectief kunnen symptomen in sommige situaties sterke voorspellers zijn van beperkingen, waarbij bepaalde symptomen krachtigere voorspellers blijken te zijn dan andere (Vera, Ezpeleta, Granero, & de la Osa, 2010). Zo blijkt bijvoorbeeld bij longitudinale onderzoeken dat beperkingen bij personen met psychische stoornissen overduidelijk chronisch zijn (Cleverly, Bennett, & Duku, 2013). Bovendien zijn cognitieve beperkingen een uitermate sterke en zeer duidelijke voorspeller van significante dagelijkse beperkingen (Kulisevsky et al., 2013; Rog et al., 2014).

Hoewel over het algemeen juist is dat een groter aantal symptomen in combinatie met een hogere ernst van deze symptomen meestal gepaard gaat met meer beperkingen (Booster, Dupaul, Eiraldi, & Power, 2012; Szuromi, Bitter, & Czobor, 2013), wordt het verband tussen beperkingen en symptomen gecompliceerd door de bevinding dat er ook sprake kan zijn van beperkingen zonder dat er een diagnose is. Vanuit conceptueel oogpunt lijken beperkingen en symptomen vrij veel van elkaar te verschillen. Er is zelfs steeds meer wetenschappelijk onderzoek beschikbaar dat de theorie ondersteunt dat symptomen en beperkingen verschillende concepten zijn die afzonderlijk moeten worden gewogen bij het nemen van diagnostische beslissingen (Barkley et al., 2006; Eriksen & Kress, 2005; McKnight & Kashdan, 2009; Pelham, Fabiano, & Massetti, 2005). Zo zal in scores van de ziekte-ernst van patiënten met een psychose bijvoorbeeld eerder de ernst van de symptomen tot uitdrukking komen dan de beperkingen voor het dagelijks leven (Smith et al., 2011). Andere onderzoeken doen vermoeden dat niet per se gelijktijdig sprake hoeft te zijn van een diagnose en beperkingen (Angold, Costello, Farmer, Burns, & Erkanli, 1999; Costello, Angold, & Keeler, 1999; Ezpeleta, Keeler, Alatin, Costello, & Angold, 2001; Pickles et al., 2001). Zo kunnen bijvoorbeeld kinderen en jongeren die niet voldoen aan de specifieke symptoomcriteria voor een diagnose wel een significante mate van beperking ondervinden in hun dagelijks functioneren, en kan hun leven in dezelfde mate worden beperkt als het leven van een kind of jongere die wel aan de symptoomcriteria voldoet. Anderzijds kan het zo zijn dat een kind of jongere die voldoet aan de specifieke symptoomcriteria voor een bepaalde diagnose geen significante beperkingen ondervindt in zijn dagelijkse functioneren.

Behalve de symptomen hebben ook andere factoren invloed op de mate van beperking in verschillende domeinen. Het optreden van fysieke agressie door en tegen kinderen is een significante voorspellende factor voor latere beperkingen (Fernández, Ezpeleta, Granero, de la Osa, & Domènech, 2011; Hart & Ostrov, 2013) en ook blootstelling van kinderen aan geweld is een krachtige voorspellende factor gebleken voor functionele beperkingen in het dagelijks leven (Fernández et al., 2011). Een hogere opleiding van de moeder, inzicht van de ouders in functionele beperkingen van het kind, verstoorde relaties met leeftijdsgenoten, symptomen van hyperactiviteit en impulsiviteit, fysieke en ontwikkelingsgerelateerde uitdagingen van het kind, en zelfs geslacht en cultuur worden genoemd als factoren die bijdragen aan beperkingen bij kinderen (Gau et al., 2010; Rapee & Spence, 2004; Rapee, Bögels, van der Sluis, Craske, & Ollendick, 2012; Storch et al., 2010). Verder ervaren jongeren die ouders hebben met een lage positie op de sociaaleconomische ladder beperkingen vaak als ernstiger dan jongeren uit andere sociale klassen, ook al zijn die symptomen hetzelfde (Baillargeon & Bernier, 2010). Ook tegenslagen tijdens de jeugd die te maken hebben met een niet goed functionerende gezinssituatie, psychische aandoeningen van ouders, criminaliteit, huiselijk geweld, misbruik en verwaarlozing spelen een aanzienlijke rol bij de constatering van beperkingen. De uitkomsten van een aantal onderzoeken doen vermoeden dat tegenslagen tijdens de jeugd een aanzienlijke



bijdrage kunnen leveren aan het beperkingsniveau van een kind in het dagelijks leven (McLaughlin et al., 2010). Andere onderzoeken doen vermoeden dat ook de context mogelijk een significante rol speelt bij de ernst van beperkingen die door ouders thuis en door de docent op school worden gemeld (Watabe, Owens, Evans, & Brandt, 2014).

Samengevat komt het er dus op neer dat er tegenwoordig een grote hoeveelheid empirische gegevens bestaat die doet vermoeden dat de ernst van de symptomen niet per se overeenstemmen met de beperkingen, en dat naast symptomen ook andere factoren mogelijk van invloed zijn op de uiteindelijke gevolgen voor het dagelijks functioneren. Gezien de toenemende hoeveelheid bewijsmateriaal die wordt beschreven in deze en andere onderzoeken bestaat er steeds meer erkenning voor de noodzaak om symptomen en beperkingen apart te beoordelen bij het nemen van diagnostische beslissingen (Barkley et al., 2006; Eriksen & Kress, 2005).

### **De relatie tussen beperkingen en adaptief gedrag**

Aangezien er steeds meer inzicht is ontstaan in het begrip beperking, is het niet alleen belangrijk om onderscheid te maken tussen het nut van het beoordelen van symptomen en van beperkingen, maar ook om het verschil te definiëren tussen een beperking en een ogenschijnlijk vergelijkbaar begrip, namelijk adaptief gedrag (of het ontbreken daarvan). Eén belangrijk verschil tussen deze twee begrippen is dat het begrip adaptief gedrag voornamelijk is toegepast voor het bestuderen van gedrag in situaties waarin een vermoeden bestond van beperkte intellectuele vermogens. Het begrip beperking daarentegen wordt niet alleen toegepast voor het bestuderen van functionele belemmeringen bij personen met alle mogelijke verstandelijke niveaus, maar ook voor alle variaties in geestelijke gezondheid en lichamelijke vermogens.

Een voorbeeld van het aandachtsniveau van een kind kan worden gebruikt om niet alleen het verschil tussen symptomen en beperkingen te illustreren, maar ook de invloed van de context op beperkingen. Een moeder geeft aan dat haar dochter een laag aandachtsniveau heeft. Voor dit meisje kan onoplettendheid dus worden beschouwd als een symptoom. Deze onoplettendheid is op zichzelf echter geen indicatie voor enige mate van beperking. De moeder geeft verder aan dat de onoplettendheid van het meisje problemen veroorzaakt wanneer ze haar huiswerk maakt, maar dat het meisje schitterend kan tekenen en dat ze wel de aandacht kan vasthouden wanneer ze bezig is met tekenen. Deze informatie doet vermoeden dat het meisje wel haar aandacht erbij kan houden, maar dat het niet lukt om dit gedrag te vertonen in specifieke situaties. Wederom wordt echter geen informatie gegeven over de mate van beperking van het meisje. Vervolgens beschrijft de moeder dat het meisje vanwege haar aandachtstekort vaak problemen heeft om te beginnen met haar huiswerk. En zelfs wanneer ze wel begint met haar huiswerk, heeft ze vaak moeite om het af te maken, werkt ze tot laat door om het af te krijgen en gaat ze vaak onvoorbereid naar school omdat haar huiswerk niet af is. Dit toont aan hoe de onoplettendheid van het kind aanzienlijke gevolgen heeft voor haar functioneren bij dagelijkse activiteiten. Dit is de beperking die wordt veroorzaakt door haar onoplettendheid, zowel in de thuissituatie als op school.

Volgens de *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD, 2010) moet adaptief gedrag worden gedefinieerd als het geheel van conceptuele, sociale en praktische vaardigheden die alle personen aanleren om in het dagelijks leven te kunnen functioneren. Binnen deze structuur bestaan conceptuele vaardigheden uit taal, lezen en schrijven, het begrip van geld, tijd en getallen; tot de sociale vaardigheden behoren interpersoonlijke vaardigheden, sociale verantwoordelijkheid, eigenwaarde, het opvolgen van regels en het naleven van de wet, en sociale probleemoplossing; en praktische vaardigheden omvatten vaardigheden tijdens dagelijkse activiteiten en op het werk, gebruik van geld, veiligheid, gezondheidszorg, reizen/vervoer, geplande routinetaken en de telefoon.

Deze beschrijving illustreert dat het wezenlijke onderscheid tussen een beperking en een gebrek aan adaptief gedrag ligt in het verschil tussen vaardigheden en uitvoering. Een gebrek aan vaardigheden doet zich voor wanneer een kind of jongere niet weet hoe hij een dagelijkse taak moet uitvoeren, terwijl een gebrek aan uitvoering zich voordoet wanneer een kind of jongere een vaardigheid wel heeft verworven, maar deze echter niet gebruikt



wanneer dat nodig is (Ditterline & Oakland, 2009). Terwijl bij meetinstrumenten voor adaptief gedrag de nadruk dus ligt op de aanwezigheid van adaptieve vaardigheden voor het dagelijks functioneren, bestaat bij meetinstrumenten voor functionele beperkingen eerder de neiging om de nadruk te leggen op het resultaat van gedrag of de prestatie van een kind of jongere dan op de aanwezigheid of de afwezigheid van de vaardigheid (Ditterline & Oakland, 2009; Dumas et al., 2010; Gleason & Coster, 2012). Een kind dat niet de vaardigheid beheerst om een lepel vast te houden en zelf te eten, vertoont bijvoorbeeld een gebrek aan vaardigheid, terwijl een kind dat deze vaardigheid wel heeft verworven maar deze niet gebruikt om zelf te eten, een beperking vertoont.

Daarom legt de AAIDD (2010) de nadruk op een reeks adaptieve vaardigheden die zijn vereist om te functioneren in verschillende leefomgevingen (bijvoorbeeld functionele schoolse vaardigheden, werk, communicatie, motorische vaardigheden, zelfverzorging, leefomgeving thuis/school, sociale vaardigheden, gezondheid en veiligheid en gebruik van maatschappelijke voorzieningen), die worden gemeten met meetinstrumenten voor adaptief gedrag. Een onvermogen om deze adaptieve vaardigheden te gebruiken kan leiden tot een beperking op het/de bijbehorende functioneringsgebied(en) die zijn vastgesteld in het ICF-schema (bijvoorbeeld leren en toepassen van kennis; algemene taken; communicatie; mobiliteit; zelfverzorging; huishouden; interpersoonlijke interacties en relaties; belangrijke levensgebieden; en maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven).

Voor een uitgebreid onderzoek naar de functionele beperkingen van een kind of jongere is een grondige beoordeling vereist van alle factoren die van invloed zijn op het kind of jongere. Inzicht in de dynamische interactie tussen adaptieve vaardigheden en de vele aspecten van het kind of jongere, zoals fysiologische en lichaamsfuncties, maar ook omgevings- en persoonlijke factoren, is een wezenlijk onderdeel van een vroegtijdige diagnose en een interventieplan. Inzicht op dit niveau biedt de mogelijkheid om nauwkeurig eventuele beperkingen vast te stellen die gevolgen hebben voor het dagelijks functioneren van een kind of jongere en om te bepalen op welke terreinen deze beperkingen zich voordoen.

## Van beeldvorming naar beoordeling

Aangezien steeds duidelijker wordt hoe belangrijk het is om rekening te houden met functionele beperkingen tijdens het diagnostisch proces, is de behoefte aan een uitgebreid instrument om beperkingen te meten groter dan ooit tevoren. Beperkingen kunnen een grote rol spelen in het leven van personen en kunnen net zo belangrijk zijn als de diagnose voor het organiseren en plannen van behandelingen. De afgelopen vijf jaar zijn er een aantal onderzoekshulpmiddelen ontwikkeld om factoren of domeinen van beperkingen te herkennen. Zo noemen Fountoulakis et al. (2012) vier factoren: dagelijks functioneren, sociaal en interpersoonlijk functioneren, ernst en geestelijke handicap. Singer et al. (2011) noemen drie factoren: school/werk, maatschappij en huishouden/gezin. Herrell et al. (2014) noemen vier factoren: fysiek, beroepsmatig, maatschappelijk en persoonlijk. Onze definitie van een beperking is gebaseerd op tekenen van een belemmering bij het voldoen aan de eisen van het leven binnen zes hoofddomeinen: sociaal, mobiliteit, familie, school/werk, huishoudelijk en verzorging.

## Meetpretentie

De RSI is een vragenlijst die gebruikt kan worden om inzicht te krijgen in de impact van psychische, fysieke of cognitieve stoornissen op het dagelijks leven van een kind of jongere. Het instrument kan gebruikt worden in combinatie met andere diagnostische instrumenten ter ondersteuning voor het stellen van een diagnose. De RSI is ontwikkeld om functionele beperkingen van kinderen en jongeren van vijf tot en met achttien jaar in verschillende levensgebieden in kaart te brengen en kan ingevuld worden door een ouder of leerkracht. De RSI meet beperkingen op de volgende gebieden: school of werk, sociaal, mobiliteit, huishoudelijk, familie en verzorging. De vragenlijst heeft goede psychometrische eigenschappen (zie hoofdstuk 5), waarmee klinisch belangrijke informatie voor de behandeling kan worden verzameld.

Zoals blijkt uit figuur 1 zijn er vier verschillende versies van de RSI. De oudervragenlijst voor kinderen van zes tot en met elf jaar bestaat uit 41 items en bevat de schalen school, sociaal, mobiliteit, huishoudelijk en familie.

De oudervragenlijst voor kinderen van twaalf tot en met achttien jaar bestaat uit 49 items en bevat de schalen school/werk, sociaal, mobiliteit, huishoudelijk, familie en verzorging. Beide leerkrachtvragenlijsten bestaan uit 29 items en bevatten de schalen school, sociaal en mobiliteit.

RSI: Beoordelingsschaal voor functionele beperkingen			
RSI (6–11 jaar)		RSI (12–18 jaar)	
Oudervragenlijst	Leerkrachtvragenlijst	Oudervragenlijst	Leerkrachtvragenlijst
Hoeveelheid items: 41 Afnametijd: 10 minuten	Hoeveelheid items: 29 Afnametijd: 5 minuten	Hoeveelheid items: 49 Afnametijd: 10 minuten	Hoeveelheid items: 29 Afnametijd: 5 minuten
<b>RSI schalen</b> School Sociaal Mobiliteit Huishoudelijk Familie	<b>RSI schalen</b> School Sociaal Mobiliteit	<b>RSI schalen</b> School/werk Sociaal Mobiliteit Huishoudelijk Familie Verzorging	<b>RSI schalen</b> School Sociaal Mobiliteit
RSI totaalscore	RSI totaalscore	RSI totaalscore	RSI totaalscore

**Figuur 1** Overzicht van de RSI onderdelen

De RSI schalen geven een beschrijving van de mate van beperking binnen de domeinen school/werk, sociaal, mobiliteit, huishoudelijk, familie en verzorging. In figuur 2 staat een beschrijving van de meetpretentie van iedere schaal weergegeven.

Overzicht meetpretentie RSI schalen	
Schaal	Schaalomschrijving
School/Werk	Meet de mate van beperking op het gebied van verwerving en toepassing van kennis op school en/of werk. Zoals bijvoorbeeld het ordenen van materialen, werk afmaken, het onthouden van dingen of het leren op school en/of werk.
Sociaal	Meet de mate van beperking in de interactie en communicatie met anderen, zoals het praten in een groep, uiting geven van behoeften en het doorbrengen van tijd met anderen.
Mobiliteit	Meet de mate van beperking bij fysieke bewegingen, zoals rennen of knielen.
Huishoudelijk	Meet de mate van beperking bij het doen van huishoudelijke taken zoals het schoonmaken van de kamer of het opruimen van kleren.
Familie	Meet de mate van beperking in de interactie met familie zoals het communiceren met familieleden en het deelnemen in familieactiviteiten.
Verzorging	Meet de mate van beperking in de verzorging zoals het klaarmaken van eten, er verzorgd uitzien of het onderhouden van goede persoonlijke hygiëne.
RSI totaalscore	Geeft het algemene niveau van beperking weer

**Figuur 2** Omschrijving van de RSI schalen

## Doel en doelgroep

De RSI kan ingezet worden als ondersteuning bij het diagnostische proces wanneer er sprake is van psychische of fysieke aandoeningen om zo extra informatie te verkrijgen over de mate van functionele beperkingen in verschillende levensgebieden van een kind of jongere. De uitkomsten kunnen gecombineerd worden met andere klinische, diagnostische en medische informatie om een completer beeld van het kind of jongere te krijgen. Wanneer dit instrument in combinatie met andere informatiebronnen gebruikt wordt kunnen de resultaten van de RSI helpen bij het maken van diagnostische beslissingen en het opstellen van behandelplannen. De RSI kan daarnaast ook gebruikt worden voor het evalueren van de effectiviteit van behandelprogramma's en de impact daarvan op het afnemende niveau van beperking van het kind of jongere op de specifieke gebieden, ongeacht de diagnose. De scores van de RSI zijn makkelijk te vergelijken met scores van andere instrumenten omdat de ruwe scores omgezet kunnen worden in *T*-scores.

## Het gebruik van verschillende informanten

Het verzamelen van gegevens van door verschillende informanten zoals beide ouders of leerkrachten kan helpen bij het vormen van een zo compleet mogelijk beeld van de mate van beperking van een kind of jongere. Er is zelfs bewijs dat de mate waarin de beperking van een kind of jongere beoordeeld wordt afhangt van de informanten en de context waar in het kind beoordeeld wordt (Rapee et al., 2012). Beoordelingen verkregen van verschillende bronnen geven dus ook het meest complete beeld van het kind of jongere voor het diagnosticeren en uiteenzetten van een behandelplan. Het wordt daarnaast aangeraden om beoordelingen van verschillende leerkrachten van het kind of jongere te verkrijgen om te onderzoeken of het gedrag van het kind/jongeren consistent is in verschillende groepen bij verschillende leerkrachten. De verkregen informatie van verschillende settings en informanten kan gebruikt worden voor de ontwikkeling van een gedegen behandelplan.

## Het screenen van een groep kinderen of jongeren

In sommige gevallen wil een onderzoeker informatie over een groep verkrijgen. De RSI kan bijvoorbeeld gebruikt worden bij het screenen van kinderen of jongeren die misschien extra onderzoek nodig hebben of baat kunnen hebben bij extra hulp. Hoge scores wijzen op een hoge mate van beperking in het vermogen van een kind of jongere om te kunnen voldoen aan de eisen van het dagelijks leven. In dit soort situaties is aanvullend onderzoek nodig, zoals het grondiger bekijken van de oorzaken van de ervaren beperkingen of de keuze voor een bepaalde behandeling voor het verminderen van de ervaren beperkingen van een kind of jongere.

## Het evalueren van een interventieprogramma

De resultaten van de RSI kunnen ondersteuning bieden bij het nemen van een besluit over de effectiviteit van een interventieprogramma van een kind, jongere of groep. De RSI kan in een klinische setting voor de evaluatie van behandel- of interventieprogramma's ingezet worden aan het begin van een interventietraject of op verschillende punten gedurende de interventie. In onderzoeken kunnen groepsgegevens van de RSI geanalyseerd worden of een verschil (pre- versus post-behandeling of experimentele behandeling versus controle groep) significant is. Uitkomsten van deze onderzoeken kunnen nuttig zijn in de ondersteuning van een behandelprogramma of onderzoekslijn.

## Gebruik in een onderzoekscontext

De RSI kan voor onderzoeksdoeleinden gebruikt worden in verscheidene settings en voor verschillende onderzoeksprotocollen. De RSI biedt een aantal specifieke voordelen voor onderzoekers. Ten eerste zijn de schalen met zorg ontwikkeld voor het meten van beperkingen over een veelomvattende reeks van levensgebieden die ondersteund worden door de *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie voor het meten van beperkingen (WHO, 2001) en ten tweede verschaffen de schalen scores gebaseerd op een nationaal representatieve normgroep (leeftijden zes tot en met achttien jaar) van een diverse groep van kinderen en jongeren.