



rijksuniversiteit
groningen

Bruikbaarheid van het Cognitive Assessment
Interview (CAI-NL) in het geven van een
behandeladvies bij mensen met Ernstige
Psychische Aandoeningen (EPA)

Marlies Koops

Masterthese – Klinische neuropsychologie

S3975223

Juli 2023

Vakgroep Psychologie

Rijksuniversiteit Groningen

Examinator: dr. Lisette van der Meer

Tweede beoordelaar: Richard Bruggeman

Een masterthese is een proeve van bekwaamheid voor studenten. De goedkeuring van de masterthese is het bewijs dat de student over voldoende onderzoeks- en rapportagevaardigheden beschikt om af te studeren, maar biedt geen garantie voor de kwaliteit van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek als zodanig, en de masterthese is dan ook niet zonder meer geschikt om als academische bron te worden gebruikt om naar te verwijzen. Indien u meer wilt weten over het in deze masterthese besproken onderzoek en eventueel daarop gebaseerde publicaties, waarnaar u zou kunnen verwijzen, kunt u contact opnemen met de genoemde begeleider.

Usefulness of the Cognitive Assessment Interview (CAI-NL) in giving a treatment advice for people with Serious Mental Illnesses (SMI)

Abstract

People with Severe Mental Illness (SMI) often experience cognitive impairment in several cognitive domains. These cognitive problems can affect daily functioning and quality of life, making it important to identify these cognitive problems. The Cognitive Assessment Interview (CAI-NL) is an interview that can assess the impact of these potential cognitive impairments in various domains on daily living. The current study is a qualitative study and examined the usability of the Dutch version of the CAI for practitioners in people with SMI. For the study, three vignettes were prepared for nine clients with SMI: a summary from the client file, a report of a neuropsychological assessment, and a report of the CAI-NL. Fourteen psychologists in training to be a Healthcare Psychologist then prepared a treatment advice based on these three vignettes and answered several questions about the usefulness of these three vignettes. The psychologists' responses were analyzed with deductive and inductive thematic content analysis. The majority of the psychologists considered the CAI-NL useful, and an addition compared to a neuropsychological assessment for establishing a treatment advice. The psychologists found that the CAI-NL provided a good picture of the client's daily functioning and the client's and informant's perspective on the client's cognitive functioning. With this, the CAI-NL seems to be generally useful among practitioners for establishing a treatment advice in people with SMI. However, the results were mixed on whether the CAI-NL can act as a replacement for an NPO or whether the CAI-NL is only useful as an adjunct to an NPO. This requires further research.

Keywords: Cognitive Assessment Interview (CAI-NL), Severe Mental Illness (SMI), usefulness, practitioners, daily and cognitive functioning

Samenvatting

Mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) ervaren vaak cognitieve beperkingen in verschillende cognitieve domeinen. Deze cognitieve problemen kunnen invloed hebben op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven, wat het belangrijk maakt om deze cognitieve problemen in kaart te brengen. Het Cognitive Assessment Interview (CAI-NL) is een interview die de impact van eventuele cognitieve beperkingen in verschillende domeinen op het dagelijks leven kan beoordelen. Het huidige onderzoek is een kwalitatieve studie waarin de bruikbaarheid van de Nederlandse versie van de CAI voor behandelaren bij mensen met een EPA is onderzocht. Voor het onderzoek zijn voor negen cliënten met een EPA drie vignetten opgesteld: een samenvatting van het cliëntdossier, een verslag van het neuropsychologisch onderzoek (NPO-verslag) en een verslag van de CAI-NL (CAI-NL verslag). Vervolgens hebben veertien psychologen in opleiding tot GZ-psycholoog (PIOG's) een behandelindicatie opgesteld op basis van deze drie vignetten en verschillende vragen beantwoord over de bruikbaarheid van deze drie vignetten. De antwoorden van de PLOG's zijn geanalyseerd met een deductieve en inductieve thematische inhoudsanalyse. De meerderheid van de PLOG's vond de CAI-NL bruikbaar en een toevoeging ten opzichte van een NPO bij het opstellen van een behandelindicatie. Daarnaast vonden de PLOG's dat de CAI-NL een goed beeld gaf van het dagelijks functioneren van de cliënt en het perspectief van de cliënt en de informant op het cognitief functioneren van de cliënt. Hiermee lijkt de CAI-NL over het algemeen bruikbaar te zijn onder behandelaren voor het opstellen van een behandelindicatie bij mensen met een EPA. Echter waren de resultaten gemengd over of de CAI-NL als vervanging kan fungeren van een NPO of dat de CAI-NL alleen bruikbaar is als aanvulling op een NPO. Dit moet nader onderzocht worden.

Trefwoorden: Cognitive Assessment Interview (CAI-NL), Ernstig Psychische Aandoening (EPA), bruikbaarheid, behandelaren, dagelijks en cognitief functioneren

Bruikbaarheid van het Cognitive Assessment Interview (CAI-NL) in het geven van een behandeladvies bij mensen met Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA)

Een deel van de patiënten binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ervaart ernstige psychiatrische klachten en aandoeningen (EPA) met een langdurig beloop, met als gevolg (forse) beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren (Delespaul et al., 2013). Voor hen is intensieve en langdurige psychiatrische zorg blijvend nodig (Zomer et al., 2020). In 2013 werd de prevalentie van patiënten met een EPA binnen de GGZ in Nederland geschat op 216.000 (Delespaul et al., 2013). Hoewel de mensen die gerekend worden tot de groep mensen met een EPA verschillende aandoeningen hebben, komen sommige aandoeningen meer voor, namelijk schizofrenie, psychosespectrumstoornis, bipolaire/psychotische stoornis, persoonlijkheidsstoornis, pervasieve ontwikkelingsstoornis en stoornis in het gebruik van middelen (Delespaul et al., 2013).

Cognitie bij EPA

Mensen met een EPA vertonen vaak cognitieve beperkingen, waarbij verschillende cognitieve domeinen beïnvloed kunnen worden, zoals aandacht, executief functioneren en sociale cognitie (Millan et al., 2012; McCleery et al., 2019; Sheffield et al., 2018). Patiënten met schizofrenie hebben vaak een globaal tekort in de cognitie met problemen in verschillende cognitieve domeinen, zoals aandacht, werkgeheugen en sociale cognitie (Sheffield et al., 2018; Harvey et al., 2019; Stefansson et al., 2019; Millan et al., 2012). Hoewel cognitieve problemen bij de meeste psychiatrische aandoeningen zijn gerapporteerd (Abramovitch et al., 2021), zijn de cognitieve problemen bij mensen met schizofrenie het meest ernstig en omvangrijk in vergelijking met andere aandoeningen. Er is bijvoorbeeld aangetoond dat mensen met schizofrenie meer cognitieve beperkingen hebben dan mensen met een bipolaire stoornis, een psychotische depressie en een schizoaffectieve stoornis

(Millan et al., 2012; Iosifescu, 2012; Lynham et al., 2022; Sheffield et al., 2018; McCleery et al. 2019).

Deze cognitieve beperkingen kunnen invloed hebben op het functioneren in het dagelijks leven en de kwaliteit van leven (Millan et al., 2012; Green, 2016; Green et al., 2015). Het onderzoek van Lipskaya-Velikovsky et al. (2019) toonde bijvoorbeeld een positieve relatie aan tussen de cognitieve vaardigheden van mensen met een EPA en hun werkprestaties. Daarnaast vonden Harris et al. (2021) dat mensen met een EPA die slechter scoorden op verbaal geheugen, visuele aandacht, verwerkingssnelheid en executief functioneren minder snel, efficiënt en accuraat waren op de Test of Grocery-Shopping Skills (TOGGS). Dit is een naturalistisch meetinstrument dat functioneren in het dagelijks leven meet door mensen boodschappen te laten doen in een echte supermarkt. Met behulp van hetzelfde meetinstrument vonden Rempfer en Fowler (2018) een relatie bij mensen met een EPA tussen de TOGGS en functionele capaciteit en neurocognitie, maar niet tussen de TOGGS en de klinische symptomen van de aandoening. In overeenstemming met deze bevinding bleek uit het onderzoek van Velligan et al. (1997) dat het functioneren in het dagelijks leven bij mensen met schizofrenie gerelateerd is aan het cognitief functioneren, maar niet aan de symptomen van schizofrenie. Dit suggereert dat het functioneren in het dagelijks leven wordt beïnvloed door het cognitief functioneren en minder door de symptomen van de aandoening. Dit maakt het belangrijk om het cognitief functioneren in kaart te brengen, zodat er een beter beeld verkregen kan worden van de beperkingen die mensen met een EPA ervaren in het dagelijks leven. Hierbij zouden de cognitieve beperkingen behandeld kunnen worden of zouden cliënten geholpen kunnen worden om beter om te gaan met de beperkingen in het dagelijks leven. Daarnaast kunnen behandelaren rekening houden met de impact van cognitieve problemen in het dagelijks leven in hun behandelingen, doordat ze hier een beter beeld van hebben.

Neuropsychologisch onderzoek (NPO)

Er zijn verschillende manieren om cognitieve vaardigheden in kaart te brengen. Een veelgebruikte methode is het gebruik van een neuropsychologisch onderzoek (NPO). Een NPO betreft een zo objectief mogelijke meting van deze cognitieve vaardigheden, die inzicht geeft in de sterke en zwakke punten in het cognitief functioneren. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van dossieronderzoek, (hetero)anamnese, observatie en testonderzoek (in de Braek et al., 2016). Het nadeel van een NPO is echter dat het veel tijd in beslag neemt, dat het een matige ecologische validiteit heeft (Chaytor et al., 2003) en dat het in een gestructureerde omgeving is afgenomen waardoor ze vaak beter presteren op een NPO dan in het dagelijks leven (Ventura et al., 2016). Een NPO meet dus de cognitieve capaciteit en niet de cognitieve prestaties in het dagelijks leven. Dit houdt in dat het zich richt op de cognitieve vaardigheden die nodig zijn om de taken uit te voeren die gemeten worden in een gestructureerde omgeving en niet op de uitvoering van cognitieve taken in een niet-gestructureerde omgeving.

Cognitive Assessment Interview (CAI)

Ventura et al. (2013) suggereren dat de beoordeling van het cognitief functioneren verbeterd kan worden door niet-prestatiegerichte persoonsgerichte beoordeling (Ventura et al., 2013). Dit kan gedaan worden met een interview. Een voorbeeld hiervan is het Cognitive Assessment Interview (Ventura et al., 2010) die de impact van eventuele cognitieve beperkingen in verschillende domeinen op het dagelijks leven in kaart kan brengen. Dit betreft een meer subjectieve meting van cognitie waarbij de afname minder tijdsintensief is dan die van een NPO. De CAI is een semigestructureerd interview bestaande uit tien vragen die zes cognitieve domeinen omvat: werkgeheugen, aandacht/vigilantie, verbaal leren en geheugen, redeneren en probleemoplossing, verwerkingssnelheid en sociale cognitie (Ventura et al., 2010). Deze domeinen zijn gebaseerd op de domeinen van de *MATRICES consensus cognitive battery* die is ontwikkeld om de cognitie bij mensen met schizofrenie te meten

(Nuechterlein et al., 2008; Kern et al., 2008). Deze batterij is opgesteld door het Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS) initiatief, met als primair doel een op consensus gebaseerde cognitieve batterij voor klinisch onderzoek naar cognitieve bevorderende behandelingen voor schizofrenie te ontwikkelen (Nuechterlein et al., 2008). De CAI is ontwikkeld vanuit twee bestaande interviews door middel van item respons theorie (IRT), namelijk de Schizophrenia Cognition Rating Scale (SCoRS) en de Clinical Global Impression of Cognition in Schizophrenia (CGI-CogS) (Ventura et al., 2010). De CAI omvat een beoordeling van de patiënt over zijn/haar cognitief functioneren en dat van een informant. De informant is iemand die (professioneel) bij de cliënt betrokken is, bijvoorbeeld een familielid of persoonlijk begeleider. Op basis van deze twee beoordelingen baseert de interviewer vervolgens een samengestelde score.

Bij de CAI wordt er meer gericht op de cognitieve prestatie in het dagelijks leven en niet op de cognitieve capaciteit, wat inhoudt dat het zich meer richt op de uitvoering van taken in een niet-gestructureerde omgeving. Verschillende klinische, demografische en omgevingsfactoren hebben namelijk naast de cognitieve capaciteit invloed op iemand zijn/haar prestatie in het dagelijks leven (Gupta et al. 2012; Harvey et al., 2007). In overeenstemming hiermee vonden de onderzoeken van Zanello et al. (2001) en Prouteau et al. (2004) dat de subjectieve cognitieve klachten bij mensen met schizofrenie niet overeenkomen met de objectieve score van de cognitieve disfunctie. Dit maakt het belangrijk om naast de objectieve tekorten ook de problemen die dit geeft in het dagelijks leven te evalueren.

Er is aangetoond dat de CAI kan fungeren als een goede beoordeling van het cognitief functioneren bij mensen met schizofrenie en dat het correleert met het neurocognitief functioneren, de functionele capaciteit en de functionele uitkomst van deze patiënten (Ventura et al., 2010). Daarnaast vond het onderzoek van Ventura et al. (2016) die de CAI vergeleek tussen mensen met schizofrenie met een eerste episode en chronische schizofrenie, dat de CAI

vroegtijdige tekorten in schizofrenie kan detecteren en dat de CAI meerwaarde heeft in het beoordelen van het cognitief functioneren als aanvulling op een objectieve meting. Tevens heeft het onderzoek van Ventura et al. (2013) aangetoond dat de CAI beschikt over een goede betrouwbaarheid en validiteit met weinig tot geen oefeneffecten. Door deze hoge betrouwbaarheid en weinig oefeneffecten lijkt de CAI passend voor herhaalde metingen in een klinische en onderzoekssetting. Ventura et al. (2016) suggereren dat de CAI niet gebruikt moet worden als een vervanging van objectieve cognitieve testen, maar dat het gebruikt kan worden in situaties waarin objectieve cognitieve beoordelingen niet praktisch zijn of wanneer metingen van aanvullende variabelen of beoordelingen die meer gerelateerd zijn aan de ervaring van de patiënt nodig zijn.

Inmiddels is de CAI vertaald in het Italiaans, Spaans, Turks, Japans, Indonesisch en Nederlands (Ventura et al., 2016). De betrouwbaarheid en validiteit van de Spaanse, Turkse en Italiaanse versie zijn onderzocht en zijn goed gebleken. (Sánchez-Torres et al., 2016; Bosgelmez et al., 2015; Palumbo et al., 2019; Giordano et al., 2022). De Nederlandse versie van de CAI is vertaald door L. van der Meer en J. Slootmaker in samenwerking met J. Ventura (Slootmaker, 2020). Hierbij voerde Slootmaker (2020) een kleine haalbaarheidsstudie uit bij mensen met schizofrenie uit de EPA-doelgroep. Hieruit bleek dat de CAI-NL in potentie bruikbaar is bij de EPA-doelgroep, dat de CAI-NL een korte afnameduur heeft en dat het zich focust op de impact van de cognitieve problemen in het dagelijks leven. Echter was dit onderzoek niet uitgebreid genoeg en gaf het te weinig informatie om echt iets te zeggen over de haalbaarheid, aanvaardbaarheid en bruikbaarheid. Op basis van de resultaten van dit onderzoek zijn de vragen van de CAI-NL aangepast. Daarnaast voerde Gierveld (2022) een onderzoek uit bij patiënten met een EPA over de haalbaarheid, aanvaardbaarheid en bruikbaarheid van de CAI-NL. Deze werden door de cliënten als voldoende bevonden.

Bruikbaarheid

Het is belangrijk om te onderzoeken of de CAI daadwerkelijk bruikbaar is in een klinische setting. De bruikbaarheid geeft aan of de gebruikers (cliënten, naasten, hulpverleners) iets hebben aan de resultaten, bijvoorbeeld dat cliënten nieuwe inzichten krijgen in hun cognitieve beperkingen door de CAI of dat behandelaren op basis van de CAI een betere behandelindicatie kunnen geven. Dit is relevant voor de klinische praktijk in de langdurige psychiatrische zorg, omdat het daar soms niet mogelijk is om een volledig NPO af te nemen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat een gedeelte van de mensen met schizofrenie niet altijd volledige inspanning vertoont tijdens de afname van testen (Morra et al., 2015), waardoor zij mogelijk niet voldoende in staat zijn om een NPO goed af te ronden.

Uit de onderzoeken van Slootmaker (2020) en Gierveld (2022) naar de bruikbaarheid van de CAI-NL bleek, dat de CAI-NL de cliënten meer inzicht gaf in hun cognitief functioneren en dat het de informanten inzicht gaf in de subjectieve ervaring van het cognitief functioneren van de patiënt. Er is echter nog geen onderzoek uitgevoerd naar de bruikbaarheid van de CAI-NL onder behandelaren, om te onderzoeken of behandelaren op basis van de CAI-NL hun behandelingen kunnen specificeren.

Huidig onderzoek

Veel voorgaande onderzoeken naar andere versies van de CAI zijn uitgevoerd met mensen met schizofrenie. Dit onderzoek neemt de gehele EPA-doelgroep mee, omdat het bij deze groep soms niet mogelijk is om een volledig NPO af te nemen. Het huidige onderzoek richt zich op de bruikbaarheid van de Nederlandse versie van het Cognitive Assessment Interview (CAI-NL) voor behandelaren bij mensen met een EPA. Hierbij wordt specifiek onderzocht of de CAI-NL een waardevolle toevoeging is bij het geven van een behandelindicatie in vergelijking met het geven van een behandelindicatie op basis van alleen biografische- en achtergrondinformatie of een NPO. De onderzoeksvraag in het huidige onderzoek is: ‘Wat is de bruikbaarheid van het Cognitive Assessment Interview (CAI-NL) in

het geven van een behandelindicatie bij mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA)?'. Aangezien onderzoeken naar de verschillende versies van de CAI (waaronder die over de CAI-NL) goede resultaten opleverden, wordt verwacht dat de behandelaren een gerichtere behandelindicatie kunnen geven wanneer zij naast informatie uit het cliëntdossier ook informatie over het cognitief functioneren en de impact hiervan op het dagelijks leven krijgen bij mensen in de EPA-doelgroep. Daarnaast wordt verwacht dat de CAI-NL mogelijk vergelijkbare informatie kan opleveren voor behandelaren als een NPO, aangezien de CAI-NL en een NPO beide informatie geven over het cognitief functioneren.

Methode

Design

Het huidige onderzoek betreft een deelstudie van een overkoepelend onderzoek naar de klinische waarde van het Cognitive Assessment Interview (CAI-NL) in de Nederlandse langdurige GGZ. Deze these omvat een kwalitatieve vignettenstudie om de bruikbaarheid van de CAI-NL te onderzoeken voor behandelaren in de GGZ. Door middel van dit kwalitatieve onderzoeksdesign kan veel en rijke informatie worden verzameld.

Participanten

Aan het huidige onderzoek hebben drie groepen participanten deelgenomen, namelijk de cliënten, hun informanten en de psychologen in opleiding tot GZ-psycholoog (PIOG's). Vanuit het overkoepelende onderzoek hebben tien van de twintig cliëntdeelnemers en hun informant ingestemd met deelname aan dit deelonderzoek. De inclusiecriteria voor de cliëntdeelnemers zijn dat ze 18 jaar of ouder zijn en ze een DSM-diagnose binnen de EPA-definitie hebben. De informant is iemand die (professioneel) bij de deelnemer betrokken is, bijvoorbeeld een familielid of persoonlijk begeleider. De inclusiecriteria voor de informanten zijn dat ze 18 jaar of ouder zijn, nauw betrokken zijn bij de cliëntdeelnemers en goed zicht hebben op zijn of haar dagelijks functioneren. De exclusiecriteria voor alle deelnemers zijn

het onvermogen tot het voeren van een voldoende coherent gesprek en/of een onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal. Daarnaast is deelname aan het onderzoek niet mogelijk wanneer de cliëntdeelnemer niet wil dat de eerste contactpersoon of persoonlijk begeleider als informant betrokken wordt of wanneer de cliëntdeelnemer niet wilsbekwaam is en er geen mentoraat of curator is.

In het huidige onderzoek namen negen cliëntdeelnemers (mannen $n=5$, vrouwen $n=4$) deel in de leeftijd van 24 tot 73 jaar ($M=48,1$, $SD=17,8$). De cliëntdeelnemers wonen in één van de residentiële behandel- of beschutte woonvoorzieningen van het cluster Langdurige Zorg en Wonen (LZW) van Lentis. Daarnaast namen negen informanten van cliëntdeelnemers (vrouwen $n=9$) deel in de leeftijd van 21 tot 72 jaar ($M=46,1$, $SD=15,2$). Tenslotte namen veertien PIOG's (mannen $n=1$, vrouwen $n=13$) deel vanuit het instituut voor Postmasteropleiding voor Psychologen en Orthopedagogen (PPO) in de leeftijd van 29 tot 52 jaar ($M=35,6$, $SD=7,3$). PIOG's zijn psychologen op masterniveau die reeds enkele jaren werkzaam zijn in de GGZ en in opleiding zijn tot GZ-psycholoog. Zij zijn niet werkzaam binnen het cluster LZW in Lentis, maar zijn in het kader van hun opleiding werkzaam in de GGZ of aanpalende terreinen. In dit onderzoek is voor PIOG's gekozen omdat zij geen direct contact hebben met de deelnemers en hiermee een meer neutrale positie hebben.

Procedure

Via de regiebehandelaars van de mensen die in zorg zijn bij cluster LZW in Lentis zijn de cliëntdeelnemers geworven. De cliëntdeelnemers en hun informanten gaven reeds geïnformeerde toestemming om deel te nemen aan de afname van de CAI-NL en de cliëntdeelnemers daarnaast ook om deel te nemen aan het NPO en de vignettenstudie. De PIOG's gaven eveneens geïnformeerde toestemming om deel te nemen aan de vignettenstudie. De deelnemers konden te allen tijde stoppen en werden niet betaald voor hun deelname.

Op basis van het grotere onderzoek en de data die zijn verzameld voor negen cliënten zijn drie vignetten per cliënt opgesteld. Het eerste vignet bestaat uit een samenvatting van het cliëntdossier. Daarnaast is op basis van de resultaten uit het NPO een vignet opgesteld in de vorm van een NPO verslag. Tenslotte is op basis van de antwoorden op de CAI-NL een vignet opgesteld in de vorm van een CAI-NL verslag. Het deelonderzoek “vignettenstudie” is vervolgens uitgevoerd tijdens een lesdag van de GZ-opleiding bij één groep GZ-studenten. Twee weken voor de lesdag van de GZ-opleiding zijn de PIOG’s gemaïld met informatie over de vignettenstudie en een verzoek tot deelname. Alle aanwezige PIOG’s hebben in het kader van hun opleiding een vragenlijst (zie bijlage A en B) ingevuld waarin ze een behandelindicatie opstelden op basis van de drie vignetten en verschillende vragen beantwoordden over de bruikbaarheid van de samenvatting van het dossier, het NPO-verslag en het CAI-NL verslag. Daarnaast vulden de PIOG’s een post-PIOG vragenlijst in over hun ervaringen met de opdracht. Wanneer zij niet deel wilden nemen aan het onderzoek werden deze indicaties vernietigd en niet gebruikt voor het onderzoek. Dit had geen gevolgen voor de opleiding van de PIOG. De deelnemende PIOG’s zijn verdeeld in twee groepen die de vignetten in verschillende volgorde ontvingen: 1) één groep is gestart met een samenvatting van het dossier, heeft vervolgens een NPO verslag gekregen en als laatste een CAI-NL verslag (N=8) (zie bijlage A); 2) één groep is gestart met een samenvatting van het dossier, heeft vervolgens een CAI-NL verslag gekregen en als laatste een NPO verslag (N=6) (zie bijlage B). De vignetten van één cliëntdeelnemer zijn niet gebruikt vanwege een organisatorische fout. De andere negen cliëntdeelnemers zijn minimaal door één en soms door twee PIOG’s beoordeeld. De ingevulde behandelindicaties en de ingevulde post-PIOG-vragenlijst zijn anoniem verwerkt.

De medische ethische toetsingscommissie (METc) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) heeft goedkeuring gegeven voor het overkoepelend onderzoek (code NL78200.042.21).

Materialen

Samenvatting dossier

In de samenvatting van het dossier is een geanonimiseerde samenvatting gegeven over de levensgeschiedenis, het ziektebeloop en de diagnose van de cliënt. Hierin staat ook relevante informatie over het huidige functioneren afkomstig uit het intakeverslag en/of de evaluatie van het behandelplan. De samenvatting van het dossier bestaat uit de onderdelen: huidig functioneren, aandachtspunten in het huidig functioneren, DSM-V classificatie, huidige psychiatrische medicatie en voorgeschiedenis.

Cognitive assessment interview (CAI-NL)

De CAI-NL (zie bijlage C) is een semigestructureerd interview van het cognitief functioneren, bestaande uit tien vragen, die de domeinen werkgeheugen, aandacht/vigilantie, verbaal leren en geheugen, redeneren en probleemoplossing, verwerkingssnelheid en sociale cognitie omvat (Ventura et al, 2010). Deze domeinen zijn gebaseerd op de domeinen van de *MATRICES consensus cognitive battery* (Nuechterlein et al., 2008; Kern et al., 2008). Met de CAI-NL wordt de subjectieve prestatie op deze cognitieve domeinen in het dagelijks leven uitgevraagd. De CAI-NL is bij de huidige cliëntdeelnemers en bij hun informant reeds afgenomen door een hiertoe getrainde psycholoog. Per vraag is een score toegekend over de mate waarin beperking aanwezig was bij de cliënt vanuit het perspectief van de cliëntdeelnemer en vanuit het perspectief van de informant (normaal, geen cognitieve beperking (1); ondergrens van normaal (2); mild beperkt (3); matig beperkt (4); duidelijk beperkt (5); ernstig beperkt (6); valt onder de meest extreme beperkingen (7)). Op basis van de scores van de cliënt en de informant geeft de interviewer per vraag een samengesteld

oordeel. Dit is geen gemiddelde van de scores maar werd bepaald door het klinisch oordeel van de interviewer. Tenslotte is een ‘globale klinisch indruk van cognitieve beperking’ gegeven vanuit de antwoorden van de cliëntdeelnemer, de antwoorden van de informant en de samengestelde beoordeling. Al deze informatie is opgesteld in het CAI-NL verslag.

Neuropsychologisch onderzoek (NPO)

In het NPO zijn dezelfde cognitieve domeinen getest als in de CAI-NL, namelijk werkgeheugen, aandacht/vigilantie, verbaal leren en geheugen, redeneren en probleemoplossing, verwerkingssnelheid en sociale cognitie. Deze testen meten de objectieve prestaties op deze cognitieve domeinen. Het NPO bestond uit de volgende zes tests: 1) 15 woorden test (15-WT; Saan et al., 1986) wat een meting is van verbaal geheugen en werd gebruikt voor het domein verbaal leren en geheugen. De psychometrische kwaliteiten van deze test zijn goed (Saan et al., 1986); 2) Modified Card Sorting Test (MCST; Nelson, 1976) wat een meting is van cognitieve flexibiliteit en redeneren en werd gebruikt voor het domein redeneren en probleemoplossing. De psychometrische kwaliteiten van deze test zijn niet bekend; 3) Digit Span forward (WAIS-IV; Wechsler, 2008) wat een meting is van onmiddellijke auditieve aandacht en werd gebruikt voor het domein van aandacht/vigilantie. De psychometrische kwaliteiten van deze test zijn goed (Pearson Clinical Assessment, 2012); 4) Digit Span backward (WAIS-IV; Wechsler, 2008) wat een meting is van het werkgeheugen en werd gebruikt voor het domein werkgeheugen. De psychometrische kwaliteiten van deze test zijn goed (Pearson Clinical Assessment, 2012); 5) Stroop-Kleur- en Woordtest (Stroop, 1935) is een meting van verwerkingssnelheid, inhibitie, cognitieve flexibiliteit en cognitieve controle en werd gebruikt voor het domein redeneren en probleemoplossing en het domein verwerkingssnelheid. De psychometrische kwaliteiten van deze test zijn goed (Jensen, 1965); 6) Hinting Task (Corcoran et al., 1995) wat een meting is van Theory of Mind (ToM) en werd gebruikt voor het domein sociale cognitie. De psychometrische kwaliteiten van deze test zijn

matig (Davidson et al., 2018; Mallawaarachchi et al., 2019). De ruwe scores zijn weergegeven op een NPO scoreblad. Daarnaast is er op basis van de uitkomsten van de tests een NPO-verslag opgesteld met daarin observaties en/of bijzonderheden tijdens testafname, de uitkomsten per cognitief domein en een korte samenvatting over het cognitief functioneren van de cliëntdeelnemer.

Algemene vragenlijst

Bij de PIOG's is een vragenlijst (zie bijlage A en B) afgenomen waarin ze is gevraagd behandelindicaties op te stellen op basis van de samenvatting van het dossier, het NPO-verslag en het CAI-NL verslag. Daarnaast is de bruikbaarheid van de drie vignetten uitgevraagd. Na het krijgen van alleen de samenvatting van het cliëntdossier is de deelnemende PIOG's gevraagd een behandelindicatie op te stellen. Vervolgens is aan de PIOG's na het krijgen van het NPO-verslag en/of het CAI-NL verslag gevraagd welke behandelindicatie ze op basis van deze informatie zouden geven en of de nieuwe bron van informatie toegevoegde informatie gaf ten behoeve van het geven van een behandelindicatie. Tenslotte is gevraagd welke informatie van cruciaal belang was voor het geven van het indicatieadvies.

Post-PIOG-vragenlijst

De post-PIOG vragenlijst is een korte vragenlijst met open vragen over hun ervaringen met deze opdracht, om hun antwoorden van de opdrachten te verduidelijken. De vragenlijst bestaat uit 6 vragen: 'Hoe bruikbaar vond je de informatie uit het samenvatting dossier in het formuleren van een behandeladvies?'; 'Hoe bruikbaar vond je de informatie uit het NPO in het formuleren van een behandeladvies?'; 'Hoe bruikbaar vond je de informatie uit de CAI-NL in het formuleren van een behandeladvies?'; 'Heeft deelname aan deze opdracht je ook iets opgeleverd?'; 'Zijn er vragen gesteld die je moeilijk te beantwoorden vond? Zo ja, welke en waarom?'; 'In hoeverre had je het gevoel dat je in staat was om de oefening uit te voeren?'.

Data-analyse

De gegeven antwoorden van de PIOG's waren kwalitatief van aard en zijn uitgewerkt in Microsoft Word. Dit is vervolgens geüpload in het programma Atlas.TI (versie 9.0; ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH). Hierin is een kwalitatieve deductieve en inductieve thematische inhoudsanalyse uitgevoerd. Er is gezocht naar patronen aangaande de bruikbaarheid van de CAI-NL voor behandelaren. Voor de deductieve analyse is op basis van de verwachtingen over het onderzoek een codeboek opgesteld (bijlage D). Deze verwachtingen zijn gebaseerd op de gestelde vragen en de bestaande literatuur over de verschillende versies van de CAI. Hier kwamen verschillende hoofdthema's uit voort, namelijk 'indicatiestelling', 'cruciale informatie', 'vergelijkingen', 'verkregen inzichten', 'bruikbaarheid' en 'capaciteit uitvoering opdracht'. Daarnaast kunnen er naast de deductieve codes mogelijk nog nieuwe thema's naar voren komen die nieuwe (inductieve) codes vormen (inductieve analyse).

Resultaten

Veertien PIOG's (mannen n=1, vrouwen n=13) namen deel aan het onderzoek in de leeftijd van 29 tot 52 jaar (M=35,6, SD=7,3). Binnen deze groep zijn drie PIOG's afgestudeerd met de richting klinische psychologie, drie met de richting klinische neuropsychologie, vier met de richting orthopedagogiek, één met de richting ontwikkelingspsychologie, één met de richting forensische psychologie en van twee is hun afstudeerrichting onbekend. In totaal zijn de vignetten van negen cliënten beoordeeld, waarvan vijf door twee PIOG's en vier door één PIOG. Acht PIOG's kregen na de samenvatting van het dossier eerst het NPO en vervolgens de CAI-NL en zes PIOG's kregen eerst de CAI-NL en vervolgens het NPO.

Hieronder worden de verschillende hoofdthema's met de bijbehorende deductieve en inductieve (sub)codes besproken. Het deductieve codeboek is aangevuld met inductieve codes

en de niet gebruikte deductieve codes zijn hieruit verwijderd (bijlage E). De niet gebruikte deductieve codes zijn in een aparte tabel vernoemd (zie bijlage F). Twee post-PIOG vragenlijsten en een aantal vragen uit de hoofdvragenlijst zijn niet ingevuld, waardoor niet voor elk hoofdthema een antwoord van alle PIOG's is verzameld. Dit komt doordat een aantal PIOG's tijdsgebrek ervoeren.

Indicatiestelling

De PIOG's adviseerden verschillende typen behandeling, begeleiding of andere vervolgstappen. Deze drie onderdelen zullen apart van elkaar besproken worden.

Indicatie voor behandeling

De deductieve subcodes over de verschillende typen behandeling bleken niet goed te passen bij de antwoorden van de PIOG's. Daarom zijn deze vervangen door zes inductieve codes, namelijk: *'behandeling klinisch herstel (HG)'*, *'behandeling maatschappelijk herstel (HMF/HDF)'*, *'behandeling persoonlijk herstel (HI)'*, *'behandeling herstel begrip van eigen situatie'*, *'behandeling/diagnostiek niet nodig'* en *'aspecifieke behandeling'*. Zeven PIOG's adviseerden een behandeling gericht op klinisch herstel, bijvoorbeeld in de vorm van traumabehandeling, psychomotorische therapie of psychologische behandeling gericht op de negatieve en positieve symptomen van de cliënt. Deze behandelingen werden vooral benoemd na het krijgen van alleen de samenvatting van het dossier, maar ook enkele keren na het krijgen van het NPO en de CAI-NL. Eén PIOG zegt bijvoorbeeld na het krijgen van alleen de samenvatting van het dossier: 'Ik denk dat psychologische behandeling (paranoïde waan) nog geprobeerd zou kunnen worden, maar het is de vraag of ze daar voldoende voor gemotiveerd is en of dat cognitief niet te veel van haar vraagt.'. Zes PIOG's adviseerden een behandeling gericht op maatschappelijk herstel, bijvoorbeeld door cognitieve training, verpleegkundige behandeling of psychosociale zorg. Dit werd in vergelijkbare mate geadviseerd na het krijgen van de samenvatting van het dossier, het NPO en de CAI-NL. Echter werden behandelingen

in de vorm van cognitieve training vooral benoemd na het krijgen van het NPO. Eén PIOG zegt bijvoorbeeld na het krijgen van het NPO, waarbij hij/zij de samenvatting van het dossier en de CAI-NL al heeft ontvangen: ‘Er blijken cognitieve restverschijnselen passend bij de doorgemaakte cerebrale pathologie waarvoor dhr. handvatten kan krijgen met cognitieve training.’. Eén PIOG adviseerde een behandeling gericht op persoonlijk herstel gericht op het zelfbeeld van de cliënt na het krijgen van alleen de samenvatting van het dossier. Daarnaast adviseerden drie PIOG’s een behandeling gericht op herstel van het begrip van de situatie van de cliënt door middel van psycho-educatie. Dit werd in vergelijkbare mate geadviseerd na het krijgen van de samenvatting van het dossier, het NPO en de CAI-NL. Tenslotte adviseerden drie PIOG’s een meer specifieke behandeling in de vorm van gedragsexperimenten of een experimentele behandeling, één keer na het krijgen van de CAI-NL en twee keer na het krijgen van de samenvatting van het dossier. Tevens adviseerde één PIOG dat behandeling niet nodig was na het krijgen van alle drie de vignetten, aangezien de cliënt weinig lijdensdruk ervaart en er daarmee geen grote veranderwens aanwezig is.

Indicatie voor begeleiding

De geadviseerde begeleiding is onderverdeeld in soortgelijke inductieve subcodes als die van de geadviseerde behandeling, namelijk: ‘*begeleiding klinisch herstel (HG)*’, ‘*begeleiding maatschappelijk herstel (HMF/HDF)*’, ‘*begeleiding persoonlijk herstel (HI)*’ en ‘*specifieke begeleiding*’. Eén PIOG adviseerde een begeleiding gericht op klinisch herstel na het krijgen van alleen de samenvatting van het dossier door begeleiding te bieden bij het gebruik van medicatie en het abtinent blijven van middelen. Daarnaast adviseerden tien PIOG’s begeleiding gericht op maatschappelijk herstel bijvoorbeeld in de vorm van meer structuur bieden, korte contactmomenten, gebruik van hulpmiddelen of het toewerken naar een vorm van beschermd wonen. Dit werd in vergelijkbare mate geadviseerd na het krijgen van de samenvatting van het dossier, het NPO en de CAI-NL. Eén PIOG benoemt bijvoorbeeld na

het krijgen van de CAI-NL, waarbij hij/zij de samenvatting van het dossier en het NPO al had ontvangen: ‘Starten met mediërende begeleiding en hulpmiddelen inzetten zoals ondersteunende communicatie, instructies en taken in het dagelijks leven aanpassen op het niveau van functioneren van de cliënt.’. De begeleiding gericht op maatschappelijk herstel benoemd na het krijgen van de CAI-NL en het NPO werden vaak gekoppeld aan beperkingen in het cognitief functioneren. Eén PIOG benoemd bijvoorbeeld na het krijgen van het NPO waarbij hij/zij de samenvatting van het dossier al heeft ontvangen: ‘Qua begeleiding zal ik inzetten op korte opdrachten en stappen, herhaling, structuur en dergelijke, vanwege afwijkende geheugenspanne.’. Tevens adviseerden vijf PIOG’s een begeleiding gericht op persoonlijk herstel, vaak in een vorm van herstelondersteunende zorg. Veelgenoemde dingen zijn het inzetten van dagbesteding en het bekijken van de sterke punten van de cliënt. Dit werd in vergelijkbare mate geadviseerd na het krijgen van de samenvatting van het dossier, het NPO en de CAI-NL. Tenslotte adviseerden vijf PIOG’s een specifieke vorm van begeleiding, zoals het geven van begeleidings- en gedragsadviezen, of het monitoren van de cliënt. Dit werd vooral benoemd na het krijgen van het NPO en de CAI-NL, waarbij begeleidingsadviezen vaak gericht waren op de beperkingen in het cognitief functioneren van de cliënt.

Overige vervolgstappen

Alle veertien deelnemende PIOG’s hadden behoefte om aanvullende informatie over één of meerdere onderwerpen te verzamelen na het lezen van één of meerdere vignetten. Tien PIOG’s wilden aanvullende informatie verzamelen over het cognitief functioneren in verschillende domeinen zoals executief functioneren, aandacht en geheugen. Zes PIOG’s benoemden aanvullende info te willen verzamelen over het cognitief functioneren na het krijgen van alleen de samenvatting van het dossier. Vijf PIOG’s benoemden dit echter ook na het krijgen van de CAI-NL, omdat PIOG’s de bevindingen uit de CAI-NL wilden

objectiveren. Daarnaast wilden zeven PIOG's aanvullende informatie verzamelen over het cognitief functioneren na het krijgen van het NPO. Hierbij gaven een aantal PIOG's aan het een beperkt NPO te vinden en dat ze deze wilden aanvullen met bepaalde tests. Tevens wilden zeven PIOG's aanvullende informatie verzamelen over het dagelijks functioneren. Vijf PIOG's benoemden dit na het krijgen van de samenvatting van het dossier en drie na het krijgen van het NPO. Er was echter maar één PIOG die informatie over het dagelijks functioneren wilde verzamelen na het krijgen van de CAI-NL, omdat hij/zij benieuwd was naar hoe tevreden de cliënt is met zijn/haar sociale leven. Bovendien wilden negen PIOG's aanvullende diagnostiek doen naar bijvoorbeeld het hebben van een licht verstandelijke beperking, trauma en een ASS classificatie. In mindere mate wilden de PIOG's aanvullende informatie verzamelen over de medicatie, symptomen, de achtergrond (inductieve code '*AI – achtergrond*'), huidige behandeling/begeleiding (inductieve code '*AI – behandeling/begeleiding*'), drugsgebruik (inductieve code '*AI – drugsgebruik*') en de sterke punten van de cliënt. (inductieve code '*zingeving/sterke punten*').

Vier PIOG's vonden de hulpvraag van de cliënt niet duidelijk (inductieve code '*hulpvraag niet duidelijk*'). Daarnaast adviseerden sommige PIOG's dezelfde behandeling op basis van het reeds ontvangen vignet als op basis van het nieuw gekregen vignet (inductieve code '*gelijke behandelindicatie*'). Twee PIOG's gaven dezelfde indicatie na het krijgen van de CAI-NL als na het krijgen van alleen de samenvatting van het dossier en één PIOG gaf dezelfde indicatie na het krijgen van de CAI-NL als na het krijgen van de samenvatting van het dossier en het NPO. Eén van deze PIOG's antwoordde na het krijgen van de CAI-NL op de vraag welke indicatie hij/zij op wilde stellen: 'Zelfde, er lijken geen cognitieve problemen.'. Zij gaven echter wel aan dat ze de CAI-NL een toevoeging vonden ten opzichte van de bovengenoemde eerder gekregen vignetten bij het geven van een indicatie, aangezien het een goed beeld geeft van de cognitie van de cliënt. De andere PIOG geeft aan dat het

alleen fungeert als bevestiging van de uitkomsten van het NPO en vond het weinig toevoegen bij het geven van een indicatie. Daarnaast gaf één PIOG dezelfde indicatie na het krijgen van het NPO als na het krijgen van alleen de samenvatting van het dossier en één PIOG gaf dezelfde indicatie na het krijgen van het NPO als na het krijgen van de samenvatting van het dossier en de CAI-NL. Tevens vonden zij het NPO een toevoeging ten opzichte van de bovengenoemde eerder gekregen vignetten, omdat zij een goed beeld kregen van het cognitief functioneren van de cliënt.

Cruciale informatie

De PIOG's is gevraagd welke informatie zij cruciaal vonden voor het geven van een indicatie. Hieruit bleek dat de PIOG's zowel de samenvatting van het dossier, de CAI-NL en het NPO belangrijk vonden. Er zijn een aantal inductieve subcodes toegevoegd.

In totaal vonden tien PIOG's de samenvatting van het dossier of onderdelen hieruit cruciaal. Hierbij vonden twee PIOG's de DSM-classificatie en vijf PIOG's de achtergrond van de cliënt cruciaal voor het opstellen van een indicatie. Hier ging het om de hulpverleningsgeschiedenis, medische geschiedenis, arbeids- en scholingsverleden, andere levensgebeurtenissen en het intelligentieprofiel van de cliënt.

In totaal vonden acht PIOG's de CAI-NL of onderdelen hieruit cruciaal voor het opstellen van een indicatie. Hierbij vonden twee PIOG's de informatie over het dagelijks functioneren, twee de informatie over het neuropsychologisch functioneren en vier de informatie over de visie van de cliënt en de informant vanuit de resultaten van de CAI-NL cruciaal voor het opstellen van een indicatie. Eén PIOG zegt bijvoorbeeld: 'De CAI-NL vond ik heel zinvol om de informatie van zowel patiënt als informant te krijgen waar ik na lezen van dossierinformatie benieuwd naar was.'

In totaal vonden negen PIOG's het NPO cruciaal. Hierbij vonden zes PIOG's specifiek de informatie over het neuropsychologisch functioneren cruciaal. Daarnaast benoemden drie PIOG's dat ze het NPO in het algemeen cruciaal vonden.

De PIOG's vonden verschillende combinaties van onderdelen cruciaal voor het geven van een indicatie. Twee PIOG's vonden alleen de samenvatting van het dossier cruciaal voor de indicatie. Eén van hen gaf echter wel aan dat de CAI-NL en het NPO hielpen om de informatie uit de samenvatting van het dossier te specificeren, maar dat het gebruiken van beide niet nodig was. Twee PIOG's vonden het NPO in combinatie met de samenvatting van het dossier cruciaal voor het geven van een behandelindicatie. Daarnaast vond één PIOG vooral de informatie uit de resultaten van het NPO en de CAI-NL cruciaal en één vooral de informatie uit de resultaten van de CAI-NL. Zes PIOG's vonden echter een combinatie van alle drie onderdelen cruciaal. Eén PIOG zei bijvoorbeeld 'Alle drie zijn mijns inziens belangrijke onderdelen voor diagnostiek en indicatie. Ik denk dat het ook afhankelijk is van het doel van de indicatie.'

Vergelijkingen

De PIOG's is gevraagd of de CAI-NL of het NPO een toevoeging is ten opzichte van elkaar en/of de samenvatting van het dossier. Hier zijn geen nieuwe inductieve thema's gevonden.

Dertien PIOG's hebben een vergelijking gemaakt tussen de CAI-NL en het NPO waarbij zeven eerst het NPO kregen en vervolgens de CAI-NL en zes eerst de CAI-NL en vervolgens het NPO. Van de PIOG's die eerst het NPO kregen en vervolgens de CAI-NL gaven zes aan dat de CAI-NL extra informatie gaf en één dat het geen extra informatie gaf ten opzichte van het NPO. De PIOG's die vonden dat de CAI-NL extra informatie gaf ten opzichte van het NPO, gaven aan dat de CAI-NL informatie geeft over 'het dagelijks functioneren', 'de ervaren beperkingen door de cliënt' en de 'visie van de informant'. Tevens

werd benoemd dat de CAI-NL kan fungeren als een soort observatie in het dagelijks leven en dat de CAI-NL nuances geeft op bepaalde gebieden. Drie PIOG's benoemden daarnaast dat de CAI-NL passend is bij of bevestiging geeft op de informatie vanuit de resultaten van het NPO. Twee van deze PIOG's vonden de CAI-NL een toevoeging ten opzichte van de samenvatting van het dossier en het NPO en één niet, omdat de CAI-NL op zichzelf geen nieuwe informatie oplevert. Daarentegen benoemden drie PIOG's dat de CAI-NL veel overlap vertoonde ten opzichte van een (hetero)anamnese die normaal gesproken bij een NPO wordt afgenomen. De PIOG die de CAI-NL niets vond toevoegen ten opzichte van het NPO en de samenvatting van het dossier zei: 'Uit de CAI-NL kwam geen nieuwe informatie naar voren. Enkel bevestiging van trage verwerkingssnelheid, beperking in sociale cognitie en beperkt zelfinzicht.'. Daarnaast benoemde één PIOG dat de indrukken van de cliënt en informant vaak niet overeenkwamen.

Van de PIOG's die eerst de CAI-NL kregen, gaven vijf aan dat het NPO extra informatie gaf en één dat het geen extra informatie gaf ten opzichte van de CAI-NL. De PIOG's die vonden dat het NPO extra informatie gaf ten opzichte van de CAI-NL benoemden dat het NPO de subjectieve klachten meer kan objectiveren en dat het NPO kan fungeren als een bevestiging van de uitkomsten van de CAI-NL. Twee van deze PIOG's benoemden daarnaast dat het NPO passend is bij of bevestiging geeft op de informatie uit de resultaten van de CAI-NL. Hierbij werd het NPO als goede toevoeging gezien ten opzichte van de CAI-NL en de samenvatting van het dossier. Eén PIOG zei bijvoorbeeld op de vraag of het NPO iets toevoegt ten opzichte van de samenvatting van het dossier en het CAI-NL verslag: 'Ja, namelijk een bevestiging of controle op wat patiënt en informant waarnemen en rapporteren.'. Tevens wilde één PIOG de uitkomsten van het NPO graag observeren buiten een gestructureerde testomgeving van een NPO. De PIOG die de CAI-NL geen toevoeging vond ten opzichte van het NPO gaf aan geen nieuwe informatie te hebben vergaard.

Daarnaast zijn het NPO en de CAI-NL ook vergeleken met de samenvatting van het dossier. Elf PIOG's hebben een vergelijking gemaakt tussen de samenvatting van het dossier en het NPO, waarbij negen vonden dat het NPO extra informatie gaf en twee dat het geen extra informatie gaf ten opzichte van de samenvatting van het dossier. De PIOG's die vonden dat het NPO extra informatie gaf ten opzichte van de samenvatting van het dossier gaven vaak aan dat het NPO een goed beeld geeft van het neuropsychologisch functioneren. Daarnaast benoemde één PIOG dat het NPO bevestiging gaf op de problemen die uit de samenvatting van het dossier bleken. Echter benoemden sommigen ook dat er informatie ontbrak bijvoorbeeld over waar de cliënt zelf aan wil werken en dat er rekening gehouden moet worden met de gestructureerde omgeving van een NPO. De PIOG's die het NPO niets vonden toevoegen benoemden dat het een beperkt NPO was en dat het geen invloed had op de behandelindicatie.

Daarnaast zijn er door elf PIOG's vergelijkingen gemaakt tussen de CAI-NL en de samenvatting van het dossier. Negen PIOG's gaven aan dat de CAI-NL extra informatie gaf en twee dat het geen extra informatie gaf ten opzichte van de samenvatting van het dossier. Veel benoemde dingen door de PIOG's die vonden dat de CAI-NL iets toevoegde ten opzichte van de samenvatting van het dossier zijn dat de CAI-NL extra informatie geeft over de beperkingen in het dagelijks leven en de ervaren problemen door de cliënt zelf, dat de informatie vanuit de informant erg bruikbaar was en dat het een goed beeld geeft van de cognitie. Eén PIOG vindt daarnaast dat de informatie uit de resultaten van de CAI-NL passend is bij de informatie uit de samenvatting van het dossier en dat hij/zij weinig 'nieuwe' zaken naar voren ziet komen die hij/zij nog niet in het advies had meegenomen. Eén PIOG wilde echter na het krijgen van de CAI-NL de uitkomsten meer objectiveren. De PIOG's die vonden dat de CAI-NL geen extra informatie gaf ten opzichte van de samenvatting van het

dossier vonden dat het weinig toevoegde ten opzichte van een (hetero)anamnese van een NPO en dat er weinig nieuwe informatie naar voren kwam.

Verkregen inzichten

PIOG's gaven in hun antwoorden aan inzichten te hebben gekregen in het cognitief functioneren, in de impact hiervan en in het dagelijks functioneren van de cliënt, zowel vanuit de resultaten van de CAI-NL als de resultaten van het NPO. Geen enkele PIOG heeft echter inzicht gekregen in de hulpvraag. Daarnaast zijn er geen inzichten in het cognitief functioneren, de impact hiervan en in het dagelijks functioneren van de cliënt verkregen vanuit de samenvatting van het dossier. Hier zijn geen nieuwe inductieve thema's gevonden.

Negen PIOG's hebben inzicht gekregen in het cognitief functioneren vanuit de resultaten van het NPO, waarbij drie PIOG's eerst de CAI-NL kregen en zes eerst het NPO. Deze twee groepen gaven vergelijkbare antwoorden over de verkregen inzichten vanuit de resultaten van het NPO. Eén PIOG die eerst het NPO kreeg zegt bijvoorbeeld over het NPO: 'Het geeft een eerste indruk over het cognitief functioneren van de patiënt en daarmee betere aanknopingspunten dan de samenvatting van het dossier om een indicatie beter te kunnen specificeren.'. Daarnaast kregen vier PIOG's inzicht in het cognitief functioneren vanuit de resultaten van de CAI-NL. Deze vier PIOG's kregen allemaal eerst de CAI-NL en vervolgens het NPO. Hierbij benoemden deze PIOG's ongeveer gelijkmatig deze inzichten te hebben verkregen vanuit de uitkomsten van de volledige CAI-NL, de visie van de cliënt, de visie van de informant en de discrepantie hiertussen. Veel PIOG's benoemden meerdere onderdelen. Eén PIOG zegt bijvoorbeeld 'Het geeft meer inzicht op hoe zowel cliënte en moeder vinden dat het gaat op cognitieve gebieden. Op bepaalde antwoorden zie je een verschil, daar zou je nog langer over na kunnen denken.'. De inzichten in het cognitief functioneren vanuit de resultaten van de CAI-NL zijn echter door sommige PIOG's op een meer subjectieve manier beschreven dan bij het NPO, waarbij er meer werd benoemd over het cognitief functioneren

vanuit de perspectieven van de cliënt en de informant en niet zozeer over het objectieve cognitief functioneren. Eén PIOG zegt bijvoorbeeld over de CAI-NL: ‘Het geeft meer inzicht in hoe zowel cliënte en moeder vinden dat het gaat op cognitieve gebieden.’.

Er was overlap aanwezig in de deductieve codes *‘inzicht impact cognitief functioneren (IIC)’* en *‘inzicht dagelijks functioneren (IDF)’*, echter is veel gecodeerd onder *‘inzicht dagelijks functioneren (IDF)’* omdat vaak specifiek het dagelijks functioneren benoemd is. Een voorbeeld van overlap is een PIOG die de CAI-NL een toevoeging vond ten opzichte van de samenvatting van het dossier: ‘Ja, namelijk meer specifieke informatie over beperkingen in het dagelijks leven met betrekking tot cognitieve functies.’. Twee PIOG’s hebben inzicht gekregen in de impact van de cognitieve problemen vanuit de resultaten van de volledige CAI-NL en de visie van de informant. Hierbij kregen beide PIOG’s eerst de CAI-NL en vervolgens het NPO. Daarnaast hebben zes PIOG’s inzicht in het dagelijks functioneren gekregen vanuit de resultaten van de CAI-NL. Hierbij kregen drie PIOG’s eerst het NPO en drie eerst de CAI-NL. Deze PIOG’s hebben vergelijkbare antwoorden gegeven over de inzichten in het dagelijks functioneren. De meerderheid van deze PIOG’s kregen deze inzichten vanuit de visie van de cliënt, maar ook hebben ze de volledige CAI-NL, de visie van de informant en de discrepantie tussen de cliënt en de informant benoemd. Eén PIOG zei bijvoorbeeld over de CAI-NL: ‘Het geeft een indicatie waar de patiënt eventueel tegenaan loopt en waar hij zichzelf wellicht in overschat of zijn omgeving hem overschat/onderschat.’.

Bruikbaarheid

In de post-PIOG vragenlijst is de PIOG’s gevraagd naar de bruikbaarheid van de samenvatting van het dossier, de CAI-NL en het NPO voor het geven van een indicatie. Veel PIOG’s gaven hier echter aan informatie te missen uit de drie vignetten (inductieve code *‘missende informatie’*).

De samenvatting van het dossier werd door twaalf PIOG's als bruikbaar bevonden en door niemand als niet bruikbaar. Negen PIOG's mistten echter informatie in de samenvatting van het dossier (inductieve code '*missende informatie dossier*') of vonden de hulpvraag niet duidelijk. De ontbrekende informatie waren delen van de medische geschiedenis, de voorgeschiedenis, een ontwikkelingsanamnese, biografische gegevens, de reden van medicatie en uitgebreidere informatie over symptomen. Daarnaast gaf één PIOG aan geen volledig beeld van iemand te hebben wanneer hij/zij diegene niet heeft ontmoet.

De CAI-NL werd door negen PIOG's als bruikbaar en door twee PIOG's als niet bruikbaar bevonden. Meerdere PIOG's gaven hier aan de CAI-NL te willen combineren met de andere onderdelen. Eén PIOG wil namelijk de CAI-NL combineren met het NPO en de samenvatting van het dossier, één PIOG wil de CAI-NL combineren met de samenvatting van het dossier en één PIOG wil de CAI-NL naast het NPO leggen. Daarnaast vonden meerdere PIOG's de informatie vanuit de informant en de informatie over het dagelijks functioneren vanuit de resultaten van de CAI-NL interessant. Eén PIOG zei bijvoorbeeld: 'Wel informatief om te horen waar ze tegen aan lopen in het dagelijks leven. Door de extra informant krijg je een wat breder beeld'. Tevens vond één PIOG het mooi dat het sociale aspect meer naar voren kwam, wat naar zijn/haar idee wel heel belangrijk is bij elke patiënt. Drie PIOG's vonden echter dat de CAI-NL veel overlap heeft met een (hetero)anamnese uit een NPO en één PIOG die eerst het NPO kreeg en vervolgens de CAI-NL, benoemde dat er geen nieuwe informatie naar voren kwam vanuit de resultaten van de CAI-NL. Bovendien twijfelde één PIOG aan de betrouwbaarheid van de informatie, omdat de informant regelmatig zegt dat ze denkt dat de patiënt op een bepaalde manier zou reageren, wat volgens de PIOG aangeeft dat de informant dit dus niet zeker weet. Daarnaast mistte één PIOG informatie over het beloop van de klachten in het CAI-NL verslag (inductieve code '*missende informatie CAI-NL*').

Het NPO wordt door tien PIOG's als bruikbaar en door twee PIOG's als niet bruikbaar bevonden. Een aantal PIOG's benoemden specifiek dat het NPO een goed beeld geeft van het neuropsychologisch functioneren. Eén PIOG zegt bijvoorbeeld: 'Bij iemand met langdurige problematiek is het altijd fijn om een beeld van het neuropsychologisch functioneren te hebben.'. Vijf PIOG's misten echter informatie in het NPO of ze hadden expliciet behoefte aan een uitgebreider NPO (inductieve code '*missende informatie NPO*'). Daarnaast is benoemd dat je geen context krijgt bij het NPO en dat een NPO in een gestructureerde omgeving is afgenomen waardoor de uitkomst mogelijk niet overeenkomt met het functioneren in het dagelijks leven. Bovendien vond één PIOG dat er weinig nieuwe informatie uit het NPO naar voren kwam ten opzichte van de CAI-NL die zij eerder gekregen had.

Capaciteit uitvoering opdracht

Tenslotte is de PIOG's gevraagd in de post-PIOG vragenlijst of ze moeite hadden met bepaalde vragen en of ze in staat waren om de opdracht uit te voeren, hier hebben elf PIOG's antwoord op gegeven.

Zes PIOG's ervoeren enkele problemen bij het uitvoeren van de opdracht. Drie PIOG's hadden weinig ervaring in het werkveld rond de EPA-doelgroep en vier hadden weinig ervaring en kennis over cognitie en NPO's. Met deze reden gaven enkele PIOG's ook aan moeite te hebben met de vragen over het NPO. Tevens vond één PIOG zijn/haar casus erg complex en kon hij/zij zich slecht concentreren door lichamelijke klachten en hadden een aantal PIOG's moeite met het opstellen van een indicatie door de missende informatie. Tenslotte hadden twee PIOG's tijdsgebrek, waardoor ze de opdracht minder goed hebben kunnen maken.

Vijf PIOG's hebben geen problemen ervaren met het uitvoeren van de opdracht. Twee van deze PIOG's misten echter ook informatie en hadden weinig ervaring met NPO's, maar gaven aan hier geen grote problemen door hebben te ervaren.

Discussie

Het doel van het dit onderzoek was het onderzoeken van de bruikbaarheid van de Nederlandse versie van het Cognitive Assessment Interview (CAI-NL) voor behandelaren bij mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Hierbij is specifiek onderzocht of de CAI-NL een waardevolle toevoeging is bij het geven van een behandelindicatie ten opzichte van alleen biografische- en achtergrondinformatie en een NPO. De onderzoeksvraag in het huidige onderzoek was: 'Wat is de bruikbaarheid van het Cognitive Assessment Interview (CAI-NL) in het geven van een behandelindicatie bij mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA)?'. Daartoe stelden PIOG's een behandelindicatie op, op basis van een samenvatting van het dossier, een NPO verslag en een CAI-NL verslag. Centraal in het onderzoek stonden vragen gericht op de bruikbaarheid van deze drie onderdelen. De meerderheid van de PIOG's vond de CAI-NL over het algemeen bruikbaar voor het opstellen van een behandelindicatie. De CAI-NL lijkt bruikbaar te zijn in combinatie met een NPO en een samenvatting van het dossier, maar het is niet duidelijk of de CAI-NL ook kan fungeren als vervanging voor een NPO bij mensen in de EPA-doelgroep.

De PIOG's adviseerden op basis van de samenvatting van het dossier, het NPO en de CAI-NL verschillende behandelingen en begeleidingen, waarbij de begeleidingen en behandelingen na het krijgen van het NPO en de CAI-NL meer gericht waren op cognitie en de behandelingen en begeleidingen na het krijgen van de samenvatting van het dossier meer gericht waren op klinisch herstel. Alle PIOG's vonden de samenvatting van het dossier bruikbaar en de meerderheid van de PIOG's het NPO en de CAI-NL bij het opstellen van de behandelindicatie.

CAI-NL

De meerderheid van de PIOG's vond de CAI-NL iets toevoegen bij het geven van een indicatie ten opzichte van de samenvatting van het dossier en het NPO. De PIOG's benoemden verschillende voor- en nadelen van de CAI-NL in hun antwoorden. Ten eerste vonden meerdere PIOG's dat de CAI-NL ten opzichte van de samenvatting van het dossier en het NPO meer informatie gaf over het dagelijks functioneren en dat het de verschillende visies van de cliënt en de informant weergeeft. Deze informatie is tevens benoemd als bruikbaar en cruciaal voor het opstellen van de indicatie. Bovendien wilden een aantal PIOG's aanvullende info verzamelen over het dagelijks functioneren van de cliënt. De PIOG's die dit wilden hadden hier vooral behoefte aan na het krijgen van de samenvatting van het dossier en het NPO, maar niet na het krijgen van de CAI-NL. Dit kan betekenen dat de CAI-NL al voldoende informatie geeft over het dagelijks functioneren. Daarnaast verkregen de PIOG's inzichten in de impact van het cognitief functioneren en in het dagelijks functioneren van de cliënt vanuit de resultaten van de CAI-NL, en niet vanuit de resultaten van het NPO en de samenvatting van het dossier. Uit de bovengenoemde resultaten blijkt dat de CAI-NL veel informatie geeft over het dagelijks functioneren en dat dit niet verkregen wordt vanuit de resultaten van het NPO en de samenvatting van het dossier. Dit komt overeen met eerder onderzoek naar de CAI dat aantoonde dat de CAI gecorreleerd is met de functionele uitkomsten (Ventura et al., 2010; Ventura et al., 2013; Ventura et al., 2016), en daarmee informatie geeft over het dagelijks functioneren. Problemen in het dagelijks functioneren bij deze doelgroep omvatten bijvoorbeeld problemen in het beroepsmatig functioneren, sociaal functioneren en financieel functioneren (Liddl, 2019; Marson et al., 2006). Deze domeinen hebben invloed op de kwaliteit van leven (Harrison et al., 2020), waardoor het belangrijk is om dit mee te nemen in de indicatie.

Eén PIOG benoemde daarnaast dat hij/zij de CAI-NL bruikbaar vond omdat het sociale aspect hierin mooi naar voren komt. Hoewel er slechts een matige relatie aanwezig is tussen de CAI en het sociale functioneren (Ventura et al., 2013), bleek uit eerder onderzoek dat sociale cognitie sterker gerelateerd is aan de functionele uitkomst dan neurocognitie (Fett et al., 2011) en dat neurocognitie gerelateerd is aan het sociaal functioneren (Lee et al., 2018). Dit maakt dit sociale aspect erg belangrijk voor het maatschappelijk herstel van patiënten, aangezien het sterk gerelateerd is aan het dagelijks functioneren, maar ook in verband staat met het cognitief functioneren. In de CAI-NL wordt echter maar één sociaal domein behandeld, waardoor de behandeling van dit sociale aspect in de CAI-NL niet heel groot is. Het is niet helemaal duidelijk wat de PIOG exact bedoeld met dit sociale aspect.

Eén PIOG's vond de CAI-NL echter niets toevoegen ten opzichte van de samenvatting van het dossier en het NPO en twee PIOG's vonden het niets toevoegen ten opzichte van alleen de samenvatting van het dossier bij het opstellen van een indicatie, omdat er weinig nieuwe informatie uit naar voren kwam. Dit komt overeen met het resultaat dat één PIOG exact dezelfde indicatie gaf op basis van de CAI-NL als op basis van de samenvatting van het dossier en het NPO en dat twee PIOG's exact dezelfde indicatie gaven op basis van de CAI-NL als op basis van de samenvatting van het dossier. Dit geeft aan dat bij deze PIOG's de CAI-NL geen nieuwe informatie meer gaf ten opzichte van de eerder gekregen vignetten. Daarnaast zijn een aantal andere nadelen benoemd van de CAI-NL. Drie PIOG's vonden bijvoorbeeld dat de CAI-NL veel overlap heeft met een (hetero)anamnese uit een NPO. Echter wordt in een (hetero)anamnese de cognitie niet op dezelfde semigestructureerde manier uitgevraagd zoals in de CAI-NL, waardoor hierin mogelijk een minder compleet beeld van de impact van het cognitief functioneren in het dagelijks leven wordt verkregen. Daarnaast kan de CAI-NL verschillende voordelen bieden ten opzichte van een NPO,

namelijk een korte afnametijd, weinig oefeneffecten en eenvoudige scoremethode (Ventura et al., 2013).

Twee PIOG's hadden twijfels over de betrouwbaarheid van de informatie vanuit de resultaten van de CAI-NL en benoemden dat de indrukken van de cliënt en de informant vaak niet consistent waren. De verschillende visies van de cliënt en de informant werden echter wel als bruikbaar en cruciaal gezien voor het opstellen van een indicatie door veel PIOG's.

Ventura et al. (2013) geven aan dat men bewust moet zijn van de mogelijkheid dat de patiënt en de informant een ander perspectief kunnen hebben op het cognitief functioneren. Een mogelijke reden voor deze discrepantie is een verminderd inzicht van de cliënt in zijn/haar cognitief functioneren (ook wel metacognitie) wat vaak wordt gezien bij mensen met schizofrenie (Lysaker et al., 2020; Medalia et al., 2008) of dat de informant geen volledig beeld heeft van het cognitief functioneren van de cliënt. Uit een onderzoek uitgevoerd bij mensen met een EPA blijkt echter dat een interview ook kan zorgen voor nieuwe inzichten en realisaties over henzelf (Muralidharan et al., 2017). Daarnaast kan de discrepantie tussen de visie van de cliënt en de informant gebruikt worden bij de indicatiestelling, omdat het aan kan geven waar de cliënt of de informant zichzelf of de cliënt in onder- of juist overschat. Het blijkt dat mensen met schizofrenie met een slecht ziekte-inzicht (waarbij iemand zichzelf overschat of juist onderschat) minder behandelingstrouw zijn, wat kan zorgen voor verergering van symptomen (Lysaker et al., 2013). Daarnaast is een slecht ziekte-inzicht gerelateerd aan een slechtere klinische en psychosociale uitkomst (Lysaker et al., 2013). Om dit tegen te gaan kan er een behandeling gericht op ziekte-inzicht ingezet worden, zoals REFLEX (Pijnenborg et al., 2011) of MERIT (Lysaker et al., 2020). Hierbij moet echter rekening worden gehouden met het verminderde inzicht van deze cliënten, omdat zij mogelijk denken dat ze geen behandeling nodig hebben waardoor ze hier niet aan deel willen nemen (Pijnenborg et al., 2011). Wanneer de cliënt zichzelf onderschat kun je meer bewustzijn

creëren over deze aspecten. Daarnaast kan je bij de informant ook meer bewustzijn creëren over de informatie waarin de cliënt wordt onder- of overschat, zodat ze rekening kunnen houden met deze beperkingen en/of sterke punten. Iemand die de zelfrapportage verstrekt en iemand die informatie over een ander verstrekt beschikken namelijk niet altijd over dezelfde informatie (Podsakoff et al., 2003).

Tenslotte wilden een aantal PIOG's aanvullende informatie verzamelen over het cognitief functioneren van de cliënt. Naast de PIOG's die dit wilden na het krijgen van de samenvatting van het dossier en na het krijgen van het NPO (omdat deze beperkt werd gevonden), waren er echter ook een aantal PIOG's die dit wilden na het krijgen van de CAI-NL, omdat ze de uitkomsten van de CAI-NL wilden objectiveren. Dit geeft aan dat de CAI-NL mogelijk niet voldoende informatie geeft over het objectieve cognitieve functioneren, wat sommige PIOG's dus wel belangrijk achtten voor het opstellen van een indicatie. Hoewel meerdere keren is aangetoond dat de CAI-NL redelijk correleert met objectief gemeten cognitief functioneren (Ventura et al, 2010; Ventura et al, 2013; Ventura et al., 2016; Giordano et al., 2022; Bosgelmez et al., 2015), is het mogelijk meer een weerspiegeling van het perspectief van de cliënt en zijn/haar informant op het cognitief functioneren, wat meer subjectief is. Een aantal PIOG's vonden het NPO iets toevoegen ten opzichte van de CAI-NL, omdat dit de uitkomsten van de CAI-NL kan objectiveren. Het objectiveren van de uitkomsten van de CAI-NL kan dus bereikt worden door een NPO uit te voeren, aangezien neuropsychologische testen objectieve cognitieve beperkingen in beeld brengen (In de Braek et al., 2016). Dit suggereert dat het afnemen van een NPO in combinatie met de CAI-NL voor het opstellen van een indicatie een meer complete beoordeling kan geven van het functioneren van de cliënt. Dit komt overeen met het resultaat dat zes PIOG's een combinatie van de samenvatting van het dossier, het NPO en de CAI-NL cruciaal vonden voor het opstellen van een indicatie. Dit geeft daarnaast aan dat de PIOG's de CAI-NL en het NPO beide als

belangrijke onderdelen zien voor het opstellen van een indicatie. In de praktijk zou dit betekenen dat naast een NPO de CAI-NL wordt afgenomen voor het opstellen van een indicatie. Echter vonden vier PIOG's de samenvatting van het dossier of de samenvatting van het dossier in combinatie met het NPO voldoende. Het afnemen van de CAI-NL wanneer er ook een samenvatting van het dossier en een NPO beschikbaar is, lijkt dus voor deze PIOG's niet veel toe te voegen om tot een indicatie te komen. Tevens vond één PIOG alleen de CAI-NL cruciaal en één vooral de informatie uit de resultaten van het NPO en de CAI-NL. Deze PIOG's vonden de CAI-NL dus wel weer een belangrijk onderdeel voor het opstellen van de indicatie.

NPO

De meerderheid van de PIOG's vond het NPO iets toevoegen bij het geven van een indicatie ten opzichte van de samenvatting van het dossier en de CAI-NL. De PIOG's benoemden verschillende voor- en nadelen van het NPO in hun antwoorden. Ten eerste was de voornaamste reden voor een goede bruikbaarheid van het NPO dat het een goed beeld gaf van het neuropsychologisch functioneren. Daarnaast vonden veel PIOG's de informatie over het neuropsychologisch functioneren vanuit de resultaten van het NPO cruciaal voor het opstellen van een indicatie.

De helft van de PIOG's kreeg inzicht in het cognitief functioneren van de cliënt vanuit de resultaten van het NPO. Daarnaast kregen vier PIOG's inzicht in het cognitief functioneren vanuit de resultaten van de CAI-NL, specifiek vanuit de visie van de cliënt, de informant en de discrepantie hiertussen. Dit geeft aan dat het NPO en de CAI-NL beide informatie geven over het cognitief functioneren van de cliënt, wat een mogelijke overlap suggereert in de informatie vanuit de resultaten van het NPO en de CAI-NL. Opvallend is dat de vier PIOG's die inzicht in het cognitief functioneren vanuit de resultaten van de CAI-NL kregen, allemaal eerst de CAI-NL kregen en vervolgens het NPO. Dit betekent dat de CAI-NL informatie geeft

over het cognitief functioneren. Echter geeft dit ook aan dat het NPO mogelijk voldoende informatie geeft over het cognitief functioneren, waardoor de PIOG's geen nieuwe inzichten meer kregen in het cognitief functioneren vanuit de resultaten van de CAI-NL wanneer ze het NPO al hadden gekregen. Er was geen duidelijk verschil aanwezig in de twee volgordes bij de PIOG's die inzicht in het cognitief functioneren kregen vanuit de resultaten van het NPO. Dit kan betekenen dat het NPO naast de overlappende informatie nog andere informatie over het cognitief functioneren geeft dan de CAI-NL, aangezien mensen na het krijgen van de CAI-NL nog nieuwe inzichten kregen in het cognitief functioneren vanuit de resultaten van het NPO. In de klinische praktijk wordt een korte screenende testbatterij geadviseerd om cognitie in kaart te brengen bij mensen met psychoses (GGZ standaarden, 2017), waardoor de PIOG's dit mogelijk beschouwen als gouden standaard. Dit kan ervoor zorgen dat de PIOG's een bias hebben over dat een NPO 'echtere' resultaten geeft en ze hierdoor minder vertrouwen op de perceptie van cliënten en informant. Subjectieve metingen van cognitieve beperkingen worden namelijk onderkend in de klinische praktijk, waaronder bij mensen met schizofrenie (Chang et al., 2015). Mogelijk is daardoor sprake van confirmation bias, waarbij de PIOG's antwoorden geven die passen bij het 'goede' beeld van het NPO. Wanneer er confirmation bias aanwezig is, is het moeilijk om op een onbevooroordeelde manier te redeneren over tegensprekende onderwerpen (Vedejová et al., 2022). Of dit invloed zou kunnen hebben zou in toekomstig onderzoek onderzocht moeten worden.

Eén PIOG vond het NPO niets toevoegen ten opzichte van de CAI-NL en de samenvatting van het dossier en twee PIOG's vonden het niets toevoegen ten opzichte van alleen de samenvatting van het dossier bij het geven van een indicatie, omdat er weinig nieuwe informatie uit naar voren kwam. Dit komt overeen met het resultaat dat één PIOG exact dezelfde indicatie gaf op basis van het NPO als op basis van de samenvatting van het dossier en de CAI-NL en één PIOG exact dezelfde indicatie gaf op basis van het NPO als op

basis van de samenvatting van het dossier, wat aangeeft dat het NPO geen nieuwe informatie meer geeft ten opzichte van de eerder gekregen vignetten. Daarnaast zijn er andere nadelen benoemd van het NPO. De PIOG's benoemden bijvoorbeeld dat het NPO geen context geeft en dat het in een gestructureerde omgeving wordt afgenomen, wat zorgt voor een lage ecologische validiteit. In onderzoek is aangetoond dat een NPO matige ecologische validiteit vertoont, wat mede wordt veroorzaakt door de testomgeving (Chaytor et al., 2003). Hierdoor komt de uitkomst van een NPO mogelijk niet overeen met het functioneren in het dagelijks leven. Een interview kan een meer gedetailleerde beoordeling van de prestaties in het dagelijks leven geven, omdat het vragen omvat over de prestatie op alledaagse taken en niet over prestaties in een gestructureerde omgeving (Harvey et al., 2019). In dit geval kan de CAI-NL dus gebruikt worden om deze nadelen tegen te gaan.

Uit de resultaten blijkt dus dat het NPO een goed geobjectiveerd beeld geeft van het neuropsychologisch functioneren en de CAI-NL veel informatie geeft over de impact van cognitieve problemen in het dagelijks functioneren en de verschillende visies van de cliënt en de informant. Daarnaast benoemden de PIOG's verschillende nadelen van de CAI-NL en het NPO, en blijkt hieruit dat deze twee onderdelen elkaar goed kunnen aanvullen op hun tekorten.

Overlap CAI-NL en NPO

Meerdere resultaten wijzen op een mogelijke overlap tussen de informatie verkregen vanuit de resultaten van de CAI-NL en het NPO, zoals hierboven al is benoemd. Sommige PIOG's vonden bijvoorbeeld de informatie over het neuropsychologisch functioneren vanuit de resultaten van het NPO en vanuit de resultaten van de CAI-NL cruciaal. Dit geeft aan dat de CAI-NL en het NPO beide belangrijke informatie geven over het neuropsychologisch functioneren voor het opstellen van een indicatie. Tevens benoemden meerdere PIOG's dat de informatie verkregen uit de resultaten van de CAI-NL passend is bij of bevestiging geeft op

de uitkomsten van het NPO en andersom. Deze resultaten kunnen wijzen op een overlap in informatie vanuit de resultaten van de CAI-NL en het NPO. Uit de antwoorden van de PIOG's wordt echter niet duidelijk om welke informatie dit gaat en hoe groot deze overlap is. Tevens kan het ook betekenen dat de informatie uit de CAI-NL en het NPO elkaar alleen niet tegenspreekt, maar dat het wel andere zaken in kaart brengt. Dit zou nader onderzocht moeten worden.

Sterke punten en limitaties

Een sterk punt van het huidige onderzoek is dat het een kwalitatieve studie is. Hierdoor is veel en rijke informatie verzameld over de bruikbaarheid van de CAI-NL onder behandelaren. Door de gedetailleerde antwoorden van de deelnemende PIOG's is een goed beeld verkregen van hun perspectief op de bruikbaarheid van de CAI-NL voor het opstellen van een behandelindicatie. Daarnaast zorgde het voor nieuwe inzichten voor toekomstig onderzoek.

Het huidige onderzoek heeft beperkingen die benoemd moeten worden. Ten eerste is in het onderzoek geen duidelijke scheiding aanwezig tussen de deductieve en inductieve codes. Het deductieve codeboek is namelijk ontwikkeld nadat de vragenlijsten zijn verwerkt in Microsoft Word. Dit maakt dat de codes niet volledig deductief zijn, omdat de interviews voor het opstellen van het deductieve codeboek al een keer zijn doorgenomen. In toekomstig onderzoek is het belangrijk dat het deductieve codeboek ontwikkeld wordt voordat de data wordt verwerkt. Daarnaast zijn sommige deductieve codes samengevoegd (zie bijlage F) en was er overlap aanwezig in de deductieve codes 'inzicht impact cognitief functioneren' en 'inzicht dagelijks functioneren'. Aangezien cognitieve problemen ook vaak impact hebben op het dagelijks functioneren, was het moeilijk onderscheid te maken tussen de inzichten verkregen vanuit de resultaten van de CAI-NL in de impact van het cognitief functioneren en

in het dagelijks functioneren. Hier had bij het opstellen van het deductieve codeboek mogelijk beter over nagedacht moeten worden.

Ten tweede hebben veel PIOG's problemen ervaren met het uitvoeren van de opdracht, met de veelgenoemde reden dat ze weinig kennis hebben over en ervaring hebben met NPO's en cognitie. Dit kan invloed hebben gehad op de kwaliteit van de resultaten. Het kan verklaard worden doordat enkel drie PIOG's deelnamen die gespecialiseerd waren in de klinische neuropsychologie. Deze drie PIOG's hadden een wisselende mening over de bruikbaarheid van de CAI-NL. In toekomstig onderzoek kan rekening worden gehouden met de afstudeerrichting van de groep deelnemende behandelaars, zodat ze meer ervaring hebben met cognitieve problemen en neuropsychologisch onderzoek. Het aantal neuropsychologen is echter laag in de psychiatrie (Duits et al., 2018), waardoor het mogelijk een goede representatie is van de klinische praktijk. Daarnaast ervoeren een aantal PIOG's tijdsgebrek, waardoor een aantal vragen niet zijn ingevuld.

Tenslotte gaven meerdere PIOG's aan dat er informatie ontbrak, voornamelijk vanuit de resultaten van het NPO en de samenvatting van het dossier. Mogelijk had in het huidige onderzoek een uitgebreider NPO gegeven moeten worden, aangezien veel PIOG's aangaven deze beperkt te vinden. Er wordt echter in Nederland volgens de GGZ standaarden voor de diagnostiek van mensen met psychoses een korte screenende testbatterij geadviseerd die de verschillende MATRICS domeinen omvat om cognitieve beperkingen in beeld te brengen (*GGZ Standaarden*, 2017). In het huidige onderzoek is ook een NPO opgesteld met maten in alle MATRICS domeinen, waardoor het mogelijk een goede representatie geeft van een NPO in de Nederlandse klinische praktijk. Daarnaast had de samenvatting van het dossier uitgebreider beschreven kunnen worden, zodat de PIOG's meer achtergrondinformatie over de cliënt hadden gehad. Daarnaast mistten een aantal PIOG's de hulpvraag of vonden deze

niet duidelijk. Mogelijk had de hulpvraag duidelijker geformuleerd moeten worden in de samenvatting van het dossier.

Implicaties

De resultaten suggereren dat de CAI-NL gebruikt kan worden in combinatie met een samenvatting van het dossier en een NPO voor het opstellen van een behandelindicatie. Door de CAI-NL toe te voegen kan in de klinische praktijk extra informatie worden verkregen over het dagelijks functioneren en het perspectief van de cliënt en de informant op het cognitief functioneren van de cliënt. De totale afnametijd is echter wel langer dan bij de afname van alleen een NPO.

Een aantal PIOG's vonden de CAI-NL niet cruciaal te voor het opstellen van een behandelindicatie, dit kan betekenen dat het afnemen van de CAI-NL naast een NPO niet in alle situaties nodig is. Hier kan gekeken worden of er behoefte is aan informatie over het dagelijks functioneren en over de ervaren beperkingen door de cliënt en informant bij het opstellen van een behandelindicatie. Daarentegen vonden ook veel PIOG's dat het NPO en de CAI-NL passend zijn bij of bevestiging geven op elkaar, wat aangeeft dat er mogelijk overlap aanwezig is in de informatie vanuit de resultaten van de CAI-NL en het NPO. Hierbij is het echter niet duidelijk hoe groot deze overlap is en om welke informatie dit precies gaat. Als deze overlap groot is zou dit kunnen betekenen dat het NPO vervangen kan worden door de CAI-NL bij mensen in de EPA-doelgroep. Hierdoor zou de totale afnametijd veel korter worden, aangezien het afnemen van de CAI-NL veel minder lang duurt dan het afnemen van een NPO (Ventura et al., 2013). Daarnaast is dit erg relevant voor de praktijk aangezien in sommige gevallen het niet mogelijk is om een NPO af te nemen. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat een gedeelte van de mensen met schizofrenie niet altijd volledige inspanning vertoont tijdens de afname van testen (Morra et al., 2015), waardoor zij mogelijk niet voldoende in staat zijn om een NPO goed af te ronden. Fervaha et al. (2014) tonen daarnaast

aan dat er bij mensen met schizofrenie een positieve relatie aanwezig is tussen motivatie en cognitieve prestaties, wat aangeeft dat bij verminderde motivatie de testresultaten geen goede representatie zijn van het cognitief functioneren. Hierbij geeft een NPO dus geen goede representatie van het cognitief functioneren van de cliënt en kan de CAI-NL mogelijk als goede vervanging fungeren. Ventura et al. (2016) gaven echter aan dat de CAI niet gebruikt moet worden als vervanging voor objectieve testen. Ze stellen hierbij wel voor dat het gebruikt kan worden in situaties waar objectieve beoordelingen niet praktisch zijn, zoals bij medicatie management in de klinische praktijk, wanneer er een meting nodig is van aanvullende variabelen, bijvoorbeeld in klinische trials, en wanneer er behoefte is aan een beoordeling die meer gerelateerd is aan de ervaring van de cliënt. Daarnaast geven Gysels et al. (2008) aan dat je bij het uitvoeren van onderzoek, met behulp van een interview bij mantelzorgers en cliënten ook de mensen kan bereiken die niet in staat zijn om in andere onderzoeksdesigns deel te nemen, waarbij ze vaak worden uitgesloten. Voor dit soort situaties is het belangrijk om een goed alternatief te vinden zodat er juiste informatie verzameld kan worden over het cognitief functioneren van de cliënt. Hier zou de CAI-NL bruikbaar kunnen zijn.

Toekomstig onderzoek

Kwalitatief onderzoek is niet gericht op de generaliseerbaarheid van uitkomsten naar de gehele populatie, waardoor er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de bruikbaarheid van de CAI-NL bij de gehele EPA-populatie. In het huidige onderzoek is een kleine steekproef gebruikt, waardoor er nader onderzoek gedaan moet worden om de uitkomsten te repliceren. Het onderzoek laat echter veelbelovende resultaten zien over de bruikbaarheid van de CAI-NL onder behandelaren. Hierdoor is het belangrijk dat er toekomstig onderzoek wordt gedaan naar verschillende aspecten van de CAI-NL. Verschillende aspecten worden in het overkoepelende onderzoek al onderzocht, waaronder de

bruikbaarheid onder behandelaren en cliënten, de haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de CAI-NL.

Er zou daarnaast onderzoek gedaan moeten worden naar de overlap in informatie vanuit de resultaten van het NPO en de CAI-NL. Er moet onderzocht worden hoe groot deze overlap is en om welke informatie dit precies gaat, zodat bepaald kan worden of de CAI-NL als goede vervanging kan dienen voor een NPO bij de EPA-doelgroep. Dit kan gedaan worden met een validiteitsstudie waarbij de psychometrische kwaliteiten van de CAI-NL worden bepaald door de relatie tussen een afgenomen NPO en CAI-NL te berekenen.

Conclusie

De CAI-NL lijkt bruikbaar te zijn voor behandelaren bij het opstellen van een behandelindicatie. De CAI-NL geeft een goed beeld van het dagelijks functioneren van de cliënt en belangrijke informatie over het perspectief van de cliënt en de informant op het cognitief functioneren van de cliënt. Een minderheid van de PIOG's vond de CAI-NL niet cruciaal en het NPO en de samenvatting van het dossier voldoende voor het opstellen van de behandelindicatie. Dit kan betekenen dat de CAI-NL niet in alle situaties een toevoeging is ten opzichte van een samenvatting van het dossier en een NPO bij het geven van een behandelindicatie. Dit zou per casus beoordeeld kunnen worden. Daarnaast moet rekening worden gehouden met situaties waarin het afnemen van een NPO niet mogelijk of gecompliceerd is. Veel PIOG's benoemden dat de combinatie van de CAI-NL met het NPO en de samenvatting van het dossier goed is, wat betekent dat de CAI-NL een goede aanvulling zou zijn op een NPO. Echter benoemden sommigen ook dat de CAI-NL en het NPO elkaar bevestigen, wat aangeeft dat er overlap aanwezig is in de informatie van de CAI-NL en het NPO en dat deze dus vergelijkbare informatie geven. De omvang van deze overlap en om welke informatie dit gaat is echter niet duidelijk en zou nader onderzocht moeten worden.

Hierbij moet onderzocht worden of de CAI-NL als vervanging kan fungeren van een NPO bij het opstellen van een behandelindicatie.

Referenties

- Abramovitch, A., Short, T., & Schweiger, A. (2021). The C factor: Cognitive dysfunction as a transdiagnostic dimension in psychopathology. *Clinical Psychology Review, 86*.
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.cpr.2021.102007>
- Bosgelmez, S., Inan, E., Karabulut, U., Tas, H. I., Yildiz, M., Turgut, C., Kircali, A., Yakisir, S. S., Yazici, E., Cakir, U., & Sungur, M. Z. (2015). Reliability and validity of the turkish version of cognitive assessment interview (cai-tr). *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 25*(4), 365–380. <https://doi.org/10.5455/bcp.20150502064017>
- in de Braek, D., Dandachi-Fitzgerald, B., Koene, T., Ponds, R., & Schmand, B. (2016, november). *Richtlijn voor neuropsychologische expertise*. psynip.nl.
- Chang, W. C., Chan, T. C. W., Chiu, S. S., Hui, C. L. M., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M., & Chen, E. Y. H. (2015). Self-perceived cognitive functioning and its relationship with objective performance in first-episode schizophrenia: The Subjective Cognitive Impairment Scale. *Comprehensive Psychiatry, 56*, 42–50. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.comppsy.2014.10.004>
- Chaytor, N., & Schmitter-Edgecombe, M. (2003). The ecological validity of neuropsychological tests: a review of the literature on everyday cognitive skills. *Neuropsychology review, 13*(4), 181–197.
<https://doi.org/10.1023/b:nerv.0000009483.91468.fb>
- Corcoran, R., Mercer, G., & Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 17*(1), 5–13. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00024-G](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)00024-G)
- Davidson, C. A., Lesser, R., Parente, L. T., & Fiszdon, J. M. (2018). Psychometrics of social cognitive measures for psychosis treatment research. *Schizophrenia Research, 193*, 51–57. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.schres.2017.06.018>

- Delespaul, P. H., Delespaul, P., & de consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in nederland. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 55(6), 427–38.
- Duits, A., Dijkstra, J. (2018, 1 augustus). Klinische neuropsychologie: een must voor de gz-psycholoog?. *GZ-psychologie*. 2018(4).
- Fervaha, G., Zakzanis, K. K., Foussias, G., Graff-Guerrero, A., Agid, O., & Remington, G. (2014). Motivational deficits and cognitive test performance in schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 71(9), 1058–1065. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1001/jamapsychiatry.2014.1105>
- Fett, A.-K. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M.-G., Penn, D. L., van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573–588. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.neubiorev.2010.07.001>
- GGZ Standaarden. (2017). Psychose. Geraadpleegd op 26 mei 2023, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/diagnostiek-en-monitoring>
- Gierveld, N. (2022). *Haalbaarheid, aanvaardbaarheid en bruikbaarheid van het Cognitive Assessment Interview (CAI) in de zorg voor mensen met een Ernstige Psychische Aandoening (EPA)* [Masterthese, Rijksuniversiteit Groningen].
- Giordano, G. M., Palumbo, D., Mucci, A., Ventura, J., Giuliani, L., Perrottelli, A., Bucci, P., Rocca, P., Rossi, A., Bertolino, A., Rucci, P., Galderisi, S., & Maj, M. (2022). The cognitive assessment interview (cai): association with neuropsychological scores and real-life functioning in a large sample of italian subjects with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 241, 161–170. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.01.029>

- Green, M. F. (2016). Impact of cognitive and social cognitive impairment on functional outcomes in patients with schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry, 77 Suppl 2*, 8–11. <https://doi.org/10.4088/JCP.14074su1c.02>
- Green, M. F., Llerena, K., & Kern, R. S. (2015). The “Right Stuff” revisited: What have we learned about the determinants of daily functioning in schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin, 41*(4), 781–785. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1093/schbul/sbv018>
- Gupta, M., Bassett, E., Iftene, F., & Bowie, C. R. (2012). Functional outcomes in schizophrenia: understanding the competence-performance discrepancy. *Journal of Psychiatric Research, 46*(2), 205–11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.09.002>
- Gysels, M., Shipman, C., & Higginson, I. J. (2008). Is the qualitative research interview an acceptable medium for research with palliative care patients and carers? *BMC Medical Ethics, 9*. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1186/1472-6939-9-7>
- Harris, M., Blanco, E. A., & Rempfer, M. (2021). Cognition and daily life functioning among persons with serious mental illness: a cluster analytic examination of heterogeneity on the test of grocery shopping skills. *Neuropsychology, 35*(1), 57–68. <https://doi.org/10.1037/neu0000700>
- Harrison, M., Singh Roy, A., Hultqvist, J., Pan, A.-W., McCartney, D., McGuire, N., Irvine Fitzpatrick, L., & Forsyth, K. (2020). Quality of life outcomes for people with serious mental illness living in supported accommodation: Systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 55*(8), 977–988. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s00127-020-01885-x>
- Harvey, P. D., Khan, A., Atkins, A., Walker, T. M., & Keefe, R. S. E. (2019). Comprehensive review of the research employing the schizophrenia cognition rating scale

- (SCoRS). *Schizophrenia Research*, 210, 30–38. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.schres.2019.05.040>
- Harvey, P. D., Strassnig, M. T., & Silberstein, J. (2019). Prediction of disability in schizophrenia: Symptoms, cognition, and self-assessment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(3). <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1177/2043808719865693>
- Harvey, P. D., Velligan, D. I., & Bellack, A. S. (2007). Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1138–48.
- Iosifescu, D. V. (2012). The relation between mood, cognition and psychosocial functioning in psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 22(Suppl 3), S499–S504. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.euroneuro.2012.08.002>
- Jensen, A. R. (1965). Scoring the Stroop Test. *Acta Psychologica*, 24(5), 398–408. [https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/0001-6918\(65\)90024-7](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/0001-6918(65)90024-7)
- Kern, R. S., Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Baade, L. E., Fenton, W. S., Gold, J. M., Keefe, R. S. E., Mesholam-Gately, R., Mintz, J., Seidman, L. J., Stover, E., & Marder, S. R. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 2: Co-norming and standardization. *The American Journal of Psychiatry*, 165(2), 214–220. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1176/appi.ajp.2007.07010043>
- Lee, R. S. C., Hermens, D. F., Naismith, S. L., Kaur, M., Guastella, A. J., Glozier, N., Scott, J., Scott, E. M., & Hickie, I. B. (2018). Clinical, neurocognitive and demographic factors associated with functional impairment in the Australian Brain and Mind Youth Cohort Study (2008-2016). *BMJ open*, 8(12), e022659. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022659>
- Liddle, P. F. (2019). The core deficit of classical schizophrenia: implications for predicting the functional outcome of psychotic illness and developing effective treatments. *The*

Canadian Journal of Psychiatry, 64(10), 680–685.

<https://doi.org/10.1177/0706743719870515>

Lipskaya-Velikovsky, L., Elgerisi, D., Easterbrook, A., & Ratzon, N. Z. (2019). Motor skills, cognition, and work performance of people with severe mental illness. *Disability and Rehabilitation*, 41(12), 1396–1402. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1425744>

Lynham, A. J., Cleaver, S. L., Jones, I. R., & Walters, J. T. R. (2022). A meta-analysis comparing cognitive function across the mood/psychosis diagnostic spectrum. *Psychological Medicine*, 52(2), 323–331.

<https://doi.org/10.1017/S0033291720002020>

Lysaker, P. H., Gagen, E., Klion, R., Zalzal, A., Vohs, J., Faith, L. A., Leonhardt, B., Hamm, J., & Hasson-Ohayon, I. (2020). Metacognitive reflection and insight therapy: A recovery-oriented treatment approach for psychosis. *Psychology Research and Behavior Management*, 13. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.2147/PRBM.S198628>

Lysaker, P. H., Minor, K. S., Lysaker, J. T., Hasson-Ohayon, I., Bonfils, K., Hochheiser, J., & Vohs, J. L. (2020). Metacognitive function and fragmentation in schizophrenia: relationship to cognition, self-experience and developing treatments. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2019.100142>

Lysaker, P. H., Vohs, J., Hillis, J. D., Kukla, M., Popolo, R., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2013). Poor insight into schizophrenia: Contributing factors, consequences and emerging treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(7), 785–793. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1586/14737175.2013.811150>

Mallawaarachchi, S. R., Cotton, S. M., Anderson, J., Killackey, E., & Allott, K. A. (2019). Exploring the use of the Hinting Task in first-episode psychosis. *Cognitive Neuropsychiatry*, 24(1), 65–79. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1080/13546805.2019.1568864>

- Marson, D. C., Savage, R., & Phillips, J. (2006). Financial capacity in persons with schizophrenia and serious mental illness: clinical and research ethics aspects. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(1), 81–91.
- McCleery, A., & Nuechterlein, K. H. (2019). Cognitive impairment in psychotic illness: prevalence, profile of impairment, developmental course, and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *21*(3), 239–248.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/amccleery>
- Medalia, A., & Thysen, J. (2008). Insight into neurocognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(6), 1221–1230. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1093/schbul/sbm144>
- Millan, M. J., Agid, Y., Brüne, M., Bullmore, E. T., Carter, C. S., Clayton, N. S., Connor, R., Davis, S., Deakin, B., DeRubeis, R. J., Dubois, B., Geyer, M. A., Goodwin, G. M., Gorwood, P., Jay, T. M., Joëls, M., Mansuy, I. M., Meyer-Lindenberg, A., Murphy, D., Young, L. J. (2012). Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nature Reviews. Drug Discovery*, *11*(2), 141–68. <https://doi.org/10.1038/nrd3628>
- Morra, L. F., Gold, J. M., Sullivan, S. K., & Strauss, G. P. (2015). Predictors of neuropsychological effort test performance in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *162*(1-3), 205–210. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.12.033>
- Muralidharan, A., Schaffner, R. M., Hack, S., Jahn, D. R., Peeples, A. D., & Lucksted, A. (2017). “i got to voice what’s in my heart”: participation in the cultural formulation interview—perspectives of consumers with psychotic disorders. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, *4*(1), 35–43.
<https://doi.org/10.1007/s40737-017-0076-y>

- Nelson, H. E. (1976). A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defects. *Cortex*, *12*(4), 313–324. [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(76\)80035-4](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(76)80035-4)
- Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S., Baade, L. E., Barch, D. M., Cohen, J. D., Essock, S., Fenton, W. S., Frese, F. J., III, Gold, J. M., Goldberg, T., Heaton, R. K., Keefe, R. S. E., Kraemer, H., Mesholam-Gately, R., Seidman, L. J., Stover, E., Weinberger, D. R., Young, A. S., ... Marder, S. R. (2008). The MATRICS consensus cognitive battery, part 1: Test selection, reliability, and validity. *The American Journal of Psychiatry*, *165*(2), 203–213. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1176/appi.ajp.2007.07010042>
- Palumbo, D., Bucci, P., Mucci, A., Pietrafesa, D., Giordano, G. M., Vignapiano, A., & Galderisi, S. (2019). Inter-rater reliability and psychometric characteristics of the italian version of the cognitive assessment interview (CAI). *Journal of Psychopathology*, *25*(2), 85-114.
- Pearson Clinical Assessment (2012). WAIS-IV-NL: psychometrische eigenschappen [White paper]. Pearson Assessment & Information BV. Geraadpleegd op 16 juli 2023, van https://www.pearsonclinical.nl/pub/media/whitepapers/Whitepaper_WAIS-IV-NL_deel_2.pdf
- Pijnenborg, G. H. M., Van der Gaag, M., Bockting, C. L. H., Van der Meer, L., & Aleman, A. (2011). REFLEX, a social-cognitive group treatment to improve insight in schizophrenia: Study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry*, *11*. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1186/1471-244X-11-161>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, *88*(5), 879–903. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/0021-9010.88.5.879>

- Prouteau, A., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., Reinhartz, D., & Stip, E. (2004). Self-assessed cognitive dysfunction and objective performance in outpatients with schizophrenia participating in a rehabilitation program. *Schizophrenia Research, 69*(1), 85–91.
- Rempfer, M. V., & Fowler, C. A. (2018). Relationships among functional capacity, cognition, and naturalistic skill performance in people with serious mental illness. *Psychiatry Research, 270*, 453–458. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.016>
- Saan, R., Deelman, B. (1986). Nieuwe 15-woorden test A en B (15WTA en 15WTB). In A. Bouma, J. Mulder, J. Lindeboom (Reds.), *Neuro-psychologische diagnostiek: handboek*. (pp. 13-28). Lisse, the Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Sánchez-Torres A. M., Elosúa M. R., Lorente-Omeñaca R., Moreno-Izco L., Peralta, V., Ventura, J., & Cuesta, M. J. (2016). Using the cognitive assessment interview to screen cognitive impairment in psychosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 266*(7), 629–637. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0700-y>
- Sheffield, J. M., Karcher, N. R., & Barch, D. M. (2018). Cognitive deficits in psychotic disorders: a lifespan perspective. *Neuropsychology Review, 28*(4), 509–533. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9388-2>
- Slootmaker, J. (2020). *A feasibility study: The cognitive assessment interview (CAI) in the dutch clinical practice* [Masterthese, Rijksuniversiteit Groningen].
- Stefansson, H., & Stefansson, K. (2021). Cognition in schizophrenia. *Biological Psychiatry, 90*(1), 4–5. <https://doi-org.proxyub.rug.nl/10.1016/j.biopsych.2021.05.004>
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology, 18*(6), 643–662. <https://doi.org/10.1037/h0054651>
- Vedejová, D., & Čavojová, V. (2022). Confirmation bias in information search, interpretation, and memory recall: Evidence from reasoning about four controversial topics. *Thinking*

& Reasoning, 28(1), 1–28. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1080/13546783.2021.1891967>

- Velligan, D. I., Mahurin, R. K., Diamond, P. L., Hazleton, B. C., Eckert, S. L., & Miller, A. L. (1997). The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 25(1), 21–31. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(97\)00010-8](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00010-8)
- Ventura, J., Reise, S. P., Keefe, R. S. E., Baade, L. E., Gold, J. M., Green, M. F., Kern, R. S., Mesholam-Gately, R., Nuechterlein, K. H., Seidman, L. J., & Bilder, R. M. (2010). The cognitive assessment interview (cai): development and validation of an empirically derived, brief interview-based measure of cognition. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.04.016>
- Ventura, J., Reise, S. P., Keefe, R. S. E., Hurford, I. M., Wood, R. C., & Bilder, R. M. (2013). The cognitive assessment interview (cai): reliability and validity of a brief interview-based measure of cognition. *Schizophrenia Bulletin*, 39(3), 583–91. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs001>
- Ventura, J., Subotnik, K. L., Ered, A., Helleman, G. S., & Nuechterlein, K. H. (2016). Cognitive assessment interview (cai): validity as a co-primary measure of cognition across phases of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 172(1-3), 137–42. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.028>
- Wechsler, D. (Ed.) (2008). *Wechsler adult intelligence scale—fourth edition (WAIS–IV)*. San Antonio, United States: Pearson Assessment.
- Zanello, A., & Huguelet, P. (2001). Relationship between subjective cognitive symptoms and frontal executive abilities in chronic schizophrenic outpatients. *Psychopathology*, 34(3), 153–158. <https://doi.org/10.1159/000049299>

Zomer, L. J. C., Voskes, Y., van Weeghel, J., Widdershoven, G. A. M., van Mierlo, T. F. M. M., Berkvens, B. S., Stavenuiter, B., & van der Meer, L. (2020). The active recovery triad model: a new approach in dutch long-term mental health care. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 592228–592228. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.592228>

Bijlage A

Vragenlijst volgorde NPO CAI

Clïëntnummer

1. Vignet 1 'samenvatting dossier' van de cliënt is aan je uitgedeeld. Welke indicatie (behandeling/begeleiding/vervolgstap/diagnostiek) zou je inzetten op basis van dit vignet?

.....

2. Vignet 2 'NPO-verslag' van de cliënt is aan je uitgedeeld. Welke indicatie (behandeling/begeleiding/vervolgstap/diagnostiek) zou je inzetten op basis van het vignet samenvatting dossier en het NPO-verslag?

.....

3. Geeft het vignet NPO-verslag toegevoegde informatie voor het geven van een indicatieadvies t.o.v. enkel het vignet 'samenvatting dossier'?

Ja, namelijk...

Enigszins, namelijk...

Nee, want...

.....

4. Vignet 3 'CAI-NL verslag' van de cliënt is aan je uitgedeeld. Welke indicatie (behandeling/begeleiding/vervolgstap/diagnostiek) zou je inzetten op basis van het vignet samenvatting dossier, het NPO-verslag en het CAI-NL verslag?

.....

5. Geeft het CAI-NL verslag toegevoegde informatie voor het geven van een indicatieadvies t.o.v. het vignet en NPO verslag samen?

Ja, namelijk...

Enigszins, namelijk...

Nee, want...

.....

6. Welke informatie uit de samenvatting dossier, het CAI-NL verslag en het NPO verslag was van cruciaal belang voor het indicatieadvies?

.....

Bedankt voor je medewerking!

Bijlage B

Vragenlijst volgorde CAI NPO

Cliëntnummer

1. Vignet 1 'samenvatting dossier' van de cliënt is aan je uitgedeeld. Welke indicatie (behandeling/begeleiding/vervolgstap/diagnostiek) zou je inzetten op basis van dit vignet?

.....

2. Vignet 2 'CAI-NL verslag' van de cliënt is aan je uitgedeeld. Welke indicatie (behandeling/begeleiding/vervolgstap/diagnostiek) zou je inzetten op basis van het vignet samenvatting dossier en het CAI-NL verslag?

.....

3. Geeft het vignet CAI-NL verslag toegevoegde informatie voor het geven van een indicatieadvies t.o.v. enkel het vignet 'samenvatting dossier'?

Ja, namelijk...

Enigszins, namelijk...

Nee, want...

.....

4. Vignet 3 'NPO verslag' van de cliënt is aan je uitgedeeld. Welke indicatie (behandeling/begeleiding/vervolgstap/diagnostiek) zou je inzetten op basis van het vignet samenvatting dossier, het CAI-NL verslag en het NPO verslag?

.....

5. Geeft het NPO verslag toegevoegde informatie voor het geven van een indicatieadvies t.o.v. de samenvatting dossier en CAI-NL verslag samen?

Ja, namelijk...

Enigszins, namelijk...

Nee, want...

.....

6. Welke informatie uit de samenvatting dossier, het CAI-NL verslag en het NPO verslag was van cruciaal belang voor het indicatieadvies?

.....

Bedankt voor je medewerking!

Bijlage C

CAI-NL

Datum:

Patiënt ID:

Beoordelaar:

Sessie:

CAI

Cognitief Assessment Interview

Joseph Ventura, Robert Bilder, Steve Reise, and Richard Keefe

University of California, Los Angeles

Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior

Duke University, Durham, North Carolina

Versie 2- 1/18/08

Nederlandse versie

Jennifer Slotmaker, Lisette van der Meer

Rijksuniversiteit Groningen

Achtergrond informatie sectie**PATIËNT - DOMEINEN**

Patiënt

Observatie/Evaluatie

Uiterlijk – algemene netheid en hygiëne, kleding (juiste kleding voor het seizoen, netheid, passende kleuren/prints, sluitingen dicht).

Maak notities

Medewerking

Neemt medicatie in de juiste dosering en op de juiste tijden zoals voorgeschreven?

Veranderingen in medicatie

Algemene oriëntatie

Tijd (dag, jaar, datum), plaats, (stad, provincie, kliniek), persoon

Omschrijf leefsituatie van de patiënt

Ervaart de patiënt psychotische symptomen, bijvoorbeeld hallucinaties?

Omschrijf a.u.b.

Links- of rechtshandigheid (hand gebruikt om te schrijven)

Vraag de patiënt zijn of haar relatie tot de informant en het aantal contacturen per week te omschrijven

Noteer informatie

PATIËNT- EN INFORMANT DOMEINEN		
	Patiënt	Informant
Relevante geschiedenis		
Recente, relevante, klinische gebeurtenissen, ziektes van de patiënt, informant of andere familieleden, significante sociale of persoonlijke gebeurtenissen. Grote schommelingen in klinische toestand. [Voor vervolgonderzoek: klinische gebeurtenissen sinds het baseline interview].		
Demografische gegevens		
Opleidingsniveau (aantal jaren, inclusief basisschool*)		
Beroeps- / studentstatus		
Geboortedatum		
Duur van het interview	Noteer in minuten	Noteer in minuten
Notities		

*Indeling opleidingsniveau volgens Verhage (1964)

DOMEIN: Werkgeheugen

1. Moeilijkheden om nieuw geleerde verbale informatie gedurende korte tijd in gedachten te houden (lang genoeg om te gebruiken)?

Vergeet u namen van personen die u net heeft ontmoet? Heeft u moeite om telefoonnummers te onthouden die u net heeft gehoord? Heeft u moeite zich te herinneren wat uw dokter heeft gezegd tijdens uw bezoeken? Merkt u dat u het nodig heeft om informatie op te schrijven om het te kunnen onthouden?

Voorbeelden van patiënt

Voorbeelden van informant

Patiënt
N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7

Informant
N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7

Samengesteld
N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7

2. Moeilijkheden om 'ter plaatse' mentale manipulaties of berekeningen uit te voeren?

Heeft u moeite om in te schatten hoeveel wisselgeld u kan verwachten bij het afrekenen? Heeft u moeite om cijfers in gedachten te houden terwijl u een rekening betaalt of boekhouding bijwerkt?

Voorbeelden van patiënt

Voorbeelden van informant

Patiënt
N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7

Informant
N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7

Samengesteld
N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7

Ankerpunten voor bepalen ernst

N.v.t. = Beoordeling niet van toepassing of onvoldoende informatie

1. Normaal, helemaal niet beperkt

2. Minimale cognitieve beperkingen maar functioneren is over het algemeen effectief

3. Milde cognitieve beperkingen met enig consistent effect op functioneren

4. Matige cognitieve beperkingen met duidelijke effecten op functioneren

5. Ernstige cognitieve beperkingen die interfereren met dagelijks functioneren

6. Ernstig cognitieve beperkingen die zelfstandig leven in gevaar brengt

7. Cognitieve beperkingen zijn dusdanig ernstig dat het gevaar voor zichzelf of anderen oplevert

DOMEIN: Aandacht/vigilantie																							
3. Problemen om concentratie in de loop van tijd vast te houden (zonder afleiding)?																							
<i>Heeft u moeite zich te concentreren? Neemt u regelmatig pauze? Heeft u moeite om uw aandacht bij het lezen, radio luisteren of televisie kijken lang genoeg vast te houden om een heel artikel/hoofdstuk/programma te lezen/luisteren/kijken?</i>																							
Voorbeelden van patiënt											Voorbeelden van informant												
Patiënt							Informant							Samengesteld									
N.v.t.	1	2	3	4	5	6	7	N.v.t.	1	2	3	4	5	6	7	N.v.t.	1	2	3	4	5	6	7
4. Moeilijkheden om gericht te focussen op selectieve informatie (als er geen duidelijke afleiding is)?																							
<i>Heeft u moeite om te vinden wat u nodig heeft in de supermarkt? Is het lastig voor u om de juiste route te kiezen op een buskaart?</i>																							
Voorbeelden van patiënt											Voorbeelden van informant												
Patiënt							Informant							Samengesteld									
N.v.t.	1	2	3	4	5	6	7	N.v.t.	1	2	3	4	5	6	7	N.v.t.	1	2	3	4	5	6	7

Ankerpunten voor bepalen ernst			
N.v.t. = Beoordeling niet van toepassing of onvoldoende informatie	1. Normaal, helemaal niet beperkt	2. Minimale cognitieve beperkingen maar functioneren is over het algemeen effectief	3. Milde cognitieve beperkingen met enig consistent effect op functioneren
4. Matige cognitieve beperkingen met duidelijke effecten op functioneren	5. Ernstige cognitieve beperkingen die interfereren met dagelijks functioneren	6. Ernstig cognitieve beperkingen die zelfstandig leven in gevaar brengt	7. Cognitieve beperkingen zijn dusdanig ernstig dat het gevaar voor zichzelf of anderen oplevert

DOMEIN: Verbaal leren en geheugen

5. Moeite met leren en onthouden van verbale informatie?

Heeft u moeite met het leren en onthouden van instructies of andere belangrijke informatie (bv. namen van medicijnen)? Heeft u moeite met het leren en later onthouden van de namen van mensen die u ontmoet? Heeft u het nodig dat informatie opgeschreven wordt om het te onthouden?

Voorbeelden van patiënt	Voorbeelden van informant
-------------------------	---------------------------

Patiënt N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7	Informant N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7	Samengesteld N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7
---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

6. Moeilijkheden om recente gebeurtenissen te herinneren?

Merkt u dat u het nodig heeft om door anderen herinnerd te worden aan gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden? Herinnert u zich nog wat u gisteravond gegeten heeft? Wat is er de laatste tijd in het nieuws geweest?

Voorbeelden van patiënt	Voorbeelden van informant
-------------------------	---------------------------

Patiënt N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7	Informant N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7	Samengesteld N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7
---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Ankerpunten voor bepalen ernst

N.v.t. = Beoordeling niet van toepassing of onvoldoende informatie	1. Normaal, helemaal niet beperkt	2. Minimale cognitieve beperkingen maar functioneren is over het algemeen effectief	3. Milde cognitieve beperkingen met enig consistent effect op functioneren
4. Matige cognitieve beperkingen met duidelijke effecten op functioneren	5. Ernstige cognitieve beperkingen die interfereren met dagelijks functioneren	6. Ernstig cognitieve beperkingen die zelfstandig leven in gevaar brengt	7. Cognitieve beperkingen zijn dusdanig ernstig dat het gevaar voor zichzelf of anderen oplevert

DOMEIN: redeneren en probleemoplossing

7. Gebrek aan flexibiliteit bij het maken van alternatieve plannen wanneer nodig?

Heeft u moeite om alternatieven te bedenken wanneer uw plannen worden verstoord (bv. wat als uw gebruikelijke vervoersmiddel niet beschikbaar was, of de winkel waar u gewoonlijk naartoe gaat gesloten was)?

Voorbeelden van patiënt	Voorbeelden van informant
-------------------------	---------------------------

Patiënt N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7	Informant N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7	Samengesteld N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7
---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

8. Problemen in situaties die een beoordeling vereisen?

Wat zou u doen als... (de stroom uit viel, u buitengesloten was uit uw huis, uw enige wasbak verstopt was, een lamp het niet meer deed)?

Voorbeelden van patiënt	Voorbeelden van informant
-------------------------	---------------------------

Patiënt N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7	Informant N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7	Samengesteld N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7
---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Ankerpunten voor bepalen ernst

N.v.t. = Beoordeling niet van toepassing of onvoldoende informatie	1. Normaal, helemaal niet beperkt	2. Minimale cognitieve beperkingen maar functioneren is over het algemeen effectief	3. Milde cognitieve beperkingen met enig consistent effect op functioneren
4. Matige cognitieve beperkingen met duidelijke effecten op functioneren	5. Ernstige cognitieve beperkingen die interfereren met dagelijks functioneren	6. Ernstig cognitieve beperkingen die zelfstandig leven in gevaar brengt	7. Cognitieve beperkingen zijn dusdanig ernstig dat het gevaar voor zichzelf of anderen oplevert

DOMEIN: Verbaal leren en geheugen**9. Voert taken langzaam uit?**

Merkt u dat u langer over dingen doet dan zou moeten (bv. het uitvoeren van taken zoals koken of winkelen, het monteren van dingen, het lezen van instructies)?

Voorbeelden van patiënt

Voorbeelden van informant

Patiënt
N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7

Informant
N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7

Samengesteld
N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7

DOMEIN: Sociale cognitie**10. Moeilijkheden om intenties/standpunt van een ander te begrijpen?**

Heeft u problemen om het perspectief van andere mensen te begrijpen (als u het oneens bent met hen; of als ze het niet hardop zeggen)? Als u aan het praten bent en iemand kijkt op zijn/haar horloge, wat denkt u dat hij/zij voelt?

Voorbeelden van patiënt

Voorbeelden van informant

Patiënt
N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7

Informant
N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7

Samengesteld
N.v.t. 1 2 3 4 5 6 7

Ankerpunten voor bepalen ernst

N.v.t. = Beoordeling niet van toepassing of onvoldoende informatie

1. Normaal, helemaal niet beperkt

2. Minimale cognitieve beperkingen maar functioneren is over het algemeen effectief

3. Milde cognitieve beperkingen met enig consistent effect op functioneren

4. Matige cognitieve beperkingen met duidelijke effecten op functioneren

5. Ernstige cognitieve beperkingen die interfereren met dagelijks functioneren

6. Ernstig cognitieve beperkingen die zelfstandig leven in gevaar brengt

7. Cognitieve beperkingen zijn dusdanig ernstig dat het gevaar voor zichzelf of anderen oplevert

Globale klinische indruk van cognitieve beperking

Gezien uw totale klinische ervaring met deze specifieke populatie vergeleken met een steekproef uit de algemene populatie, en gezien hoe ieder domein van neurocognitief functioneren invloed heeft op de beperking in het dagelijks leven, in hoeverre is de patiënt op dit moment cognitief beperkt? (omcirkel één)

Globale ernst van cognitieve beperking – Van PATIËNT INTERVIEW

N/B = Niet beoordeeld	4 = Matig beperkt	Notities
1 = Normaal, geen cognitieve beperking	5 = Duidelijk beperkt	
2 = Ondergrens van normaal	6 = Ernstig beperkt	
3 = Mild beperkt	7 = Valt onder de meest extreme beperkingen	

Globale ernst van cognitieve beperking – Van INFORMANT INTERVIEW

N/B = Niet beoordeeld	4 = Matig beperkt	Notities
1 = Normaal, geen cognitieve beperking	5 = Duidelijk beperkt	
2 = Ondergrens van normaal	6 = Ernstig beperkt	
3 = Mild beperkt	7 = Valt onder de meest extreme beperkingen	

Globale ernst van cognitieve beperking – indruk van samengestelde beoordeling

N/B = Niet beoordeeld	4 = Matig beperkt	Notities
1 = Normaal, geen cognitieve beperking	5 = Duidelijk beperkt	
2 = Ondergrens van normaal	6 = Ernstig beperkt	
3 = Mild beperkt	7 = Valt onder de meest extreme beperkingen	

Globaal assessment van functioneren – Cognitie in schizofrenie (GAF-CogS)	
100 91	Superieur cognitief functioneren in een breed scala van activiteiten, wordt gevraagd om te werken aan cognitief veeleisende problemen, houdt een superieur niveau van functioneren vast in een cognitief veeleisend beroep
90 81	Afwezigheid van minimale cognitieve beperkingen (bv. incidenteel geheugenverlies of woordvindingsproblemen), goed functioneren op alle cognitieve gebieden, effectief functioneren in en ontplooiën van cognitieve taken, niet meer dan dagelijkse zorgen over cognitieve prestaties.
80 71	Indien cognitieve beperkingen aanwezig zijn, zijn het tijdelijke en te verwachten reacties op stressoren (bv. moeite om te concentreren na een familieruzie), niet meer dan een geringe beperking in sociaal, beroeps- of schoolfunctioneren als gevolg van cognitieve beperkingen.
70 61	Enige milde cognitieve symptomen (bv. moeite om te concentreren of geheugenverlies) OF enige moeilijkheid in sociaal, beroeps- of schoolfunctioneren als gevolg van cognitieve problemen (bv. moest een vak opnieuw doen op school vanwege cognitieve problemen).
60 51	Matige cognitieve symptomen (bv. aanhoudende problemen om aandacht te behouden of het vergeten van geplande gebeurtenissen) OF matige moeilijkheid in sociaal, beroeps- of schoolfunctioneren als gevolg van cognitieve problemen (bv. moest verlov van school).
50 41	Serieuze cognitieve problemen (bv. aanhoudende problemen met aandacht, geheugen of plannen) OF iedere serieuze verstoring in sociaal, beroeps- of schoolfunctioneren als gevolg van cognitieve problemen (bv. familieproblemen veroorzaakt door beperkingen of niet in staat zijn een baan te behouden).
40 31	Ernstige cognitieve problemen die meerdere sociale, beroeps- en schoolfunctioneren verstoren (bv. een individu kan niet werken in een competitieve baan, heeft moeite met werken onder begeleiding en heeft moeite met het helpen met klusjes in het verblijf).
30 21	Cognitieve beperkingen zijn dusdanig uitgesproken dat ze interfereren met vrijwel alle aspecten van het functioneren, inclusief betekenisvolle communicatie en doelgerichte activiteiten (bv. moeite met het gaande houden van een gesprek, uitvoeren van basisactiviteiten in het dagelijks leven).
20 11	Enig gevaar om schade aan zichzelf of anderen toe te brengen als gevolg van een cognitieve beperking (ernstige beperkingen in planning/beoordeling, onvermogen om de gevolgen van acties te overzien, vaak gedesoriënteerd, dwalen of verward).
10 1	Aanhoudend gevaar om schade aan zichzelf of anderen toe te brengen OF het onvermogen om persoonlijke hygiëne te onderhouden als gevolg van cognitieve beperking (bv. geen betekenisvolle communicatie, onvermogen om elementaire zelfzorg uit te voeren als gevolg van problemen om gedrag te organiseren).
0	Inadequate informatie.

Globale evaluatie van functioneren – Cognitie in schizofrenie			
Sessie	Patiënt	Informant	Samengesteld
Baseline			
Follow-up			

Bijlage D

Codeboek deductief

Code	Subcode	Subcode 2	Beschrijving
1.1. Dossiergebruik behandelindicatie (DB)	1.1.1.DB - symptomen		De informatie uit de samenvatting van het dossier die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie. De informatie uit de samenvatting van het dossier over symptomen die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
	1.1.2. DB – DSM-V classificatie		De informatie uit de samenvatting van het dossier over de DSM-V classificatie die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
	1.1.3. DB - achtergrond		De informatie uit de samenvatting van het dossier over de achtergrond/voorgeschiedenis van de cliënt die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
	1.1.4. DB - medicatiegebruik		De informatie uit de samenvatting van het dossier over het huidige medicatiegebruik van de cliënt die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
	1.1.5 DB – systeem/familie		De informatie uit de samenvatting van het dossier over het systeem/de familie van de cliënt die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
1.2. CAI-NL gebruik behandelindicatie (CAI-B)			De informatie uit de CAI-NL die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
	1.2.1. CAI-B – dagelijks functioneren		De informatie uit de CAI-NL over het dagelijks functioneren die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
	1.2.2. CAI-B visie van cliënt en informant op functioneren		De informatie uit de CAI-NL vanuit de visie van de cliënt en informant op het functioneren van de cliënt die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
1.3. NPO gebruik behandelindicatie (NPO-B)	1.2.3. CAI-B – neuropsychologisch functioneren		De informatie uit de CAI-NL over het neuropsychologisch functioneren die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
			De informatie uit het NPO die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
	1.3.1. NPO-B – neuropsychologisch functioneren		De informatie uit het NPO over het neuropsychologisch functioneren die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
2. Inzicht impact cognitieve problemen (IIC)			De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt
	2.1 IIC – volledige CAI		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
		2.1.1. (IIC-CAI volledig) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)

	2.1.2. (IIC-CAI volledig) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
2.2 IIC – CAI visie van de cliënt		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
	2.2.1. (IIC-CAI cliënt) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	2.2.2. (IIC-CAI cliënt) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
2.3. IIC – CAI visie van de informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
	2.3.1. (IIC-CAI informant) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	2.3.2. (IIC-CAI informant) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
2.4 IIC – CAI discrepantie cliënt en informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
	2.4.1. (IIC-CAI discrepantie) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	2.4.2. (IIC-CAI discrepantie) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
2.5 IIC - dossier		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de samenvatting van het dossier
3. Inzicht cognitieve problemen (IC)		De inzichten die de PIOG krijgt inzichten t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt
3.1 IC - NPO		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van het NPO
	3.1.1. (IC-NPO) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op de CAI-NL t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van het NPO
	3.1.2. (IC-NPO) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van het NPO (terwijl de CAI-NL nog niet is gegeven)
3.2 IC – volledige CAI		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL

	3.2.1 (IC-CAI volledig) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	3.2.2. (IC-CAI volledig) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
3.3 IC – CAI visie van de cliënt		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
	3.3.1. (IC-CAI cliënt) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	3.3.2. (IC-CAI cliënt) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
3.4 IC – CAI visie van de informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
	3.4.1. (IC-CAI informant) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	3.4.2. (IC-CAI informant) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
3.5 IC – CAI discrepantie cliënt en informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
	3.5.1. (IC-CAI discrepantie) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	3.5.2. (IC-CAI discrepantie) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
3.6 IC – dossier		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de samenvatting van het dossier
4. Inzicht hulpvraag (IH)		De inzichten die de PIOG krijgt inzichten t.a.v. de hulpvraag van de cliënt
4.1 IH - NPO		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van het NPO
	4.1.1. (IH-NPO) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op de CAI-NL t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van het NPO
	4.1.2. (IH-NPO) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van het NPO (terwijl de CAI-NL nog niet is gegeven)
4.2 IH – volledige CAI		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
	4.2.1. (IH-CAI volledig) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)

	4.2.2. (IH-CAI volledig) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
4.3 IH – CAI visie van cliënt		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
	4.3.1. (IH-CAI cliënt) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de de visie van de cliënt uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	4.3.2. (IH-CAI cliënt) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
4.4 IH – CAI visie van informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
	4.4.1. (IH-CAI informant) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	4.4.2. (IH-CAI informant) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
4.5 IH – discrepantie cliënt en informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
	4.5.1. (IH-CAI discrepantie) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	4.5.2. (IH-CAI discrepantie) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
4.6 IH - dossier		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de samenvatting van het dossier
5. Inzicht dagelijks functioneren (IDF)		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt
5.1 IDF – volledige CAI		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
	5.1.1. (IDF-CAI volledig) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	5.1.2. (IDF-CAI volledig) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
5.2 IDF – CAI visie van cliënt		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
	5.2.1. (IDF-CAI cliënt) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)

		5.2.2. (IDF-CAI cliënt) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
	5.3 IDF – CAI visie van informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
		5.3.1. (IDF-CAI informant) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
		5.3.2. (IDF-CAI informant) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
	5.4. IDF – CAI discrepantie cliënt en informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
		5.4.1. (IDF-CAI discrepantie) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
		5.4.2. (IDF-CAI discrepantie) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
	5.5 IDF - dossier		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van het de samenvatting van het dossier
6.1 In te zetten behandeling			De behandeling ingezet door de PIOG
	6.1.1. Cognitieve gedragstherapie		De PIOG zet cognitieve gedragstherapie in als behandeling
	6.1.2. Cognitieve remediatie		De PIOG zet cognitieve remediatie in als behandeling
	6.1.3. Systeemtherapie		De PIOG zet systeemtherapie in als behandeling
	6.1.4. Traumatherapie		De PIOG zet traumatherapie in als behandeling
	6.1.5. Psycho-educatie		De PIOG zet psycho-educatie in als behandeling
6.2 In te zetten begeleiding			De PIOG geeft advies t.a.v. begeleiding
6.3 In te zetten vervolgstap			De PIOG zet een andere vervolgstap in
	6.3.1. Behoeftte aanvullende informatie (AI)		De behoefte van de PIOG om aanvullende informatie te verzamelen
		6.3.1.1. AI – medicatie	PIOG wil aanvullende informatie verzamelen over de medicatie
		6.3.1.2. AI – symptomen	PIOG wil aanvullende informatie verzamelen over de symptomen
		6.3.1.3. AI – cognitief functioneren	PIOG wil aanvullende informatie verzamelen over het cognitief functioneren
		6.3.1.4. AI – dagelijks functioneren	PIOG wil aanvullende informatie verzamelen over het dagelijks functioneren
		6.3.1.5. AI – diagnostiek	PIOG wil aanvullende diagnostiek uitvoeren

7.1 Vergelijking CAI-NL – NPO (V-CAI-NPO/V-NPO-CAI)

- 7.1.1. V-CAI-NPO – vergelijkbare informatie
- 7.1.2. V-CAI-NPO – extra informatie
- 7.1.3. V-CAI-NPO – enigszins extra informatie
- 7.1.4. V-CAI-NPO – geen extra informatie
- 7.1.5. V-NPO-CAI – extra informatie
- 7.1.6. V-NPO-CAI – enigszins extra informatie
- 7.1.7. V-NPO-CAI – geen extra informatie

7.2 Vergelijking NPO – dossier (V-NPO-D)

- 7.2.1. V-NPO-D – vergelijkbare informatie
- 7.2.2. V-NPO-D – extra informatie
- 7.2.3. V-NPO-D – enigszins extra informatie
- 7.2.4. V-NPO-D – geen extra informatie

7.3 Vergelijking CAI-NL – dossier (V-CAI-D)

- 7.3.1. V-CAI-D – vergelijkbare informatie
- 7.3.2. V-CAI-D – extra informatie
- 7.3.3. V-CAI-D – enigszins extra informatie
- 7.3.4. V-CAI-D – geen extra informatie

een vergelijking tussen de CAI-NL en het NPO gemaakt door de PIOG

de PIOG geeft aan dat de CAI-NL en het NPO vergelijkbare informatie geven

De PIOG geeft aan dat de CAI-NL iets toevoegt t.o.v. het NPO

De PIOG geeft aan dat de CAI-NL enigszins iets toevoegt t.o.v. het NPO

De PIOG geeft aan dat de CAI-NL niets toevoegt t.o.v. het NPO

De PIOG geeft aan dat het NPO iets toevoegt t.o.v. de CAI-NL

De PIOG geeft aan dat het NPO enigszins iets toevoegt t.o.v. de CAI-NL

De PIOG geeft aan dat het NPO niets toevoegt t.o.v. de CAI-NL

Een vergelijking tussen het NPO en de samenvatting van het dossier gemaakt door de PIOG

De PIOG geeft aan dat het NPO en de samenvatting van het dossier vergelijkbare informatie geven

De PIOG geeft aan dat het NPO iets toevoegt t.o.v. de samenvatting van het dossier

De PIOG geeft aan dat het NPO enigszins iets toevoegt t.o.v. de samenvatting van het dossier

De PIOG geeft aan dat het NPO niets toevoegt t.o.v. de samenvatting van het dossier

Een vergelijking tussen de CAI-NL en de samenvatting van het dossier gemaakt door de PIOG

De PIOG geeft aan dat de CAI-NL en de samenvatting van het dossier vergelijkbare informatie geven

De PIOG geeft aan dat de CAI-NL iets toevoegt t.o.v. de samenvatting van het dossier

De PIOG geeft aan dat de CAI-NL iets toevoegt t.o.v. de samenvatting van het dossier

De PIOG geeft aan dat de CAI-NL niets toevoegt t.o.v. de samenvatting van het dossier

8.1. Cruciale informatie
dossier behandelindicatie
(CI-D)

8.1.1. CI-D – symptomen

8.1.2. CI-D – DSM-V
classificatie

8.1.3. CI-D – achtergrond

8.1.4. CI-D – medicatiegebruik

8.1.5. CI-D – systeem/familie

8.2. Cruciale informatie
CAI-NL behandelindicatie
(CI-CAI)

8.2.1. CI-CAI – dagelijks
functioneren

8.2.2. CI-CAI – visie van cliënt
en informant

8.2.3. CI-CAI –
neuropsychologisch functioneren

8.3. Cruciale informatie
NPO behandelindicatie
(CR-NPO)

8.3.1. CI-NPO –
neuropsychologisch functioneren

**9.1 Bruikbaarheid
dossier behandelindicatie
(BR-D)**

9.1.1. BR-D – bruikbaar

**9.1.2. BR-D – enigszins
bruikbaar**

9.1.3. BR-D – niet bruikbaar

Cruciale informatie uit de samenvatting van het dossier voor het geven van een behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie over de symptomen uit de samenvatting van het dossier cruciaal voor het geven van de behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie over de DSM-V classificatie uit de samenvatting van het dossier cruciaal voor het geven van de behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie over de achtergrond/voorgeschiedenis van de cliënt uit de samenvatting van het dossier cruciaal voor het geven van de behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie over het huidige medicatiegebruik uit de samenvatting van het dossier cruciaal voor het geven van de behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie over het systeem/de familie van de cliënt uit de samenvatting van het dossier cruciaal voor het geven van de behandelindicatie

Cruciale informatie uit de CAI-NL voor het geven van een behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie over het dagelijks functioneren uit de CAI-NL cruciaal voor het geven van de behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie vanuit de visie van de cliënt en de informant uit de CAI-NL cruciaal voor het geven van de behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie over het neuropsychologisch functioneren uit de CAI-NL cruciaal voor het geven van de behandelindicatie

Cruciale informatie uit het NPO voor het geven van een behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie over het neuropsychologisch functioneren uit het NPO cruciaal voor het geven van de behandelindicatie

De mate waarin de PIOG de informatie uit de samenvatting van het dossier bruikbaar vindt voor het geven van een behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie uit de samenvatting van het dossier bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie uit de samenvatting van het dossier enigszins bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie uit de samenvatting van het dossier niet bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie

9.2 Bruikbaarheid CAI-NL behandelindicatie (BR - CAI)

9.2.1. BR-CAI - bruikbaar

9.2.2. BR-CAI – enigszins bruikbaar

9.2.3. BR-CAI – niet bruikbaar

9.3. Bruikbaarheid NPO behandelindicatie (BR-NPO)

9.3.1. BR-NPO – bruikbaar

9.3.2. BR-NPO – enigszins bruikbaar

9.3.3. BR-NPO – niet bruikbaar

9.6. Capaciteit uitvoering opdracht

9.6.1. Problemen uitvoering opdracht

9.6.2. Geen problemen uitvoering opdracht

De mate waarin de PIOG de informatie uit de CAI-NL bruikbaar vindt voor het geven van een behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie uit de CAI-NL bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie uit de CAI-NL enigszins bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie uit de CAI-NL niet bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie

De mate waarin de PIOG de informatie uit het NPO bruikbaar vindt voor het geven van een behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie uit het NPO bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie uit het NPO enigszins bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie

De PIOG vindt de informatie uit het NPO niet bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie

Mate waarin PIOG's de opdracht uit konden voeren

PIOG heeft problemen met het uitvoeren van de opdracht

PIOG heeft geen problemen met het uitvoeren van de opdracht

Noot. De dikgedrukte codes horen bij de post-PIOG vragenlijst en de niet-dikgedrukte codes bij de algemene vragenlijst.

Bijlage E

Inductieve codeboek

Code	Subcode	Subcode 2	Beschrijving
2. Inzicht impact cognitieve problemen (IIC)	2.1 IIC – volledige CAI		De inzichten die de PIOG krijgt inzichten t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt
		2.1.1. (IIC-CAI volledig) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
			De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	2.2 IIC – CAI visie van de cliënt		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
		2.2.1. (IIC-CAI cliënt) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
			De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
	2.3. IIC – CAI visie van de informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
		2.3.1. (IIC-CAI informant) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
			De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
3. Inzicht cognitieve problemen (IC)	3.1 IC - NPO		De inzichten die de PIOG krijgt inzichten t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt
		3.1.1. (IC-NPO) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van het NPO
		3.1.2. (IC-NPO) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op de CAI-NL t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van het NPO
	3.2 IC – volledige CAI		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van het NPO (terwijl de CAI-NL nog niet is gegeven)
		3.2.1 (IC-CAI volledig) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
	3.3 IC – CAI visie van de cliënt		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
			De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL

	3.3.1. (IC-CAI cliënt) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
3.4 IC – CAI visie van de informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
	3.4.1. (IC-CAI informant) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
3.5 IC – CAI discrepantie cliënt en informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
	3.5.1. (IC-CAI discrepantie) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
5. Inzicht dagelijks functioneren (IDF)		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt
5.1 IDF – volledige CAI		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
	5.1.1. (IDF-CAI volledig) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
5.2 IDF – CAI visie van cliënt		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
	5.2.1. (IDF-CAI cliënt) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	5.2.2. (IDF-CAI cliënt) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
5.3 IDF – CAI visie van informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
	5.3.1. (IDF-CAI informant) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
	5.3.2. (IDF-CAI informant) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
5.4. IDF – CAI discrepantie cliënt en informant		De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
	5.4.1. (IDF-CAI discrepantie) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant (terwijl het NPO nog niet is gegeven)

		5.4.2. (IDF-CAI discrepantie) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL De behandeling ingezet door de PIOG
6.1 In te zetten behandeling	6.1.1. behandeling klinisch herstel (HG) 6.1.2. behandeling maatschappelijk herstel (HMF/HDF) 6.1.3. behandeling persoonlijk herstel (HI) 6.1.4. behandeling herstel begrip van eigen situatie 6.1.5. behandeling/diagnostiek niet nodig 6.1.6. aspecifieke behandeling		De PIOG zet een behandeling in gericht op klinisch herstel (herstel van gezondheid (HG)) De PIOG zet een behandeling in gericht op maatschappelijk herstel (herstel van maatschappelijk functioneren (HMF)/herstel van dagelijks functioneren (HDF)) De PIOG zet een behandeling in gericht op persoonlijk herstel (herstel van identiteit (HI)) De PIOG zet een behandeling in gericht op het herstel van begrip van eigen situatie De PIOG vindt behandeling/diagnostiek niet nodig
6.2 In te zetten begeleiding	6.2.1. begeleiding klinisch herstel (HG) 6.2.2. begeleiding maatschappelijk herstel (HMF/HDF) 6.2.3. begeleiding persoonlijk herstel (HI) 6.2.4. aspecifieke begeleiding		De PIOG zet een aspecifieke behandeling in De PIOG geeft advies t.a.v. begeleiding De PIOG zet begeleiding in gericht op klinisch herstel (herstel van gezondheid (HG)) De PIOG zet begeleiding in gericht op maatschappelijk herstel (herstel van maatschappelijk functioneren (HMF)/herstel van dagelijks functioneren (HDF)) De PIOG zet begeleiding in gericht op persoonlijk herstel (herstel van identiteit (HI)) De PIOG zet aspecifieke begeleiding in De PIOG zet een andere vervolgstap in
6.3 In te zetten vervolgstap	6.3.1. Behoefte aanvullende informatie (AI) 6.3.1.1. AI – medicatie 6.3.1.2. AI – symptomen 6.3.1.3. AI – cognitief functioneren 6.3.1.4. AI – dagelijks functioneren 6.3.1.5. AI – diagnostiek 6.3.1.6. AI – achtergrond		De behoefte van de PIOG om aanvullende informatie te verzamelen PIOG wil aanvullende informatie verzamelen over de medicatie PIOG wil aanvullende informatie verzamelen over de symptomen PIOG wil aanvullende informatie verzamelen over het cognitief functioneren PIOG wil aanvullende informatie verzamelen over het dagelijks functioneren PIOG wil aanvullende diagnostiek uitvoeren PIOG wil aanvullende informatie verzamelen over de achtergrond

6.4. hulpvraag niet duidelijk	6.3.1.7. AI – behandeling/begeleiding	PIOG wil aanvullende informatie verzamelen over de behandeling/begeleiding
6.6. gelijke behandelindicatie	6.3.1.8. – drugsgebruik	PIOG wil aanvullende informatie verzamelen over het drugsgebruik
7.1 Vergelijking CAI-NL – NPO (V-CAI-NPO/V- NPO-CAI)	6.3.1.9. – zingeving/sterke punten	PIOG wil aanvullende informatie verzamelen over zingeving en de sterke punten PIOG geeft aan dat de hulpvraag niet duidelijk is
	7.1.2. V-CAI-NPO – extra informatie	PIOG geeft dezelfde indicatie na het krijgen van de CAI-NL of het NPO als op basis van de eerder gekregen onderdelen. een vergelijking tussen de CAI-NL en het NPO gemaakt door de PIOG
	7.1.4. V-CAI-NPO – geen extra informatie	De PIOG geeft aan dat de CAI-NL iets toevoegt t.o.v. het NPO
	7.1.5. V-NPO-CAI – extra informatie	De PIOG geeft aan dat de CAI-NL niets toevoegt t.o.v. het NPO
	7.1.7. V-NPO-CAI – geen extra informatie	De PIOG geeft aan dat het NPO iets toevoegt t.o.v. de CAI-NL
7.2 Vergelijking NPO – dossier (V-NPO-D)	7.2.2. V-NPO-D – extra informatie	De PIOG geeft aan dat het NPO niets toevoegt t.o.v. de CAI-NL
	7.2.4 V-NPO-D – geen extra informatie	Een vergelijking tussen het NPO en de samenvatting van het dossier gemaakt door de PIOG De PIOG geeft aan dat het NPO iets toevoegt t.o.v. de samenvatting van het dossier De PIOG geeft aan dat het NPO niets toevoegt t.o.v. de samenvatting van het dossier
7.3 Vergelijking CAI-NL –dossier (V-CAI-D)	7.3.2. V-CAI-D – extra informatie	Een vergelijking tussen de CAI-NL en de samenvatting van het dossier gemaakt door de PIOG
	7.3.4. V-CAI-D – geen extra informatie	De PIOG geeft aan dat de CAI-NL iets toevoegt t.o.v. de samenvatting van het dossier De PIOG geeft aan dat de CAI-NL niets toevoegt t.o.v. de samenvatting van het dossier
8.1. Cruciale informatie dossier behandelindicatie (CI-D)		Cruciale informatie van de samenvatting van het dossier voor het geven van een behandelindicatie
	8.1.2. CI-D – DSM-V classificatie	De PIOG vindt de informatie over de DSM-V classificatie uit de samenvatting van het dossier cruciaal voor het geven van de behandelindicatie

8.2. Cruciale informatie CAI-NL behandelindicatie (CI-CAI)	8.1.3. CI-D – achtergrond	De PIOG vindt de informatie over de achtergrond/voorgeschiedenis van de cliënt uit de samenvatting van het dossier cruciaal voor het geven van de behandelindicatie Cruciale informatie uit de CAI-NL voor het geven van een behandelindicatie
8.3. Cruciale informatie NPO behandelindicatie (CR-NPO)	8.2.1. CI-CAI – dagelijks functioneren 8.2.2. CI-CAI – visie van cliënt en informant 8.2.3. CI-CAI – neuropsychologisch functioneren	De PIOG vindt de informatie over het dagelijks functioneren uit de CAI-NL cruciaal voor het geven van de behandelindicatie De PIOG vindt de informatie vanuit de visie van de cliënt en de informant uit de CAI-NL cruciaal voor het geven van de behandelindicatie De PIOG vindt de informatie over het neuropsychologisch functioneren uit de CAI-NL cruciaal voor het geven van de behandelindicatie Cruciale informatie uit het NPO voor het geven van een behandelindicatie
9.1 Bruikbaarheid dossier behandelindicatie (BR-D)	8.3.1. CI-NPO – neuropsychologisch functioneren	De PIOG vindt de informatie over het neuropsychologisch functioneren uit het NPO cruciaal voor het geven van de behandelindicatie De mate waarin de PIOG de informatie uit de samenvatting van het dossier bruikbaar vindt voor het geven van een behandelindicatie
9.2 Bruikbaarheid CAI-NL behandelindicatie (BR - CAI)	9.1.1. BR-D – bruikbaar	De PIOG vindt de informatie uit de samenvatting van het dossier bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie De mate waarin de PIOG de informatie uit de CAI-NL bruikbaar vindt voor het geven van een behandelindicatie
	9.2.1. BR-CAI - bruikbaar	De PIOG vindt de informatie uit de CAI-NL bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie De PIOG vindt de informatie uit de CAI-NL niet bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie
	9.2.3. BR-CAI – niet bruikbaar	De mate waarin de PIOG de informatie uit het NPO bruikbaar vindt voor het geven van een behandelindicatie
9.3. Bruikbaarheid NPO behandelindicatie (BR-NPO)	9.3.1. BR-NPO – bruikbaar	De PIOG vindt de informatie uit het NPO bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie
	9.3.3. BR-NPO – niet bruikbaar	De PIOG vindt de informatie uit het NPO niet bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie

9.4. Missende informatie

9.4.1. Missende informatie dossier

9.4.2. Missende informatie NPO

9.4.3. Missende informatie CAI

9.6. Capaciteit uitvoering opdracht

9.6.1. Problemen uitvoering opdracht

9.6.2. Geen problemen uitvoering opdracht

PIOG geeft aan informatie te missen voor het opstellen van een behandelindicatie

PIOG geeft aan informatie te missen uit de samenvatting van het dossier voor het opstellen van een behandelindicatie

PIOG geeft aan informatie te missen uit het NPO voor het opstellen van een behandelindicatie

PIOG geeft aan informatie te missen uit de CAI-NL voor het opstellen van een behandelindicatie

Mate waarin PIOG's de opdracht uit konden voeren

PIOG heeft problemen met het uitvoeren van de opdracht

PIOG heeft geen problemen met het uitvoeren van de opdracht

Noot. De dikgedrukte codes horen bij de post-PIOG vragenlijst en de niet-dikgedrukte codes bij de algemene vragenlijst. De groen gemaakte

codes zijn de inductieve codes.

Bijlage F

Niet gebruikte deductieve codes per hoofdthema

Gebruikte informatie indicatie

Verwijderde code	Beschrijving
1.1. Dossiergebruik behandelindicatie (DB)	De informatie uit de samenvatting van het dossier die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie.
1.1.1.DB - symptomen	De informatie uit de samenvatting van het dossier over symptomen die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
1.1.2. DB – DSM-V classificatie	De informatie uit de samenvatting van het dossier over de DSM-V classificatie die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
1.1.3. DB - achtergrond	De informatie uit de samenvatting van het dossier over de achtergrond/voorgeschiedenis van de cliënt die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
1.1.4. DB - medicatiegebruik	De informatie uit de samenvatting van het dossier over het huidige medicatiegebruik van de cliënt die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
1.1.5 DB – systeem/familie	De informatie uit de samenvatting van het dossier over het systeem/de familie van de cliënt die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
1.2. CAI-NL gebruik behandelindicatie (CAI-B)	De informatie uit de CAI-NL die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
1.2.1. CAI-B – dagelijks functioneren	De informatie uit de CAI-NL over het dagelijks functioneren die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
1.2.2. CAI-B visie van cliënt en informant op functioneren	De informatie uit de CAI-NL vanuit de visie van de cliënt en informant op het functioneren van de cliënt die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
1.2.3. CAI-B – neuropsychologisch functioneren	De informatie uit de CAI-NL over het neuropsychologisch functioneren die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
1.3. NPO gebruik behandelindicatie (NPO-B)	De informatie uit het NPO die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie
1.3.1. NPO-B – neuropsychologisch functioneren	De informatie uit het NPO over het neuropsychologisch functioneren die de PIOG gebruikt voor de behandelindicatie

Noot. Deze codes bleken niet relevant te zijn, omdat ze moeilijk te coderen waren, aangezien er niet specifiek gevraagd is welke informatie ze gebruikt hebben voor de opgestelde indicatie. Hierdoor geeft het mogelijk geen goed beeld van de gebruikte informatie.

Verkregen inzichten

Verwijderde code	omschrijving
2.1.2. (IIC-CAI volledig) – NPO eerst	De inzichten die de PLOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
2.2.2. (IIC-CAI cliënt) – NPO eerst	De inzichten die de PLOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
2.3.2. (IIC-CAI informant) – NPO eerst	De inzichten die de PLOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
2.4 IIC – CAI discrepantie cliënt en informant	De inzichten die de PLOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
2.4.1. (IIC-CAI discrepantie) – CAI eerst	De inzichten die de PLOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
2.4.2. (IIC-CAI discrepantie) – NPO eerst	De inzichten die de PLOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
2.5 IIC - dossier	De inzichten die de PLOG krijgt t.a.v. de impact van de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de samenvatting van het dossier
3.2.2. (IC-CAI volledig) – NPO eerst	De inzichten die de PLOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
3.3.2. (IC-CAI cliënt) – NPO eerst	De inzichten die de PLOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
3.4.2. (IC-CAI informant) – NPO eerst	De inzichten die de PLOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
3.5.2. (IC-CAI discrepantie) – NPO eerst	De inzichten die de PLOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
3.6 IC – dossier	De inzichten die de PLOG krijgt t.a.v. de cognitieve problemen van de cliënt op basis van de samenvatting van het dossier
4. Inzicht hulpvraag (IH)	De inzichten die de PLOG krijgt inzichten t.a.v. de hulpvraag van de cliënt
4.1 IH - NPO	De inzichten die de PLOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van het NPO
4.1.1. (IH-NPO) – CAI eerst	De inzichten die de PLOG krijgt aanvullend op de CAI-NL t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van het NPO
4.1.2. (IH-NPO) – NPO eerst	De inzichten die de PLOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van het NPO (terwijl de CAI-NL nog niet is gegeven)
4.2 IH – volledige CAI	De inzichten die de PLOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
4.2.1. (IH-CAI volledig) – CAI eerst	De inzichten die de PLOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)

4.2.2. (IH-CAI volledig) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
4.3 IH – CAI visie van cliënt	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
4.3.1. (IH-CAI cliënt) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de de visie van de cliënt uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
4.3.2. (IH-CAI cliënt) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de visie van de cliënt uit de CAI-NL
4.4 IH – CAI visie van informant	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
4.4.1. (IH-CAI informant) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
4.4.2. (IH-CAI informant) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de visie van de informant uit de CAI-NL
4.5 IH – discrepantie cliënt en informant	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
4.5.1. (IH-CAI discrepantie) – CAI eerst	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL (terwijl het NPO nog niet is gegeven)
4.5.2. (IH-CAI discrepantie) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de discrepantie tussen de cliënt en de informant uit de CAI-NL
4.6 IH - dossier	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. de hulpvraag van de cliënt op basis van de samenvatting van het dossier
5.1.2. (IDF-CAI volledig) – NPO eerst	De inzichten die de PIOG krijgt aanvullend op het NPO t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van de volledige CAI-NL
5.5 IDF - dossier	De inzichten die de PIOG krijgt t.a.v. het dagelijks functioneren van de cliënt op basis van het de samenvatting van het dossier

Indicatie

Verwijderde code	beschrijving
6.1.1. Cognitieve gedragstherapie	De PIOG zet cognitieve gedragstherapie in als behandeling
6.1.2. Cognitieve remediatie	De PIOG zet cognitieve remediatie in als behandeling
6.1.3. Systeemtherapie	De PIOG zet systeemtherapie in als behandeling
6.1.4. Traumatherapie	De PIOG zet traumatherapie in als behandeling
6.1.5. Psycho-educatie	De PIOG zet psycho-educatie in als behandeling

vergelijkingen

Verwijderde code	beschrijving
7.1.1. V-CAI-NPO – vergelijkbare informatie	De PIOG geeft aan dat de CAI-NL en het NPO vergelijkbare informatie geven
7.1.3. V-CAI-NPO – enigszins extra informatie	De PIOG geeft aan dat de CAI-NL enigszins iets toevoegt t.o.v. het NPO
7.1.6. V-NPO-CAI – enigszins extra informatie	De PIOG geeft aan dat het NPO enigszins iets toevoegt t.o.v. de CAI-NL
7.2.1. V-NPO-D – vergelijkbare informatie	De PIOG geeft aan dat het NPO en de samenvatting van het dossier vergelijkbare informatie geven
7.2.3. V-NPO-D – enigszins extra informatie	De PIOG geeft aan dat het NPO enigszins iets toevoegt t.o.v. de samenvatting van het dossier
7.3.1. V-CAI-D – vergelijkbare informatie	De PIOG geeft aan dat de CAI-NL en de samenvatting van het dossier vergelijkbare informatie geven
7.3.3. V-CAI-D – enigszins extra informatie	De PIOG geeft aan dat de CAI-NL enigszins iets toevoegt t.o.v. de samenvatting van het dossier

Noot. De codes ‘V-CAI-NPO – vergelijkbare informatie’ en ‘V-CAI-NPO geen extra informatie’ zijn samengevoegd onder ‘V-CAI-NPO – geen extra informatie’. De codes ‘V-NPO-D – vergelijkbare informatie’ en ‘V-NPO-D – geen extra informatie’ zijn samengevoegd onder ‘V-NPO-D – geen extra informatie’. De codes ‘V-CAI-D – vergelijkbare informatie’ en ‘V-CAI-D – geen extra informatie’ zijn samengevoegd onder ‘V-NPO-D’ geen extra informatie’

Cruciale informatie

Verwijderde code	beschrijving
8.1.1. CI-D – symptomen	De PIOG vindt de informatie over de symptomen uit de samenvatting van het dossier cruciaal voor het geven van de behandelindicatie
8.1.4. CI-D – medicatiegebruik	De PIOG vindt de informatie over het huidige medicatiegebruik uit de samenvatting van het dossier cruciaal voor het geven van de behandelindicatie
8.1.5. CI-D – systeem/familie	De PIOG vindt de informatie over het systeem/de familie van de cliënt uit de samenvatting van het dossier cruciaal voor het geven van de behandelindicatie

Bruikbaarheid

Verwijderde code	beschrijving
9.1.2. BR-D – enigszins bruikbaar	De PIOG vindt de informatie uit de samenvatting van het dossier enigszins bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie

9.1.3. BR-D – niet bruikbaar	De PIOG vindt de informatie uit de samenvatting van het dossier niet bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie
9.2.2. BR-CAI – enigszins bruikbaar	De PIOG vindt de informatie uit de CAI-NL enigszins bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie
9.3.2. BR-NPO – enigszins bruikbaar	De PIOG vindt de informatie uit het NPO enigszins bruikbaar bij het geven van een behandelindicatie

Noot. De codes ‘BR-D – enigszins bruikbaar’ en ‘BR-D – bruikbaar’ zijn samengevoegd onder ‘BR-D – bruikbaar’. De codes ‘BR-CAI – enigszins bruikbaar’ en ‘BR-CAI – bruikbaar’ zijn samengevoegd onder ‘BR-CAI – bruikbaar’. De codes ‘BR-NPO – enigszins bruikbaar’ en ‘BR-NPO – bruikbaar’ zijn samengevoegd onder ‘BR-NPO – bruikbaar’.