



**rijksuniversiteit
groningen**

**faculteit gedrags- en
maatschappijwetenschappen**

Een onderzoek naar de meerwaarde van video-instructie bij het invullen van de PAS-ADD Checklist

Naam: Melissa Polman

Studentnummer: S2305461

Eerste beoordelaar: Prof. dr. A. Lichtwarck-Aschoff

Tweede beoordelaar: dr. D. van Bergen

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Orthopedagogiek

Masterthese, PAMA5166

Datum: 24 juni 2022

Woorden: 7555

Inhoud

Samenvatting	2
Abstract	3
1. Inleiding en theoretisch kader	4
2. Methode.....	9
2.1 Context setting.....	9
2.2 Participanten	9
2.3 Procedure	10
2.4 Instrumenten	10
2.4.1 PAS-ADD Checklist	10
2.4.2 Begrijpelijkheid en toepasselijkheid	11
2.4.3 DSM-classificatie.....	11
2.5 Statistische analyse	11
3. Resultaten	14
3.1 Video-instructie	14
3.2 Achtergrondvariabelen	14
3.3 Begrijpelijkheid en toepasselijkheid.....	16
3.3.1 Scores op de vragen over begrijpelijkheid en toepasselijkheid	16
3.3.2 Toelichtingen bij de vragen over begrijpelijkheid en toepasselijkheid.....	17
3.4 Overeenstemming DSM-classificatie met uitkomst PAS-ADD Checklist.....	18
4. Discussie en conclusie.....	22
4.1 Discussie	22
4.2 Sterke kanten en beperkingen van het onderzoek	24
4.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	25
4.4 Implicaties van het onderzoek	25
4.5 Conclusie	25
Literatuur	27
Bijlagen	31
Bijlage 1: Tabel uitkomstcategorieën PAS-ADD Checklist / DSM classificaties	31

Samenvatting

Achtergrond. De PAS-ADD Checklist is een vragenlijst die ondersteunt bij het opsporen van psychiatrische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. De vragenlijst werd ingevuld door familieleden, begeleiders en/of verzorgers van de cliënt. De PAS-ADD Checklist is betrouwbaar en valide geacht in andere talen en is naar het Nederlands vertaald. Voor meer betrouwbare en valide gegevens is aanbevolen om de invullers extra instructie te geven. Er werd onderzocht of video-instructie een meerwaarde heeft bij het invullen van de PAS-ADD Checklist.

Methode. Voor 100 cliënten was de PAS-ADD Checklist ingevuld, 89 werden meegenomen in de analyses. Hiervan zijn 29 invullers, door afwisselend set A (met video-instructie) en B (zonder video-instructie) van de PAS-ADD Checklist op te sturen, toegewezen aan de experimentele conditie waarin de invullers vooraf een video-instructie hebben bekeken voor het invullen van de vragenlijst. Daarna werden alle cliënten gezien op het CVBP, waarbij DSM-classificaties toegekend zijn door een multidisciplinair team. Om de groepen met elkaar te vergelijken wat betreft begrijpelijkheid en toepasselijkheid van de PAS-ADD zijn er t-toetsen uitgevoerd. Middels Cohen's Kappa is bekeken of er een grotere mate van overeenstemming was tussen de uitkomst van de PAS-ADD Checklist en de DSM-classificatie in de groep die de video-instructie had bekeken.

Resultaten. Bij de vragen over de begrijpelijkheid en toepasselijkheid zijn geen significante verschillen gevonden in de groepen met en zonder video-instructie. De gevonden Kappa-waardes geven aan dat er in beide groepen een slechte overeenstemming is gevonden in de uitkomst van de PAS-ADD Checklist en de toegekende DSM-classificaties bij organische conditie en de affectief/neurotische stoornis. Alleen bij de psychotische stoornis is een matige overeenstemming gevonden in de groep met video-instructie. In de groep zonder video-instructie waren er geen cliënten met DSM-classificatie die overeenkwamen met een psychotische stoornis.

Conclusie. Dit onderzoek heeft aangetoond dat video-instructie geen meerwaarde heeft bij het invullen van de PAS-ADD Checklist. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat de video-instructie niet voldeed aan alle richtlijnen voor effectieve video-instructie en dat video-instructie minder noodzakelijk was voor invullers met een gemiddelde intelligentie. Er wordt aanbevolen de PAS-ADD Checklist niet in de praktijk te gebruiken, omdat veel DSM-classificaties niet worden opgespoord met de vragenlijst. Vervolgonderzoek dient te worden uitgevoerd naar wie de PAS-ADD Checklist lastig vindt en welke moeilijkheden zij ervaren.

Abstract

Background. The PAS-ADD Checklist is a questionnaire that assesses possible psychiatric problems in people with intellectual disabilities. The questionnaire is completed by a family member or a caregiver of the client. The PAS-ADD Checklist has shown to be reliable and valid instruments in other languages and has therefore also been translated into Dutch. To obtain more reliable and valid data, additional instructions for the informants are recommended. This research is about whether video instruction has added value when completing the PAS-ADD Checklist.

Method. The PAS-ADD Checklist was completed for 100 clients, 89 were included for the analysis. By alternately sending set A (with video instruction) and B (without video instruction) of the PAS-ADD Checklist, 29 respondents were assigned to the experimental condition in which the respondents had previously watched the video instruction to complete the questionnaire. After completing the PAS-ADD Checklist, the clients were assigned DSM classifications by a multidisciplinary team from the CVBP. Whether the group with video instruction scored significantly higher on the questions about feasibility and applicability was tested with a t-test. To determine whether there was higher agreement in the group with the video instruction between the outcome of the PAS-ADD Checklist and the DSM classification Cohen's Kappa were calculated.

Results. No significant differences were found concerning feasibility and applicability in the groups with and without video instruction. The Kappa values showed that in both groups there was poor agreement in the outcome of the PAS-ADD Checklist and the assigned DSM-classifications for organic condition and affective/neurotic disorder. Only in the psychotic disorder, moderate agreement was found in the video instruction group. The control group showed a constant value, because there were no clients in this group with a DSM classification that corresponded with a psychotic disorder.

Conclusion. This study was unable to demonstrate that video instruction has added value when completing the PAS-ADD Checklist. Possible explanations for this are that the video instruction did not meet all the guidelines for effective video instruction and that video instruction was less necessary for respondents with average intelligence. It is recommended to not use the PAS-ADD Checklist in the field, because many DSM classifications were not detected with the questionnaire. Follow-up research should be conducted to the respondents who had difficulties with completing the questionnaire and what those difficulties are.

1. Inleiding en theoretisch kader

Er zijn veel verschillende berichten over mensen met een verstandelijke beperking. Zo is in dagblad Trouw te lezen dat mensen met een verstandelijke beperking vaak moeite hebben met werk, wonen, school, het onderhouden van relaties en/of mediagebruik (Jongerijs, 2021). Eenzaamheid, schulden en werkloosheid zijn gevolgen die hiermee gepaard kunnen gaan. Aan de andere kant zien we in kranten dat mensen met een verstandelijke beperking meehelpten met het ontwerpen van schoenen of werken bij een stembureau tijdens verkiezingen (De Vliegh, 2022; Van Lith, 2022). Zowel problemen als talenten en mogelijkheden van mensen met een verstandelijke beperking worden zo duidelijk.

Er is veel verschillende informatie te vinden over de prevalentie van een verstandelijke beperking. Volgens de World Health Organization (WHO) ligt de prevalentie van een verstandelijke beperking op bijna 3% van de bevolking (Prasher & Madhavan, 2017). Aan de andere kant wordt in een ander onderzoek geschat dat wereldwijd 1,04% van de bevolking een verstandelijke beperking heeft (Tomlinson et al., 2014). In landen met lagere middeninkomens liggen de prevalentiecijfers voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking hoger (Maulik et al., 2011). Een licht verstandelijke beperking komt in grotere aantallen voor dan een matige of (zeer) ernstige verstandelijke beperking (Cooke, 2003). In Nederland wordt geschat dat er 142.000 mensen zijn met een verstandelijke beperking, 2,2 miljoen mensen zijn zwakbegaafd (Woittiez, Putman, Eggink, & Ras, 2014). Omgerekend gaat het hier om iets minder dan 1% van de Nederlandse bevolking. Eén van de redenen waarom de prevalentiecijfers zo verschillen, zijn de verschillende definities. De WHO hanteert de volgende definitie voor een verstandelijke beperking: “een aanzienlijk verminderd vermogen om nieuwe of complexe informatie te begrijpen en om nieuwe vaardigheden te leren en toe te passen. Dit resulteert in een verminderde zelfredzaamheid en begint al voor de volwassenheid, met een blijvend effect op de ontwikkeling” (Prasher & Madhavan, 2017). In Nederland spreekt men van een verstandelijke beperking bij een IQ-score tussen de 50 en 85, waarbij ook sprake is van een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en bijkomende problematiek (Kalthoff, 2015). Een laag intelligentieniveau is dus niet de enige factor die meegewogen wordt bij een classificatie verstandelijke beperking. Het gaat ook om beperkingen in het adaptieve functioneren en bijkomstige problemen.

Uit onderzoek blijkt inderdaad dat mensen met een verstandelijke beperking vaker last hebben van psychiatrische klachten in vergelijking met hun leeftijdsgenoten zonder verstandelijke beperking (Deb, Thomas, & Bright, 2001); ruim een derde krijgt te maken met psychiatrische problematiek (Devine et al., 2010). In onderzoek komt naar voren dat bij

mensen met een verstandelijke beperking vaak ook andere stoornissen voorkomen, zoals psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, neurotische aandoeningen, persoonlijkheidsstoornissen, disruptieve stoornissen, angststoornissen en ontwikkelingsstoornissen (Gerber & Carminati, 2013; Manor-Binyamini, 2010). Risicofactoren (biologisch, psychisch en/of sociaal) voor psychiatrische problematiek komen vaker voor bij mensen met een verstandelijke beperking dan mensen zonder verstandelijke beperking (Emerson, 2003; Van Gennep, 2002). Voor mensen met een verstandelijke beperking zijn aangeboren of verworven hersenafwijkingen en genetische afwijkingen voorbeelden van biologische risicofactoren (Didden, 2006). Daarnaast hebben mensen met een verstandelijke beperking vaker leerproblemen, een negatief zelfbeeld, onvoldoende beheersing van probleemoplossende vaardigheden en ervaren ze vaker stressvolle gebeurtenissen en/of faalervaringen, wat kan zorgen voor een verhoogd risico op psychiatrische problematiek (Didden, 2006; Hulbert-Williams & Hastings, 2008). Door het verhoogde risico op psychiatrische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking is het opsporen van de psychiatrische problematiek van belang.

Uit onderzoek blijkt alleen dat het herkennen en diagnosticeren van psychiatrische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking om een aantal redenen moeilijk kan zijn (Janssen & Maes, 2012). Om te beginnen kan het voor deze doelgroep met beperkte communicatievaardigheden lastig zijn om te beschrijven hoe ze situaties emotioneel ervaren (Cooper, Melville, & Einfeld, 2003). Daarnaast kunnen psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking zich op een specifieke of ongebruikelijke manier uiten, zoals asociaal gedrag bij een depressie of ongewone spraakprocessen die worden gezien als slechte communicatievaardigheden (Fletcher et al., 2007). Tevens kan het fenomeen van 'diagnostische overschaduw' een rol spelen. Hiermee wordt bedoeld dat zorgprofessionals symptomen van psychiatrische problematiek als onderdeel van de verstandelijke beperking zien en daarmee eventuele psychiatrische problemen over het hoofd zien (Mason & Scior, 2004). Een tijdige en juiste classificatie van psychiatrische problemen is van belang, omdat de kans voor het geven van een effectieve behandeling vergroot wordt (Holden & Gitlesen, 2004). Niet gediagnosticeerde mentale problemen kunnen leiden tot vertraagde behandeling en mogelijk een mindere kwaliteit van leven (Moss et al., 1993).

Om te ondersteunen in het opsporen van psychiatrische problematiek bij deze doelgroep, is de Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD) ontwikkeld (Moss et al., 1998). De PAS-ADD Checklist is daar onderdeel van en is een vragenlijst over levensgebeurtenissen en gedrag van de cliënt, die door een familielid,

verzorger of begeleider van de cliënt wordt ingevuld. Voor de 25 gedragssymptomen die beschreven zijn, kan worden ingevuld hoe vaak deze zijn voorgekomen in de afgelopen vier weken. Op basis hiervan wordt een score berekend. Als de score de drempelwaarde overschrijdt, is de noodzaak voor verder psychiatrisch onderzoek hoger. Er zijn drempelwaardes op drie domeinen. Het overschrijden van deze drempelwaardes kan wijzen op een organische conditie, een affectieve/neurotische of een psychotische stoornis. De levensgebeurtenissen worden niet meegenomen in de scores, maar kunnen nuttige informatie geven voor verder psychiatrisch onderzoek. Door gestandaardiseerd te screenen op gedragssymptomen van psychiatrische problematiek draagt de PAS-ADD Checklist bij aan het tijdig opsporen en onderzoeken daarvan.

De PAS-ADD Checklist wordt al in meerdere landen en talen gebruikt. Uit het eerste onderzoek van de ontwikkelaars, afgenomen bij een Engelse steekproef van mensen met en zonder een verstandelijke beperking, kwam naar voren dat de PAS-ADD Checklist valide en betrouwbaar was (Moss et al., 1998). Die bevindingen werden later bevestigd in ander onderzoek (Sturmeijer, Newton, Cowley, Bouras, & Holt, 2005). Ondertussen is de PAS-ADD Checklist vertaald in onder andere het Frans, Duits en Spaans. Ook deze versies zijn inmiddels voldoende betrouwbaar en valide gebleken (Gerber & Carminati, 2013; Zeilinger, Weber, & Haveman, 2011; Martorell, González, Gutiérrez, Rincón, & Núñez-Polo, 2017). In het Spaanse onderzoek waren vragen opgenomen over de haalbaarheid en toepasbaarheid van de vragenlijst. Hieruit bleek dat de vragen noodzakelijk, voldoende en passend waren om tot de juiste informatie te komen en dat de vragen gemakkelijk te begrijpen waren door de invullers (Martorell et al., 2017). Op basis van deze onderzoeken kan geconcludeerd worden dat de Checklist dus bijdraagt aan het opsporen van mensen met verhoogd risico op psychiatrische problematiek, wat helpend kan zijn bij verder psychiatrisch onderzoek. Uit het onderzoek van Zeilinger et al. (2011) bleek echter ook dat extra uitleg over of training in hoe de PAS-ADD Checklist in te vullen nuttig zou kunnen zijn om de betrouwbaarheid nog verder te verbeteren.

Omdat de PAS-ADD Checklist in andere landen waardevol is gebleken in de screening naar psychiatrische problematiek, is deze vragenlijst naar het Nederlands vertaald. De betrouwbaarheid en validiteit van deze vertaling wordt momenteel onderzocht bij mensen die nieuw aangemeld worden bij het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (CVBP). Aansluitend bij de aanbeveling om extra instructie te geven over het invullen (Zeilinger et al., 2011) wordt ook de waarde van een toegevoegde video-instructie onderzocht. Deze video-instructie wordt gegeven in de vorm van een animatie, waarbij de onderzoeker

uitlegt wat de PAS-ADD Checklist is, hoe de Checklist eruit ziet en hoe de invuller de vragenlijst dient in te vullen.

Bij video-instructie worden er meer middelen voor communicatie gebruikt dan bij geschreven instructie (Kress & Van Leeuwen, 2001). Het kan bijvoorbeeld gaan om visuele, verbale, schriftelijke, gebaren en muzikale middelen. Meer middelen voor communicatie zorgen ervoor dat de invuller op meerdere manieren betekenis geeft aan de gekregen instructie. In 25% van de gevallen hebben cliënten met een verstandelijke beperking ook ouders met een verstandelijke beperking, meestal een licht verstandelijke beperking (Bray, 2001). Visuele ondersteuning kan bij deze doelgroep helpend zijn (Konz, Mastebroek, & Festen, 2020). Niet alleen voor invullers met een laag intelligentieniveau of verstandelijke beperking is video-instructie nuttig. Een animatievideo trekt aan en werkt motiverend (Alexander, 2013), een doel dat met deze extra instructie ook voor de PAS-ADD Checklist wordt nagestreefd. Om instructies zo effectief mogelijk te maken, zijn er technische en inhoudelijke richtlijnen opgesteld (Plaisant & Shneiderman, 2005). De richtlijnen die gelden voor effectieve video-instructie zijn onder andere: maak gebruik van de daadwerkelijke gebruikersomgeving/ vragenlijst; maak de taken simpel en duidelijk; zorg voor video's tussen de 15 en 60 seconden; maak gebruik van gesproken tekst; en zorg voor een goede bruikbaarheid. Deze richtlijnen zijn de basis waarop de video-instructie is ontwikkeld die is gebruikt bij de PAS-ADD Checklist. Daarnaast is bekend dat door het gebruiken van beeld en geluid de capaciteit van het kortetermijngeheugen verbeterd, waardoor de informatie van de video-instructie beter opgeslagen kan worden (Bijkerk & Van der Heide, 2016). Samengevat heeft video-instructie dus veel voordelen en lijkt het helpend te kunnen zijn voor het invullen van de PAS-ADD Checklist.

Deze these richtte zich op het onderzoeken van de meerwaarde van video-instructie voor het invullen van de PAS-ADD Checklist. Vanuit de literatuur lijkt video-instructie bij het invullen van de Checklist een meerwaarde te hebben. In de praktijk was hier echter nog geen onderzoek naar gedaan. Om de meerwaarde van de video-instructie te onderzoeken, waren de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- In hoeverre vinden de invullers de PAS-ADD Checklist goed te begrijpen en toe te passen? En is er een verschil in de groep met en zonder video-instructie?
- Zijn de DSM-classificaties meer in overeenstemming met de uitkomst van de PAS-ADD Checklist als er gebruik wordt gemaakt van video-instructie?

Om tot een antwoord te komen op deze twee vragen was eerst data verzameld over cliënten met een verstandelijke beperking in de praktijk. Voor cliënten was voorafgaand aan het vaststellen van een klinische classificatie de PAS-ADD Checklist ingevuld door familieleden, verzorgers en/of begeleiders. Afwisselend werden set A (met video-instructie) en B (zonder video-instructie van de vragenlijsten opgestuurd naar de cliënten. Door het bekijken van de video-instructie werden de deelnemers toegewezen aan de groep met video-instructie of aan de groep zonder video-instructie. De data van de groepen met en zonder video-instructie waren met elkaar vergeleken. Op basis van ingevulde vragenlijsten werd bekeken of er verschillen zaten in hoe goed de vragenlijst te begrijpen en toe te passen is in de groep met en zonder video-instructie. Daarnaast werd bekeken of de video-instructie meerwaarde heeft voor de validiteit van de PAS-ADD in vergelijking met de klinische classificatie, zoals werd verwacht vanuit het onderzoek van Zeilinger et al. (2011). Dit is gedaan door de klinische classificatie te vergelijken met de uitkomst van de PAS-ADD Checklist in de groepen met en zonder video-instructie.

2. Methode

2.1 Context setting

Het onderzoek vond plaats bij het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (CVBP). Het CVBP is een onderdeel van GGZ Drenthe en biedt hulp aan mensen met een verstandelijke beperking, die vragen hebben over hun geestelijke gezondheid (GGZ Drenthe, z.d.).

2.2 Participanten

Cliënten die nieuw waren aangemeld bij het CVBP waren benaderd om mee te werken aan het onderzoek. De cliënten hoefden zelf de PAS-ADD Checklist niet in te vullen. Dit was de taak van de familieleden, verzorgers en/of begeleiders. Vereiste was dat de invullers de cliënten minimaal al een half jaar kenden. Vanaf februari 2020 zijn er voor 100 cliënten PAS-ADD Checklisten verzameld. Sommige cliënten kregen de vragenlijst twee keer in verband met de test-hertestbetrouwbaarheid en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Voor dit onderzoek was alleen de PAS-ADD Checklist van de eerste invuller meegenomen ($n=100$). Cliënten jonger dan 18 ($n=2$), een cliënt zonder verstandelijke beperking ($n=1$) en invullers die de cliënt minder dan een half jaar kenden ($n=5$), werden niet meegenomen voor de analyses. Van de 100 cliënten behoorden er dus 92 participanten tot de steekproef. De steekproef omvatte 33 mannen en 59 vrouwen van 18 tot en met 68 jaar. De gemiddelde leeftijd van de cliënten was 34,11 jaar. De cliënten zijn verstandelijk beperkt en waren aangemeld bij het CVBP met verschillende klachten. Van de 92 hadden 55 cliënten een licht verstandelijke beperking. Verder waren er 8 participanten met een matig verstandelijke beperking, 2 participanten met een ernstige verstandelijke beperking, 6 participanten met een ongespecificeerde verstandelijke beperking, 2 participanten met een globale ontwikkelingsachterstand en 9 participanten waren zwakbegaafd. 90,2% van de cliënten had in de afgelopen twee jaar minimaal één levensgebeurtenis meegemaakt. Het maximum aantal levensgebeurtenissen dat een cliënt had meegemaakt was 12. Gemiddeld gaven de participanten aan 3,16 levensgebeurtenissen mee te hebben gemaakt in de afgelopen twee jaar.

De invullers waren voornamelijk persoonlijk begeleiders (35,9%), ouders (30,4%) en dan ambulante begeleider (14,1%). De rest van de invullers waren familieleden, partners, woonbegeleiders, naaste vriend(in), wettelijk vertegenwoordigers, zorgondernemer, zorgverlener, behandelaar of contactpersoon. Van twee invullers was niet bekend hoe ze de cliënten kenden.

Voor het onderzoek was het van belang dat de invullers de cliënten minimaal een half jaar kenden. Meer dan een kwart van de invullers kenden de participanten hun hele leven, dit was terug te zien als ouders de invullers waren. 15,2% van de invullers kenden de cliënten een half jaar tot 2 jaar en 26,1% kenden de cliënten 2 tot 5 jaar. Meer dan de helft van de invullers kenden de participanten minimaal 6 jaar tot het hele leven.

2.3 Procedure

Voor de intake hadden de participanten via de post of via de e-mail de PAS-ADD Checklist ontvangen samen met de informatiefolders en de toestemmingsformulieren voor de cliënt, wettelijk vertegenwoordiger en invuller. Familieleden, verzorgers en/of begeleiders hadden de PAS-ADD Checklist ingevuld. Na het invullen konden de cliënten (of de invullers) de PAS-ADD Checklist met ondertekende toestemmingsformulieren terugsturen met de bijgevoegde antwoordenvolp of inleveren tijdens de intake. De invullers die de vragenlijst per e-mail hadden ontvangen, konden zelf beslissen of ze de vragenlijst online wilden invullen of deze wilden printen en het op papier invullen. Als de PAS-ADD Checklist via de link online werd ingevuld, werden de antwoorden automatisch verstuurd naar de onderzoeker.

Om de meerwaarde van de video-instructie te meten was de steekproef opgedeeld in twee groepen door afwisselend set A en B van de PAS-ADD Checklist op te sturen. Groep A had de PAS-ADD Checklist met video-instructie ontvangen. Groep B had de Checklist zonder video-instructie gekregen. De video-instructie was op YouTube te bekijken via de link die de deelnemers van het onderzoek in groep A hadden ontvangen. In iets minder dan vijf minuten werd uitleg gegeven over de PAS-ADD Checklist. Door middel van een korte animatie vertelde de onderzoeker wat de PAS-ADD Checklist is, hoe de PAS-ADD Checklist eruit zag en hoe de vragenlijst ingevuld moest worden.

2.4 Instrumenten

2.4.1 PAS-ADD Checklist

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van meerdere instrumenten. Ten eerste was de Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD Checklist) gebruikt. Dit is een vragenlijst die bijdraagt aan het opsporen en onderzoeken van psychiatrische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. De Checklist is opgedeeld in twee delen. Het eerste gedeelte gaat over levensgebeurtenissen die de cliënt in de afgelopen twee jaar had meegemaakt. Bij 17 levensgebeurtenissen konden de invullers een vakje aankruisen. Zelf een andere gebeurtenis of wijziging in de dagelijkse routine die stress

kon hebben veroorzaakt mocht ook opgeschreven worden in de vragenlijst. Als er geen van de genoemde gebeurtenissen had plaatsgevonden in de afgelopen twee jaar, dan kon dat ook aangekruist worden.

Het tweede gedeelte van de PAS-ADD Checklist bestaat uit 25 gedragssymptomen. Het gaat hierbij om het gedrag van de cliënt in de afgelopen vier weken. Als het gedrag niet is voorgekomen of altijd al zo is geweest, werd de gele kolom aangekruist. Dit wilde zeggen dat er de laatste vier weken geen verandering was opgetreden in het gedrag. Als het gedrag in de laatste vier weken wel was voorgekomen, kon de invuller kiezen uit de volgende antwoordmogelijkheden: ‘incidenteel voorgekomen of aanwezig in een milde vorm’, ‘frequent voorgekomen of aanwezig in gematigde vorm’ of ‘meestal aanwezig in een ernstige vorm’. Volgens een standaard scoreformulier werd gekeken of de drempelwaarde voor een organische conditie, een affectieve/neurotische stoornis of psychotische stoornis was bereikt.

2.4.2 Begrijpelijkheid en toepasselijkheid

Aan de PAS-ADD Checklist waren voor dit onderzoek zeven vragen toegevoegd over de begrijpelijkheid en toepasselijkheid van de vragenlijst, waarbij bij zes vragen een zevenpunts likertschaal werd gebruikt. De antwoordmogelijkheden waren: helemaal mee oneens, mee oneens, een beetje mee oneens, neutraal, een beetje mee eens, mee eens en helemaal mee eens. Ook was bij elke vraag de mogelijkheid om een toelichting te geven. De zevende vraag was een open vraag en luidde: ‘Dit wil ik nog extra zeggen over de begrijpelijkheid van deze vragenlijst’.

2.4.3 DSM-classificatie

De DSM-classificatie was gesteld door het multidisciplinaire team van het CVBP. De classificatie kwam tot stand door een zorgvuldige, multidisciplinaire beoordeling van de specialistische behandelaren. Een onderdeel van de klinische diagnose was de DSM-classificatie, die de aanwezigheid van bepaalde psychische problemen of stoornissen aangeeft. Hierbij werd gebruik gemaakt van de DSM-5.

2.5 Statistische analyse

Om te onderzoeken of de groep met video-instructie op achtergrond variabelen verschilde van de groep zonder video-instructie, werden de kenmerken van de deelnemers beschreven. In een tabel is beschreven wat de mate van beperking, het geslacht en de leeftijd van de cliënt waren en wat de relatie van de invuller tot de cliënt was, hoelang de invuller de cliënt kende en hoeveel levensgebeurtenissen de cliënt had meegemaakt. Voor de achtergrondvariabelen leeftijd en aantal levensgebeurtenissen werden de groepen met elkaar vergeleken met een

independent samples t-toets. De overige achtergrondvariabelen werden getoetst met een chi-kwadraattoets. Daarna was beschreven of er significante verschillen waren tussen de twee groepen.

Vervolgens werd onderzocht of binnen de groep die de video-instructie aangeboden had gekregen, de invullers de instructievideo hadden bekeken. Als dit het geval was, werd er ook nagegaan of de invullers de video helemaal hadden bekeken of alleen deels hadden bekeken. In een tabel zijn deze gegevens genoteerd. Deelnemers die de video-instructie deels of helemaal hadden bekeken werden meegenomen in de groep met video-instructie. Deelnemers die de video-instructie niet aangeboden hadden gekregen óf die deze wel aangeboden kregen maar niet hadden bekeken, waren ondergebracht in de groep zonder video-instructie. De invullers die video-instructie aangeboden hadden gekregen, maar de vragen over video-instructie niet (goed) hadden ingevuld, werden niet meegenomen in de analyse.

Vervolgens werd onderzocht of de invullers de PAS-ADD Checklist goed te begrijpen vonden en of ze het goed vonden toe te passen bij de cliënt, ook wel de begrijpelijkheid en toepasselijkheid genoemd. Er werd gekeken of er een verschil zit in de groep met video-instructie en de groep zonder video-instructie. Het verschil in begrijpelijkheid en toepasselijkheid tussen de groep met video-instructie en de groep zonder video-instructie was berekend met een t-toets voor de vragen met een Likertschaal. Bij een $p \leq 0,05$ werd er gesproken van een significant verschil.

Als laatste werd onderzocht of de klinische classificaties meer in overeenstemming waren met de uitkomst van de PAS-ADD Checklist wanneer er gebruik werd gemaakt van video-instructie dan zonder video-instructie. Dit is gebeurd in meerdere stappen. Bij stap één werden de mogelijke uitkomsten van de PAS-ADD Checklist gekoppeld aan de DSM-classificaties. De PAS-ADD Checklist meet gedragssymptomen die kunnen duiden op een organische conditie, een neurotische/affectieve stoornis of een psychotische stoornis. In een tabel, opgemaakt zoals in tabel 1 was duidelijk gemaakt welke DSM-classificaties vielen onder de drie uitkomstcategorieën van de PAS-ADD Checklist (voor volledige lijst zie bijlage 1). De stoornissen die niet onder één van de uitkomstcategorieën vielen, werden niet meegenomen in het onderzoek.

Tabel 1*Uitkomstcategorieën PAS-ADD Checklist / DSM-classificaties*

Mogelijke voorspellingen PAS-ADD	DSM-classificaties die onder de categorie vallen
Organische conditie	<i>DSM-classificatie</i>
	...
Affectieve / neurotische stoornis	...
	...
Psychotische stoornis	...
	...
Geen van bovenstaande	...
	...

In de tweede stap was de voorspelling op basis van de PAS-ADD Checklist vergeleken met de klinische classificatie. Dit werd gedaan door per cliënt te bekijken of zij een classificatie toegekend hadden gekregen die viel onder één van de uitkomstcategorieën van de PAS-ADD Checklist. In een tabel is weergegeven of er een drempelwaarde was bereikt voor één van de uitkomstcategorieën van de PAS-ADD Checklist en welke classificatie was toegekend door het multidisciplinaire team van het CVBP. Het was mogelijk dat cliënten geen drempelwaarde bereikten in de PAS-ADD Checklist of dat ze een classificatie kregen die niet overeenkwam met één van de uitkomstcategorieën van de PAS-ADD Checklist. Deze gegevens werden ook in de tabel meegenomen. Er was ook de mogelijkheid dat sommige cliënten meerdere drempelwaardes hadden bereikt of meerdere DSM-classificaties toegekend hadden gekregen. Daarom wordt in de tabel het aantal classificaties genoemd en niet het aantal cliënten.

In de laatste stap werd onderzocht of er een verschil zat in de groep met en zonder video-instructie wat betreft overeenstemming tussen de voorspelling uit de PAS-ADD Checklist en de klinische classificatie. De groep zonder video-instructie werd vergeleken met de groep met video-instructie met Cohen's Kappa. Hiermee werd berekend wat de mate van overeenstemming was tussen de uitkomst van PAS-ADD Checklist en de klinische classificatie die gesteld werd door het multidisciplinaire team van het CVBP. Het voordeel van Cohen's Kappa was dat er rekening is gehouden met toevalsovereenstemming. De Kappa-waarde van de groep met en zonder video-instructie was berekend. Een Kappa-waarde lager dan 0 is slecht, een Kappa-waarde tussen .00 en .20 is gering, tussen 0.21 en 0.40 matig, tussen 0.41 en 0.60 voldoende en tussen 0.61 en 0.80 is goed, een waarde van 0.80 tot 1.00 is bijna perfect (Kramer & Feinstein, 1981). Aansluitend werd bekeken wat de Kappa-waardes waren in de groep met video-instructie en in de groep zonder video-instructie.

3. Resultaten

3.1 Video-instructie

Vanuit het CVBP werd afwisselend de vragenlijst met video-instructie en de vragenlijst zonder video-instructie opgestuurd, waardoor de participanten werden opgedeeld in twee groepen: een groep die de video-instructie aangeboden had gekregen ($n=42$) en een groep die geen video-instructie aangeboden had gekregen ($n=50$). In tabel 2 is weergegeven hoeveel uit de groep met video instructie de video-instructie niet – deels – of helemaal bekeken hadden. Negentwintig participanten gaven aan de video-instructie bekeken te hebben en 11 participanten gaven aan de video-instructie niet bekeken te hebben. Van de deelnemers die de video-instructie bekeken hadden, hadden 26 deelnemers de instructie helemaal bekeken, had 1 deelnemer de instructie deels bekeken en van twee deelnemers was onbekend of zij de video-instructie deels of helemaal hadden bekeken. 4 van de 11 deelnemers die de video-instructie niet hadden bekeken hadden een notitie gemaakt dat de video-instructie niet beschikbaar was. Twee deelnemers hadden de video-instructie ontvangen, maar van hen was onbekend of zij de video-instructie wel of niet bekeken hadden.

Tabel 2

Bekijken van video-instructie

Video-instructie wel/niet aangeboden gekregen	Video-instructie wel/niet bekeken	Video-instructie helemaal/deels bekeken	N =
Aangeboden	Bekeken	Helemaal bekeken	26
		Deels bekeken	1
		Onbekend	2
	Niet bekeken		11
	Onbekend		2
Niet aangeboden			50

Eén participant had ingevuld de video-instructie niet bekeken te hebben, maar deze ook helemaal bekeken te hebben. Deze participant werd, samen met de twee participanten die niet ingevuld hadden of ze de video-instructie wel of niet bekeken hadden, niet meegenomen in steekproef voor de analyse. Dit betekent dat de analyses uitgevoerd zijn over de groep met video-instructie ($n=29$) en zonder video-instructie ($n=60$).

3.2 Achtergrondvariabelen

Vervolgens werden de twee groepen met elkaar vergeleken wat betreft de volgende achtergrondvariabelen van de cliënt: het geslacht, de leeftijd, de mate van beperking en het aantal meegemaakt levensgebeurtenissen. Van de invuller waren de relatie tot de cliënt en

hoelang de invuller de cliënt kent meegenomen als achtergrondvariabelen. In tabel 3 zijn de gemiddelde leeftijd van de cliënt en het aantal meegemaakte levensgebeurtenissen in de afgelopen 2 jaar weergegeven en de verschillen tussen de groepen met en zonder video-instructie. Hierbij was te zien dat de twee groepen niet van elkaar verschillen wat betreft gemiddelde leeftijd en aantal levensgebeurtenissen. In tabel 4 zijn vier achtergrondvariabelen weergegeven: het geslacht en de mate van beperking van de cliënt, de relatie van de invuller tot de cliënt en hoe lang de invuller cliënt kende. Ook hier is te zien dat er geen significante verschillen gevonden zijn in de groepen met en zonder video-instructie bij een $p \leq .05$. Bij het toetsen van de achtergrondvariabelen mate van beperking, de relatie van de invuller tot de cliënt en hoelang de invuller de cliënt kende moet vermeld worden dat de verwachte frequentie in sommige cellen lager dan 5 was. De assumpties waren hierbij dus geschonden. Uit de analyses bleek dat de randomisatie succesvol was omdat de groepen niet van elkaar verschilden. Hierdoor hoefde er niet gecontroleerd te worden voor één van de achtergrondvariabelen in de verdere analyses.

Tabel 3

Leeftijd en aantal levensgebeurtenissen

Achtergrond-variabele	Groep	M	SD	Min	Max	P-waarde
Leeftijd	Met video-instructie	35,00	14,38	18	68	.802
	Zonder video-instructie	34,15	15,20	18	66	
Aantal levensgebeurtenissen	Met video-instructie	3,00	1,91	0	9	.691
	Zonder video-instructie	3,21	2,45	0	12	

Tabel 4

Geslacht, mate van beperking, relatie tot cliënt, hoe lang kent de invuller de cliënt

Achtergrond-variabele	Mogelijke uitkomsten	Groep	N =	P-waarde
Geslacht	Mannen	Met video-instructie	9	.501
		Zonder video-instructie	23	
	Vrouwen	Met video-instructie	20	
		Zonder video-instructie	37	
Mate van beperking	Licht verstandelijke beperking	Met video-instructie	16	.346
		Zonder video-instructie	38	
	Matig verstandelijke beperking	Met video-instructie	4	
		Zonder video-instructie	4	
	Ernstig verstandelijke beperking	Met video-instructie	0	
		Zonder video-instructie	2	
	Ongespecificeerde verstandelijke beperking	Met video-instructie	0	
		Zonder video-instructie	5	
	Globale ontwikkelingsachterstand	Met video-instructie	1	
Zonder video-instructie		1		

	Zwakbegaafdheid	Met video-instructie	4	
		Zonder video-instructie	5	
Relatie van invullers tot cliënt	Persoonlijk begeleider	Met video-instructie	9	.164
		Zonder video-instructie	24	
	Ouder	Met video-instructie	9	
		Zonder video-instructie	17	
	Familielid	Met video-instructie	3	
		Zonder video-instructie	0	
	Ambulant begeleider	Met video-instructie	4	
		Zonder video-instructie	8	
	Partner	Met video-instructie	1	
		Zonder video-instructie	3	
	Woonbegeleider	Met video-instructie	0	
		Zonder video-instructie	1	
Naaste vriend(in)	Met video-instructie	1		
	Zonder video-instructie	0		
Anders, namelijk...	Met video-instructie	1		
	Zonder video-instructie	6		
Hoe lang kennen de invullers de cliënten	0,5 – 2 jaar	Met video-instructie	6	.754
		Zonder video-instructie	8	
	2 – 5 jaar	Met video-instructie	7	
		Zonder video-instructie	17	
	6 – 10 jaar	Met video-instructie	3	
		Zonder video-instructie	5	
	Meer dan 10 jaar	Met video-instructie	3	
		Zonder video-instructie	11	
	Hele leven	Met video-instructie	9	
		Zonder video-instructie	15	

3.3 Begrijpelijkheid en toepasselijkheid

3.3.1 Scores op de vragen over begrijpelijkheid en toepasselijkheid

De invullers werden gevraagd om de vragen over de begrijpelijkheid en toepasselijkheid te beantwoorden op een zevenpunts likertschaal, van helemaal mee oneens tot en met helemaal mee eens. Op de vragen werden er gemiddelde scores behaald tussen de 4,15 en 5,79. Dit kwam overeen met de antwoorden: neutraal, een beetje mee eens en mee eens. Bij de vraag of de PAS-ADD snel is in te vullen werden er in de groep zonder video-instructie antwoorden tussen ‘mee oneens’ en ‘helemaal mee eens’ ingevuld. Bij alle andere vragen werden in beide groepen antwoorden gegeven van ‘helemaal mee oneens’ tot ‘helemaal mee eens’. Dit liet zien dat de invullers de PAS-ADD Checklist wisselend beoordeelden op de begrijpelijkheid en toepasselijkheid.

Zoals gepresenteerd in tabel 5, was er op geen enkele vraag een significant verschil gevonden ten aanzien van begrijpelijkheid en toepasselijkheid bij een $p \leq .05$. Bij deze toetsen waren geen assumpties geschonden.

Tabel 5*Vragen begrijpelijkheid en toepasselijkheid*

Vragen uit de PAS-ADD Checklist	Groep	M	Min	Max	P-waarde
1. Ik kon de vragen uit de PAS-ADD Checklist makkelijk begrijpen	Met video-instructie	5,79	1	7	.267
	Zonder video-instructie	5,38	1	7	
2. Ik kon de vragen uit de PAS-ADD Checklist makkelijk invullen.	Met video-instructie	5,48	1	7	.846
	Zonder video-instructie	5,41	1	7	
3. Om de persoon over wie ik de PAS-ADD vragenlijst heb ingevuld goed te kunnen beschrijven zijn alle vragen nodig die in de PAS-ADD Checklist staan.	Met video-instructie	4,52	1	7	.736
	Zonder video-instructie	4,38	1	7	
4. De vragen uit de PAS-ADD Checklist gaan over onderwerpen die belangrijk zijn voor de persoon over wie ik de PAS-ADD invulde.	Met video-instructie	5,45	1	7	.092
	Zonder video-instructie	4,87	1	7	
5. De PAS-ADD Checklist is snel in te vullen.	Met video-instructie	5,28	1	7	.724
	Zonder video-instructie	5,15	2	7	
6. Ik vind de PAS-ADD Checklist een nuttige manier om de geestelijke gezondheid van personen met een verstandelijke beperking in kaart te brengen.	Met video-instructie	4,52	1	7	.334
	Zonder video-instructie	4,15	1	7	

3.3.2 Toelichtingen bij de vragen over begrijpelijkheid en toepasselijkheid

Naast de kwantitatieve gegevens waren ook de open antwoorden, waarbij invullers een toelichting konden geven op de gesloten vragen, van beide groepen bekeken. Er is beschreven welke opmerkingen de invullers hadden gegeven, hoeveel invullers dit hadden genoemd en tot welke groep (met of zonder video-instructie) de invullers behoorden.

Ten eerste was de begrijpelijkheid van de PAS-ADD Checklist bekeken. Hierbij was acht keer genoemd dat er moeilijke woorden waren gebruikt in de vragen van de PAS-ADD Checklist (met video-instructie = 37,5%; zonder video-instructie = 62,5%). Daarentegen gaven vijf participanten juist aan dat de vragen duidelijk geformuleerd waren (met video-instructie = 60%; zonder video-instructie = 40%). Vijf participanten noemden dat ze moeite hadden met de antwoordmogelijkheden in de PAS-ADD Checklist (met video-instructie = 60%; zonder video-instructie = 40%). Er werd bijvoorbeeld genoemd dat het lastig was om te bepalen of gedrag matig, mild of ernstig was en dat de gele kolom (is niet voorgekomen of is altijd zo geweest) verwarring opleverde. Ook noemde één participant dat de kolommen onduidelijk waren, omdat de ernst en de frequentie van elkaar konden verschillen. Zo waren er gedragingen die in ernstige mate (rode kolom), maar incidenteel (lichtroze kolom) voorkwamen. Het was dan onduidelijk welke kolom aangekruist moest worden.

Ten tweede was bekeken in hoeverre de vragenlijst toepasbaar is op de cliënten. Negen participanten, allen uit de groep zonder video-instructie, gaven aan dat ze de PAS-ADD Checklist te algemeen ($n=3$) en te beknopt vonden ($n=6$). Daarnaast is door zeven participanten aangegeven dat sommige vragen niet relevant waren voor de cliënt (met video-instructie = 14,3%; zonder video-instructie = 85,7%) en noemden vijf participanten dat een persoonlijke toelichting belangrijker is om de cliënt te leren kennen (met video-instructie = 20%; zonder video-instructie = 80%) dan het invullen van de PAS-ADD Checklist. Zeven participanten noemden dat er onderwerpen gemist werden in de vragenlijst (met video-instructie = 57,1%; zonder video-instructie = 42,9%), zoals nachtmerries, seksualiteit, medische aspecten, functioneren op werk en vragen rondom de classificatie. De participanten noemden verder nog dat de cliënt complexer is dan een vragenlijst ($n=1$), dat er geen positieve aspecten van de cliënt aan bod komen ($n=1$) en dat de vragenlijst door de invullers als aanvulling wordt gezien ($n=3$).

Ten derde was er gekeken naar de toelichtingen en opmerkingen over de geschreven instructie en video-instructie. Over de video-instructie zelf waren geen vragen opgenomen in de vragenlijst, maar enkele participanten hadden dit wel meegenomen in de toelichting in de vragen over de begrijpelijkheid en toepasselijkheid of hadden opmerkingen geschreven bij de vragen over de video-instructie. Over de video-instructie was vier keer genoemd dat deze niet beschikbaar was. Eén participant vond de video-instructie duidelijker dan de geschreven instructie. Eén andere participant noemde de video-instructie 'een aanfluiting'. Deze invuller had verwacht om informatie over de inhoud van de vragen en antwoordmogelijkheden te krijgen in de video-instructie. In de vragenlijst hadden vijf participanten aangegeven dat ze veel moesten lezen bij de geschreven instructie (zonder video-instructie = 100%) en vier participanten hadden aangegeven dat ze de geschreven instructie onoverzichtelijk vonden (met video-instructie = 25%; zonder video-instructie = 75%). Daarnaast werd er door één invuller uit de groep zonder video-instructie aangegeven dat er veel herhaling was in de verschillende instructiebrieven en toestemmingsformulieren. Over zowel de geschreven instructie als video-instructie leken voornamelijk de negatieve aspecten te zijn genoteerd.

3.4 Overeenstemming DSM-classificatie met uitkomst PAS-ADD Checklist

In tabel 6 is weergegeven hoe vaak er overeenstemming was tussen de DSM-classificaties en de uitkomst van de PAS-ADD Checklist. In de rijen staan de DSM-classificaties beschreven. In de kolommen is weergegeven of er een drempelwaarde is bereikt en in welke categorie. Als een cliënt een drempelwaarde had bereikt voor meerdere uitkomstcategorieën werden deze

beiden genoteerd. Een cliënt die bijvoorbeeld een drempelwaarde had bereikt voor een organische conditie en affectieve/neurotische stoornis en een classificatie ADHD had gekregen, is twee keer weergegeven in de tabel: bij de drempelwaarde voor organische conditie en classificatie neurobiologische ontwikkelingsstoornis; en bij de drempelwaarde voor affectieve/neurotische stoornis en classificatie neurobiologische ontwikkelingsstoornis. Daarnaast kwam het ook voor dat cliënten meerdere classificaties toegekend hadden gekregen. Deze cliënten werden ook meerdere keren genoteerd in de tabel. In de tabel correspondeert het aantal dus met het aantal overschreden drempelwaardes en classificaties en niet met het aantal cliënten.

Zoals te zien in tabel 6 had 43,6% geen drempelwaarde bereikt in de PAS-ADD Checklist, terwijl er wel sprake is van psychiatrische problematiek. Daarnaast is ook te zien dat bijna de helft van de toegekende DSM-classificaties niet overeenkwamen met één van de uitkomstcategorieën van de PAS-ADD Checklist. 78 toegekende classificaties kwamen overeen met één van de uitkomstcategorieën en 76 toegekende classificaties vielen daarbuiten. In totaal waren er maar 16 classificaties ($n_{\text{organisch}}=1$; $n_{\text{affectief/neurotisch}}=13$; $n_{\text{psychotisch}}=2$) juist gescreend door de PAS-ADD Checklist. Ook is in tabel 6 te zien dat er maar weinig classificaties gesteld waren in de categorie organische conditie ($n=8$) en psychotische stoornis ($n=6$).

Tabel 6

Overzicht DSM-classificaties / uitkomstcategorieën PAS-ADD

DSM-classificaties	Drempelwaarde van de PAS-ADD bereikt in de uitkomstcategorieën			Geen drempelwaarde bereikt voor onderdeel van de PAS-ADD	Totaal	
	Organische conditie	Affectieve/neurotische stoornis	Psychotische stoornis			
matchend met één van de uitkomstcategorieën van de PAS-ADD	Organische conditie	1 (12,5%)	2 (25,0%)	2 (25,0%)	3 (37,5%)	8
	Affectief/neurotische stoornis	8 (12,5%)	13 (20,3%)	9 (14,1%)	34 (53,1%)	64
	Psychotische stoornis	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	6
Overige DSM-classificaties	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	7 (15,2%)	15 (32,6%)	6 (13,0%)	18 (29,1%)	46
	Voedings- en eetstoornissen	1 (33,3%)	1 (33,3%)		1 (33,3%)	3
	Persoonlijkheidsstoornissen	1 (50,0%)	1 (50,0%)			2

Gedragsstoornissen				1 (100%)	1
Middelgerelateerde stoornissen en verslavingen	1 (33,3%)	1 (33,3%)		1 (33,3%)	3
Hechtingsstoornis	1 (50,0%)			1 (50,0%)	2
Somatisch-symptoomstoornissen				3 (100%)	3
Genetische stoornissen	1 (100%)				1
Andere problemen die een reden tot zorg kunnen zijn (V-codes)	3 (20,0%)	4 (26,7%)	4 (26,7%)	4 (26,7%)	15
Geen DSM-classificatie toegekend		1 (50,0%)	1 (50,0%)		2
Totaal	25 (16,0%)	39 (25,0%)	24 (15,4%)	68 (43,6%)	156

Noot: De n correspondeert met het aantal classificaties ($n=156$) en niet met aantal cliënten ($n=89$)

Er was een analyse gemaakt of de DSM-classificatie in overeenstemming is met de uitkomst van de PAS-ADD Checklist. Per mogelijke uitkomst van de PAS-ADD Checklist (organische conditie, affectieve/neurotische stoornis, psychotische stoornis) was de Cohen's Kappa berekend. Zoals te zien in tabel 7, was er in de groep met video-instructie een matige overeenstemming gevonden ($\kappa = .344$). Deze kon niet worden vergeleken met de groep zonder video-instructie, omdat er geen cliënten waren geclassificeerd met een psychotische stoornis in de groep zonder video-instructie.

In de groep van de organische conditie en de affectieve/neurotische stoornis werden alleen negatieve Kappa-waardes gevonden. Hieruit bleek dat de overeenstemming in alle gevallen slecht is. Een vergelijking tussen de groepen met en zonder video-instructie was met deze waardes niet zinvol.

Tabel 7

Kappa-waardes

Categorieën	Groep	Kappa-waarde
Organische conditie	Met video-instructie	-.058
	Zonder video-instructie	-.037
Affectieve/neurotische stoornis	Met video-instructie	-.009
	Zonder video-instructie	-.039
Psychotische stoornis	Met video-instructie	.344
	Zonder video-instructie	.000 ^a

Noot: ^aEr zijn geen statistieken omdat een psychotische classificatie een constante waarde heeft.

In de groep van de organische conditie en de psychotische stoornis waren de assumpties geschonden omdat er maar weinig mensen een classificatie kregen die passen bij deze categorie ($n_{\text{organisch}}=7$; $n_{\text{psychotisch}}=4$). Dit was niet het geval bij de groep met affectieve/neurotische stoornis ($n=50$). Er zaten genoeg deelnemers in elke groep, alleen was er geen grote mate van overeenstemming. Bij de organische conditie en de affectieve/neurotische stoornis waren alleen negatieve waarden gevonden, bij de psychotische stoornis kon er geen vergelijking gemaakt worden tussen de groepen met en zonder video-instructie. Er kan dus niet gesteld worden dat de overeenstemming tussen de uitkomst van de PAS-ADD Checklist en de DSM-classificatie hoger lag in de groep met video-instructie in vergelijking met de groep zonder video-instructie.

4. Discussie en conclusie

In dit onderzoek stond de meerwaarde van video-instructie bij het invullen van de PAS-ADD Checklist centraal. Hierbij waren meerdere onderzoeksvragen opgesteld: ‘In hoeverre vinden de invullers de PAS-ADD Checklist goed te begrijpen en toe te passen?’, ‘Is er een verschil in de groep met en zonder video-instructie?’ en ‘Zijn de DSM-classificaties meer in overeenstemming met de uitkomst van de PAS-ADD Checklist wanneer er gebruik wordt gemaakt van video-instructie?’ Uit de resultaten bleek dat de invullers de PAS-ADD Checklist wisselend beoordelen op de begrijpelijkheid en toepasselijkheid. Er was geen significant verschil in de groepen met en zonder video-instructie wat betreft de vragen over de begrijpelijkheid en toepasselijkheid. Daarnaast werd er zeer lage overeenstemming tussen de uitkomst van de PAS-ADD Checklist en de DSM-classificatie gevonden in beide groepen. Het vergelijken van de groepen met en zonder video-instructie was niet mogelijk bij de psychotische stoornis en niet zinvol met de gevonden waarden bij een organische conditie en een affectieve/neurotische stoornis.

4.1 Discussie

Op basis van het Spaanse onderzoek van Martorell et al. (2017), waaruit bleek dat de PAS-ADD Checklist haalbaar, toepasbaar en gemakkelijk te begrijpen was, werd verwacht dat de Nederlandse PAS-ADD Checklist ook goed te begrijpen en toe te passen was. Uit de resultaten bleek dat op alle vragen over de begrijpelijkheid en toepasselijkheid een gemiddelde score tussen 4,15 en 5,79 werd behaald, wat vergelijkbaar is met de antwoordmogelijkheden neutraal, een beetje mee eens en mee eens. Uit de gemiddelde scores kwam naar voren dat de invullers de PAS-ADD Checklist overwegend goed te begrijpen en toe te passen vinden. In de toelichtingen werden met name negatieve aspecten over de begrijpelijkheid en toepasselijkheid genoemd, zoals dat er veel moeilijke woorden gebruikt werden in de vragenlijst, dat de invullers moeite hadden met de antwoordcategorieën van de PAS-ADD Checklist en dat er onderwerpen in de vragenlijst werden gemist. De wisselende beoordeling van de PAS-ADD Checklist kan mogelijk verklaard worden door de verschillen tussen de invullers. Zo werd de vragenlijst onder andere ingevuld door begeleiders, familieleden, wettelijk vertegenwoordigers en behandelaren. Bij vragenlijsten is het belangrijk dat er onder andere eenvoudige taal gebruikt wordt en dat de antwoordmogelijkheden elkaar uitsluiten (Giesen, Meertens, Vis-Visschers, & Beukenhorst, 2010). In dit onderzoek kwam naar voren dat sommige invullers vonden dat er moeilijke woorden gebruikt werden en dat invullers moeite hadden met de antwoordmogelijkheden op de gedragssymptomen. Hierdoor

begrepen sommige invullers de vragenlijst niet goed. De PAS-ADD Checklist was dus nog niet van voldoende kwaliteit en er wordt geadviseerd om de vragenlijst te evalueren.

Op basis van eerder onderzoek werd extra instructie over het invullen van de PAS-ADD Checklist aanbevolen (Zeilinger et al., 2011). Hierbij was de verwachting dat de invullers de PAS-ADD Checklist beter zouden begrijpen en toepassen wanneer ze de video-instructie hadden bekeken. Uit dit onderzoek bleek dat er geen significante verschillen werden gevonden per vraag over de begrijpelijkheid en toepasselijkheid tussen de groep met en zonder video-instructie. Video-instructie zorgt ervoor dat de invuller op meerdere manieren betekenis geeft aan de instructie (Kress & Van Leeuwen, 2001). Daarnaast is video-instructie helpend bij mensen met een laag intelligentieniveau of een verstandelijke beperking, trekt een animatievideo aan en werkt het motiverend (Konz et al., 2020; Alexander, 2013). In het huidige onderzoek bleek dat één derde van de invullers een ouder of ander familielid is. Het overige deel van de invullers zijn met name medewerkers in de zorg, waarvan wordt verwacht dat zij een gemiddelde intelligentie hebben. Bij deze invullers is video-instructie dus minder noodzakelijk dan voor invullers met een laag intelligentieniveau of verstandelijke beperking. Daarnaast voldeed de video-instructie niet aan alle gestelde richtlijnen voor effectieve video-instructie. De video-instructie was 4;47 minuten lang en vier invullers hadden genoemd dat de video-instructie niet beschikbaar was. Hiermee zijn de richtlijnen wat betreft de lengte en de bruikbaarheid van de instructie voor de invullers, zoals genoemd in het onderzoek van Plaisant en Shneiderman (2005), geschonden. Een effectieve video-instructie heeft maximaal een lengte van 60 seconden en is altijd beschikbaar wanneer het gekeken moet worden. Door deze aspecten van de video-instructie was de video-instructie minder effectief dan als er wel gehouden was aan deze richtlijnen. Op basis van deze resultaten kan geconcludeerd worden dat video-instructie niet leidt tot een betere begrijpelijkheid en toepasselijkheid van de vragenlijst.

Daarnaast zou op basis van de literatuur (Kress & Van Leeuwen, 2001; Konz et al., 2020; Alexander, 2013) verwacht worden dat de DSM-classificaties met de PAS-ADD Checklist in overeenstemming zouden zijn wanneer de invullers de video-instructie hadden bekeken. In het huidige onderzoek waren geen significante verschillen gevonden in de groepen met en zonder video-instructie. De Kappa-waardes (tussen -.058 en .344) wezen juist op een slechte tot matige overeenstemming tussen de uitkomst van de PAS-ADD Checklist en de DSM-classificaties. Daarbij lijkt de video-instructie geen positief effect te hebben op de overeenstemming. Dit kan mogelijk komen doordat de video-instructie niet het gewenste effect had. Zoals eerder benoemd was de video-instructie minder noodzakelijk voor invullers

met een gemiddelde intelligentie en voldeed het niet aan alle richtlijnen voor effectieve video-instructie. De slechte tot matige overeenstemming kan mogelijk verklaard worden door het lage aantal classificaties voor de uitkomstcategorieën ‘organische conditie’ en ‘psychotische stoornis’. Organische condities, zoals dementie en een delier komen vaker bij oudere mensen voor. Zo komt dementie bij mensen met een verstandelijke beperking het vaakst voor bij mensen tussen de 70-74 jaar en komt een delier meestal voor na de leeftijd van 60 jaar (Strydom, Chan, King, Hassiotis, & Livingston, 2013; Gintner, 1995). In het huidige onderzoek was de gemiddelde leeftijd 34,11 jaar. Bij deze cliënten komen deze problemen dus niet vaak voor. Een andere mogelijke verklaring is dat de uitkomstcategorieën niet gelijk waren aan de mogelijke classificaties die de cliënten kregen. Classificaties werden aan de hand van de DSM-5 door een multidisciplinair team toegekend, terwijl de uitkomstcategorieën van de PAS-ADD Checklist maar drie uitkomstcategorieën kenden: een organische conditie, een affectief/neurotische stoornis of een psychotische stoornis. De onderzoeker heeft hierbij zelf bepaald welke DSM-classificaties matchen met de uitkomstcategorieën van de vragenlijst. Veel classificaties werden niet onder één van de uitkomstcategorieën geplaatst. Ontwikkelingsstoornissen, zoals autisme spectrum stoornissen en ADHD, waren bijvoorbeeld niet één van de uitkomstcategorieën van de PAS-ADD Checklist. Deze classificaties werden echter regelmatig toegekend op het CVBP. Ook leken sommige gedragsitems enkele kenmerken van deze ontwikkelingsstoornissen te meten. Op deze manier was voor veel cliënten de PAS-ADD Checklist niet bruikbaar in de praktijk. Er wordt aanbevolen om vervolgonderzoek uit te laten voeren of de gedragssymptomen in de PAS-ADD bij kunnen dragen aan het opsporen van ontwikkelingsstoornissen.

4.2 Sterke kanten en beperkingen van het onderzoek

Een sterk punt van het onderzoek was dat cliënten met een daadwerkelijke hulpvraag rondom psychiatrische problematiek hadden meegedaan aan het onderzoek. Het was wenselijk dat er bij het onderzoek gebruik gemaakt werd van een brede onderzoeksgroep. Doordat het onderzoek bij het CVBP werd gedaan en hier cliënten met verschillende klachten waren aangemeld, was dit mogelijk.

Het onderzoek had ook beperkingen. Zo waren er veel cliënten die niet passen binnen de inclusiecriteria. Zo was de PAS-ADD Checklist ingevuld voor een cliënt die geen verstandelijke beperking bleek te hebben, cliënten jonger dan 18 jaar en invullers die de cliënten korter dan zes maanden kenden. Hierdoor werd de steekproef kleiner dan op

voorhand gedacht werd. Door de kleinere steekproef ging de betrouwbaarheid van het onderzoek naar beneden.

Bovendien had de vragenlijst op het gebied van de gedragssymptomen ook beperkingen. Zo werd er geen onderscheid gemaakt tussen gedrag dat altijd al zo is geweest of gedrag dat niet voorkomt. De overige antwoordmogelijkheden waren niet uitputtend en uitsluitend. Zo werd er gevraagd naar de frequentie en ernst van de problemen. Deze konden van elkaar verschillen (bijvoorbeeld ernstige problematiek die incidenteel voorkomt), maar de verschillende antwoorden konden niet genoteerd worden in de vragenlijst. De invullers konden hierdoor mogelijk de PAS-ADD niet goed invullen, waardoor er mogelijk geen drempelwaarde wordt bereikt. De noodzaak voor verder psychiatrisch onderzoek werd dan lager, waardoor onderdiagnose en onderbehandeling een risico is.

4.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek dient te worden uitgevoerd om na te gaan of video-instructie een meerwaarde kan hebben bij het invullen van de PAS-ADD Checklist. Er wordt aanbevolen om onderzoek te doen wie het invullen van de vragenlijst lastig vindt en waar de moeilijkheden liggen. Op basis hiervan kan gekeken welke informatie de video-instructie moet bevatten om te ondersteunen bij het invullen van de PAS-ADD Checklist. Hierbij is het van belang dat de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument eerst hoger moeten zijn. Tot nu toe is er nog geen acceptabele Kappa-waarde gevonden voor de overeenstemming van de uitkomst van de PAS-ADD Checklist en de DSM-classificaties.

4.4 Implicaties van het onderzoek

Uit het huidige onderzoek bleek dat de problematiek die gemeten wordt met de PAS-ADD Checklist niet passend is bij de doelgroep van het CVBP. Ongeveer de helft van de cliënten had geen DSM-classificatie die viel onder een organische conditie, een affectief/neurotische stoornis of een psychotische stoornis. Enkele cliënten kregen een classificatie passend bij de organische conditie of psychotische stoornis. Ontwikkelingsstoornissen, zoals ADHD en ASS werden regelmatig geassocieerd op het CVBP. Hierdoor sloot de PAS-ADD Checklist nog niet aan bij hetgeen in de praktijk nodig is.

4.5 Conclusie

Dit onderzoek heeft aangetoond dat video-instructie geen meerwaarde heeft bij het invullen van de PAS-ADD Checklist. De groep met video-instructie scoorde niet significant hoger dan

de groep zonder video-instructie op de vragen over de begrijpelijkheid en toepasselijkheid. Daarnaast was er geen grotere mate van overeenstemming gevonden tussen de uitkomst van PAS-ADD Checklist en de DSM-classificatie wanneer er gebruik werd gemaakt van de video-instructie voor het invullen. Verder onderzoek is nodig naar wie het invullen van de PAS-ADD Checklist lastig vindt en waar de moeilijkheden liggen. Dan kan bekeken worden welke informatie de video-instructie moet bevatten. Op basis van huidig onderzoek wordt aanbevolen de PAS-ADD Checklist niet in te zetten voor screening van psychiatrische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking in Nederland.

Literatuur

- Alexander, K. P. (2013). The Usability of Print and Online Video Instructions. *Technical Communication Quarterly*, 22(3), 237–259.
<https://doi.org/10.1080/10572252.2013.775628>
- Bijkerk, L., & Van der Heide, W. (2016). Brein en leren. BDB Docentenreeks, 85–104.
https://doi.org/10.1007/978-90-368-1175-0_6
- Bray, N.W. (2001). *International review of research in mental retardation, vol 20*. New York: Academic Press
- Cooke, L. B. (2003). Aetiology of Learning Disability. *Psychiatry*, 2(8), 4–8.
- Cooper, S. A., Melville, C. A., & Einfeld, S. L. (2003). Psychiatric diagnosis, intellectual disabilities and Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD). *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 3–15. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.47.s1.2.x>
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495–505. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00374.x>
- Devine, M., Taggart, L., & McLornian, P. (2010). Screening for mental health problems in adults with learning disabilities using the Mini PAS-ADD Interview. *British Journal of Learning Disabilities*, 38(4), 252–258. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2009.00597.x>
- De Vlieghe, S. (2022, 23 maart). *Mensen met verstandelijke beperking helpen mee met ontwerp sneakers: 'Je gaat geheid vrolijk de deur uit'*. AD.nl. Geraadpleegd op 24 maart 2022, van <https://www.ad.nl/rotterdam/mensen-met-verstandelijke-beperking-helpen-mee-met-ontwerp-sneakers-je-gaat-geheid-vrolijk-de-deur-uit~a2c29b20/>
- Didden, R. (2006). Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking: een inleiding. *In Perspectief*, 3–20. https://doi.org/10.1007/978-90-313-7079-5_1
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51–58.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x>
- Fletcher, R. J., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (2007). *DM-ID. Diagnostic Manual-Intellectual Disability* (1ste editie). NADD Press.

- Gennep, A. van (2002). *Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: LKNG.
- Gerber, F., & Carminati, G. G. (2013). The Psychiatric Assessment Schedule for Adult with Developmental Disability (PAS-ADD) Checklist: reliability and validity of French version. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(8), 758–765.
<https://doi.org/10.1111/jir.12028>
- GGZ Drenthe. (z.d.). *Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie*. Geraadpleegd op 15 december 2021, van <https://ggzdrenthe.nl/specialisaties/centrum-verstandelijke-beperking-en-psychiatrie>
- Giesen, D., Meertens, V., Vis-Visschers, R., & Beukenhorst, D. (2010). *Vragenlijstontwikkeling*. Centraal Bureau voor Statistiek. <https://www.cbs.nl/-/media/imported/onze-diensten/methoden/gevalideerde-methoden/input/documents/2010/13/2010-x37-05-pub.pdf?la=nl-nl>
- Gintner, G. G. (1995). Differential Diagnosis in Older Adults: Dementia, Depression, and Delirium. *Journal of Counseling & Development*, 73(3), 346–351.
<https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01762.x>
- Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2004). The association between severity of intellectual disability and psychiatric symptomatology. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(6), 556–562. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2004.00624.x>
- Hulbert-Williams, L., & Hastings, R. P. (2008). Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: a critical review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(11), 883–895. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01110.x>
- Janssen, R., & Maes, B. (2012). Psychometric evaluation of a Dutch version of the Mini PAS-ADD for assessing psychiatric disorders in adults with different levels of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(8), 689–702.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01544.x>
- Jongerius, B. V. D. H. E. E. (2021, 5 maart). *Laat de 18-plussers met een lichte beperking niet in de steek*. Trouw. Geraadpleegd op 24 maart 2022, van <https://www.trouw.nl/opinie/laat-de-18-plussers-met-een-lichte-beperking-niet-in-de-steek~b3c7fc57/>
- Kalthoff, H. (2015). *Verstandelijk beperkte ouders*. Nederlands Jeugdinstituut.
<https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Verstandelijk-beperkte-ouders.pdf>

- Kramer, M. S., & Feinstein, A. R. (1981). Clinical biostatistics: LIV. The biostatistics of concordance. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 29(1), 111–123.
<https://doi.org/10.1038/clpt.1981.18>
- Kress, G., & Van Leeuwen, T. (2001). *Multimodal Discourse (Hodder Arnold Publication)* (1ste editie). Bloomsbury Academic.
- Konz, D., Mastebroek, M., & Festen, D. (2020). Communicatie met patiënten met een licht verstandelijke beperking, in relatie tot medicatieveiligheid. *Bijblijven*, 36(1), 69–75.
<https://doi.org/10.1007/s12414-020-0100-0>
- Manor-Binyamini, I. (2010). The Prevalence and Characteristics of Psychiatric Disorders among Adolescent Bedouin with Mild to Moderate Intellectual Disability. *International Journal of Special Education*, 25(2), 26–33. <https://files-eric-ed-gov.proxy-ub.rug.nl/fulltext/EJ890582.pdf>
- Martorell, A., González, M. C., Gutiérrez, P., Rincón, F., & Núñez-Polo, M. H. (2017). Spanish validation of the PAS-ADD Checklist Questionnaire for people with intellectual disabilities for Spanish population. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(10), 909–915. <https://doi.org/10.1111/jir.12393>
- Mason, J., & Scior, K. (2004). “Diagnostic Overshadowing” Amongst Clinicians Working with People with Intellectual Disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(2), 85–90. <https://doi.org/10.1111/j.1360-2322.2004.00184.x>
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419–436. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- Moss, S., Patel, P., Prosser, H., Goldberg, D., Simpson, N., Rowe, S., & Lucchino, R. (1993). Psychiatric Morbidity in Older People with Moderate and Severe Learning Disability. *British Journal of Psychiatry*, 163(4), 471–480. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.4.471>
- Moss, S., Prosser, H., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., Rowe, S., Turner, S., & Hatton, C. (1998). Reliability and validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(2), 173–183. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1998.00116.x>
- Plaisant, C., & Shneiderman, B. (2005). Show Me! Guidelines for Producing Recorded Demonstrations. *IEEE Symposium on Visual Languages and Human-Centric Computing*, 171–178. <https://doi.org/10.1109/VLHCC.2005.57>
- Prasher, V. P., & Madhavan, G. P. (2017). Epidemiology of learning disability and comorbid conditions. *Psychiatry*, 2(8). <http://www.intellectualdisability.info/mental->

health/articles/epidemiology-of-intellectual-disability-and-comorbid-conditions#:~:text=Prevalence%20and%20aetiology%3A%20Prevalence%20rates,disability%20is%20close%20to%203%25.

- Strydom, A., Chan, T., King, M., Hassiotis, A., & Livingston, G. (2013). Incidence of dementia in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 34*(6), 1881–1885. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.02.021>
- Sturmeijer, P., Newton, J. T., Cowley, A., Bouras, N., & Holt, G. (2005). The PAS–ADD Checklist: independent replication of its psychometric properties in a community sample. *British Journal of Psychiatry, 186*(4), 319–323. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.319>
- Tomlinson, M., Yasamy, M. T., Emerson, E., Officer, A., Richler, D., & Saxena, S. (2014). Setting global research priorities for developmental disabilities, including intellectual disabilities and autism. *Journal of Intellectual Disability Research, 58*(12), 1121–1130. <https://doi.org/10.1111/jir.12106>
- Van Lith, R. (2022, 16 maart). *Noortje turft in stembureau Meierijstad: ‘Ook als je een beperking hebt, tel je mee’*. AD.nl. Geraadpleegd op 24 maart 2022, van <https://www.ad.nl/boxtel/noortje-turft-in-stembureau-meierijstad-ook-als-je-een-beperking-hebt-tel-je-mee~ab539bdd/>
- Woittiez, I. B., Putman, L. S., Eggink, E., & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Zeilinger, E. L., Weber, G., & Haveman, M. J. (2011). Psychometric properties and norms of the German ABC-Community and PAS-ADD Checklist. *Research in Developmental Disabilities, 32*(6), 2431–2440. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.07.017>

Bijlagen

Bijlage 1: Tabel uitkomstcategorieën PAS-ADD Checklist / DSM classificaties

Tabel 1

Uitkomstcategorieën PAS-ADD Checklist / DSM-classificaties

Mogelijke voorspellingen PAS-ADD	DSM-classificaties die onder de categorie vallen
Organische conditie	<ul style="list-style-type: none">- 294.10 Dementie door de ziekte van Pick (codeer ook 331.1 ziekte van Pick op As III): Zonder gedragsstoornis- 294.11: Uitgebreide neurocognitieve stoornis door traumatisch hersenletsel: met gedragsstoornissen- 300.11: Conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis): met aanvullen of convulsies- 331.83 Beperkte neurocognitieve stoornis- 331.83: Beperkte vasculaire neurocognitieve stoornis: met gedragsstoornissen- 343.9 Cerebrale paralyse NNO- Delier- Niet aangeboren hersenafwijking
Affectief / neurotische stoornis	<ul style="list-style-type: none">- 293.83: Depressieve-stemmingsstoornis door een somatische aandoening: met depressieve kenmerken- 296.21: Depressieve stoornis: eenmalige episode - licht- 296.22: Depressieve stoornis: eenmalige episode – matig- 296.31: Depressieve stoornis: recidiverende episode – licht- 296.32: Depressieve stoornis: recidiverende episode – matig- 296.36: Depressieve stoornis: recidiverende episode - Volledig in remissie- 296.52: Bipolaire-I-stoornis: actuele of meest recente episode depressief - matig- 300.00 Angststoornis NAO *(hoofddiagnose)- 300.01 Paniekstoornis zonder agorafobie- 300.01: Paniekstoornis- 300.02: Gegeneraliseerde-angststoornis- 300.09: Andere gespecificeerde angststoornis- 300.23: Sociale angststoornis (sociale fobie)- 300.3 Obsessieve-compulsieve stoornis- 300.4: Persisterende depressieve stoornis (dysthymie)- 300.4: Persisterende depressieve stoornis (dysthymie): laat begin- 300.4: Persisterende depressieve stoornis (dysthymie): vroeg begin- 307.20: Ongespecificeerde ticstoornis- 308.3: Acute stressstoornis- 309.28 Aanpassingsstoornis: Met een gemengd anstige en depressieve stemming- 309.81 Posttraumatische stress-stoornis- 309.81 Posttraumatische stress-stoornis: Met verlaat begin

	<ul style="list-style-type: none"> - 309.81: Posttraumatische stressstoornis (incl. de posttraumatische-stressstoornis bij kinderen van 6 jaar en jonger) - 309.81: Posttraumatische stressstoornis (incl. de posttraumatische-stressstoornis bij kinderen van 6 jaar en jonger): met uitgestelde expressie - 309.9: Ongespecificeerde trauma- of stressor-gerelateerde stoornis - 311: Andere gespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis - Multidisciplinaire 22q11.2 deletiesyndroom - V15.49: Andere voorgeschiedenis van psychotrauma
Psychotische stoornis	<ul style="list-style-type: none"> - 292.9: Psychotische stoornis door cocaïne - 298.9: Ongespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis - Multidisciplinaire 22q11.2 deletiesyndroom - Psychotische stoornis (suïcidaal)
Geen van bovenstaande	<ul style="list-style-type: none"> - 10 Problemen binnen de primaire steungroep - 20 Problemen verbonden aan de sociale omgeving - 294.8: Andere gespecificeerde psychische stoornis door een somatische aandoening - 299.00: Autismespectrumstoornis - 300.82: Ongespecificeerde somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis - 301.83: Borderline persoonlijkheidsstoornis - 304.20: Stoornis in het gebruik van cocaïne: matig, ernstig - 305.20: Stoornis in cannabisgebruik: licht - 305.40 Misbruik van sedativum, hypnoticum of anxiolyticum - 305.70: Stoornis in het gebruik van een amfetamineachtig middel: licht - 307.1: Anorexia nervosa: restrictieve type - 307.50 Eetstoornis NAO - 312.9: Ongespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis - 313.89 Reactieve hechtingsstoornis op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd: Ontremde type * - 313.89: Reactieve hechtingsstoornis - 314.00 Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit: Overwegend onoplettendheid type, Gedeeltelijk in remissie - 314.00 Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit: Overwegend onoplettendheid type - 314.01 Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit: Gecombineerde type *(hoofddiagnose) - 314.01 Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit: Gecombineerde type, Gedeeltelijk in remissie - 314.01 Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit: Overwegend hyperactief-impuls type - 314.01: Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis: gecombineerd beeld

-
- 315.8: Globale ontwikkelingsachterstand
 - 317: Verstandelijke beperking: licht
 - 318.0: Verstandelijke beperking: matig
 - 318.1: Verstandelijke beperking: ernstig
 - 319 Zwakzinnigheid, ernst niet nader omschreven
 - 319: Ongespecificeerde verstandelijke beperking (verstandelijke ontwikkelingsstoornis)
 - 692.9 Contactdermatitis NNO
 - Chromosomale afwijking op chromosoom S (3P26 depletion)
 - V15.89: Andere persoonlijke risicofactoren
 - V60.3: Probleem verband houdend met alleen wonen
 - V61.03: Uiteenvallen van gezin door scheiding of echtscheiding
 - V61.10: Partner-relatieprobleem
 - V61.20: Ouder-kindrelatieprobleem
 - V61.29: Negatieve invloed van ouderlijke relatieproblemen op een kind
 - V62.29: Ander probleem verband houdend met werk of werkeloosheid (psychosociale en omgevingsproblemen)
 - V62.81 Relatieprobleem NAO
 - V62.82: Ongecompliceerde rouw
 - V62.89: Andere problemen verband houdend met psychosociale omstandigheden
 - V62.89: Zwakbegaafdheid
 - V62.9: Ongespecificeerd probleemverband houdend met de sociale omgeving
-

Noot: De diagnoses voor verstandelijke beperking, verstandelijke ontwikkelingsstoornis en zwakzinnigheid zijn niet meegenomen.