

# **Beoordelen zorgafhankelijkheid met de Care Dependency Scale (CDS)**

## **Care Dependency Scale (CDS)**

### **Een handleiding**

Ate Dijkstra<sup>1</sup>, Judy Smith<sup>2</sup> and Margaret White<sup>3</sup>

2021 Nederlandse vertaling van de Engelstalige handleiding

- <sup>1</sup> Northern Center for Healthcare Research (RCH), University of Groningen, The Netherlands & Noorderbreedte, Leeuwarden, The Netherlands
- <sup>2</sup> Lincolnshire Primary Care Trust, Orchard House, Greylees, Sleaford. UK
- <sup>3</sup> Chatsworth Rehabilitation Centre, Mansfield Community Hospital, Stockwell Gate, Mansfield. UK

Website: [www.care2share.eu](http://www.care2share.eu)

Trefwoorden: vragenlijsten, zorgafhankelijkheid, ouderenzorg, klinische zorg

ISBN 10-90-77113-54-1  
ISBN 13-978-90-77113-54-7

## **Inhoudsopgave**

1. Inleiding	3
2. Het begrip zorgafhankelijkheid	5
3. Beschrijving van de Care Dependency Scale (CDS)	7
4. Beschrijving van de onderzoeksgroepen waarin de CDS is gebruikt	13
5. Betrouwbaarheid en validiteit	15
6. Bruikbaarheid	18
7. Conclusie	20
Referenties	21
Toestemmingsprocedure gebruik CDS	23
Bijlage A. De beschikbare versies van de CDS	24
Bijlage B. Nederlandse CDS-Proxy-beoordelingsversie Zorgafhankelijkheid	25
Bijlage C. Nederlandse CDS-Zelfbeoordelingsversie Zorgafhankelijkheid	29
Bijlage D. Nederlandse CDS-Onderzoeksversie Zorgafhankelijkheid	33

## 1. Inleiding

In deze handleiding zijn onderzoeksgegevens bijeengebracht omtrent de Care Dependency Scale (kortweg CDS genoemd), welke van belang zijn voor het gebruik van de schaal in onder meer verpleeghuizen en in de verstandelijke gehandicaptenzorg. Het ontbreken van een instrument om het begrip zorgafhankelijkheid binnen de zorg aan in eerste instantie psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten te meten, is in 1994 aanleiding geweest een onderzoeksproject te starten.

Dit project is uitgevoerd in de context van het onderzoeksprogramma ‘Disorder, Disability and Quality of Life’ van het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG) van de Rijksuniversiteit Groningen. In het genoemde programma wordt met name de rol van functionele, sociale en psychologische factoren bestudeerd op het beloop en het herstel van het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven bij chronische ziekte. Tevens is de ontwikkeling van betrouwbare en valide meetinstrumenten kenmerkend voor het NCG onderzoek.

Het project, althans wat het onderzoek betreft naar de ontwikkeling en de psychometrische eigenschappen van de CDS (Dijkstra, 1998), kan als afgesloten worden beschouwd.

In deze uitgave wordt een korte omschrijving van het instrument, de verkregen psychometrische resultaten en instructies genoemd, met als doel om toekomstige gebruikers van de CDS en onderzoekers die overwegen de CDS in hun onderzoek te gebruiken van relevante informatie te voorzien (zie ook ‘Toestemmingsprocedure gebruik CDS’, p.23).

In 1997 vond een internationale verbreding van het Nederlandse onderzoeksproject plaats. In datzelfde jaar werd de Europese onderzoeksgroep in de gezondheidszorg (EURECARE als voorloper van de huidige Care2Share onderzoeksgroep) opgericht om de internationale samenwerking rond de ontwikkeling van de CDS te bevorderen. Het belangrijkste doel was om een internationaal en interdisciplinair netwerk te vormen met collega's uit heel Europa voor verdere professionele ontwikkeling in de gezondheidszorg, en om de zorg voor korte- en langetermijnomstandigheden in individuele landen te bevorderen. Vanaf 2005 zijn niet alleen Europese onderzoekers, maar ook onderzoekers uit niet-Europese landen betrokken geraakt bij de verdere ontwikkeling en het gebruik van de CDS.

Het doel van de publicatie van dit handleiding is viervoudig. Ten eerste geeft het handleiding informatie over het concept en de beschrijving van zorgafhankelijkheid. Ten tweede worden de psychometrische eigenschappen van het instrument genoemd. Ten derde worden in deze handleiding instructies gegeven over hoe de CDS moet worden gescoord en gebruikt in zowel onderzoek als praktisch. Ten vierde zal de handleiding toekomstige gebruikers die een ander instrument willen gebruiken, of die besluiten een nieuw instrument te ontwikkelen, in staat stellen een weloverwogen keuze te maken.

Aangezien de CDS in nieuwe onderzoeken wordt gebruikt, zal er voortdurend aanvullende informatie worden gegenereerd, bijvoorbeeld over de betrouwbaarheid en de validiteit. Bovendien kan het nodig zijn het instrument aan te passen aan nieuwe inzichten. De gebruikers van de CDS

zullen op de hoogte worden gehouden van alle nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot de CDS. Wanneer er belangrijke aanvullende informatie naar voren komt, zal er een herziene editie van deze handleiding worden gepubliceerd.

Ten slotte dienen de gebruikers rekening te houden met het volgende. De regels dienen te worden nageleefd bij het gebruik van de CDS die niet alleen in deze handleiding wordt gepresenteerd, maar van alle beschikbare versies. Wij verzoeken u de 'Toestemming voor gebruik van de CDS' dan ook zorgvuldig te lezen.

Leeuwarden, januari 2021

Dr. Ate Dijkstra

## 2. Het begrip zorgafhankelijkheid

### Concept analyse

Wat betekent zorgafhankelijkheid? Om deze vraag te beantwoorden is de meerstappen procedure van Waltz, Strickland en Lenz (1991) gebruikt bij de analyse van het begrip zorgafhankelijkheid voor gebruik in de acute en chronische gezondheidszorg. Concept analyse is een proces dat wordt gebruikt om overeenkomsten en verschillen tussen concepten vast te stellen, en om tot een voorlopige operationele definitie te komen.

### Zorgafhankelijkheid

Afhankelijkheid is een veelgebruikte term in de pedagogiek, sociale psychologie, psychiatrie, medische wetenschap en verpleging. Wanneer het gaat om cliënten met ziekten en/of handicaps omvat afhankelijkheid vrijwel altijd een negatieve evaluatie van een situatie of een set van kenmerken van een individu en/of mensen in de omgeving van de persoon (Van den Heuvel, 1976).

Afhankelijkheid kan worden geplaatst in het kader van een wederkerige menselijke relatie; daarnaast kan zorgafhankelijkheid wordt geplaatst in het kader van professionele en formele zorgverlening. Hier is zorg het sleutelbegrip dat zowel betrekking heeft op de zorgprofessional als op de cliënt, terwijl afhankelijkheid het sleutelbegrip cliëntgebonden is. Op basis van het overzicht van woordenboeken en relevante vakliteratuur is zorgafhankelijkheid beschreven als: De professionele ondersteuning van een cliënt, wiens zelfzorg capaciteiten zijn afgenomen en wiens zorgvraag hem/haar tot op zekere hoogte afhankelijk maakt. Het doel van de ondersteuning is het herstellen van de zelfstandigheid van de cliënt bij het uitvoeren van de zelfzorg (Dijkstra et al., 1998a)'.

Door ziekte of handicap kan de mens in omstandigheden komen te verkeren waarin hij voor kortere of langere tijd afhankelijk wordt van de zorg van anderen. Het handelen van de ander, in de persoon van de centrale verzorger of professionele hulpverlener, zal erop gericht zijn het zelfstandig functioneren of het zelfzorgvermogen te bevorderen. Zelfstandigheid en onafhankelijkheid worden dan ook als belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van leven gezien.

### Concept operationalisering

Na de beschrijving van wat zorgafhankelijkheid is, is het concept geoperationaliseerd om af te bakenen wat het begrip zorgafhankelijkheid inhoudt en hoe het kan worden gemeten. Daarom moest eerst een kader worden bepaald dat bruikbaar is bij het specificeren van de eigenschappen van het begrip zorgafhankelijkheid. Om de volgende redenen is het kader van Virginia Henderson gekozen als uitgangspunt om de variabele aspecten van het begrip zorgafhankelijkheid te specificeren (Henderson, 1966; 1978; 1985).

Henderson is van mening dat gezondheid de basis is van het menselijk functioneren en gelijk staat aan onafhankelijkheid op een continuüm dat ziekte gelijkstelt aan afhankelijkheid. Vanuit dit oogpunt is de gewenste uitkomst van de zorg de onafhankelijkheid van de cliënt. Henderson beschrijft 14 menselijke behoeften, die professionele zorgverleners helpen de cliënt van een staat van afhankelijkheid naar een staat van onafhankelijkheid te brengen (Fitzpatrick & Whall, 1989). Henderson spreekt over fundamentele menselijke behoeften, die in elke relatie tussen cliënt en zorgverlener voorkomen, onafhankelijk van de leeftijd van de cliënt en/of het type zorginstelling.

Haar ideeën worden veelvuldig toegepast in de praktijk en in het curriculum van studenten verpleegkunde. Volgens Challis, Carpenter en Traske (1996) is men het er algemeen over eens dat de zorgbehoeften van de cliënt het best kunnen worden aangepakt door een grondige en systematische beoordeling. Omdat zorgafhankelijkheid als variabel in intensiteit kan worden gezien, is besloten om een beoordelingsschaal te ontwikkelen en elk van de 15 dimensies van zorgafhankelijkheid te meten op een 5-punts Likert-schaal, variërend van 1 (volledig zorgafhankelijk) tot 5 (bijna zelfstandig) (Dijkstra et al., 1998a).

### 3. Beschrijving van de Care Dependency Scale (CDS)

De 15 onderdelen van de CDS zijn weergegeven in Figuur 1.

Figuur 1. De 15 onderdelen van de CDS

1. Eten en Drinken	9. Vermijden van gevaar
2. Incontinentie	10. Communicatie
3. Lichaamshouding	11. Contact met anderen
4. Mobiliteit	12. Waarde- en normbesef
5. Dag- en nachtritme	13. Dagelijkse activiteiten
6. Aan en uitkleden	14. Recreatieve activiteiten
7. Lichaamstemperatuur	15. Leervermogen
8 Hygiene	

#### Schaalcategorieën

Alle 15 onderdelen van de CDS zijn voorzien van een omschrijving van de mate van zorgafhankelijkheid of een 5-punts Likert-type schaal. Van deze laatste variant variëren de antwoorden van '1 = volledig afhankelijk' tot '5 = bijna onafhankelijk'. Personen die de CDS invullen beoordelen alle 15 items door één punt uit de 5-punts schaal te selecteren. Op het meetformulier wordt een voorbeeld gegeven om te laten zien hoe de schaal kan worden ingevuld. De items, item-omschrijvingen en antwoordcategorieën (5-punts schaal) van de CDS zijn opgenomen in bijlage B, C en D. Bijlage C laat de Zelfbeoordelingsversie van de CDS zien. Voor het gebruik van de CDS in publicaties wordt verwezen naar Dijkstra (1998) (zie Referenties) en/of deze handleiding.

#### Gebruik in de klinische praktijk

##### *Ervaren zorgafhankelijkheid*

In vragenlijsten over de kwaliteit van leven kan de ervaring van beperkingen, disfunctie of sociale handicaps worden geformuleerd in de eigenlijke modus (bijv. is de cliënt incontinent) of vanuit het ervaren zelfzorg-perspectief (bijv. in hoeverre is de cliënt in staat om de afvoer van urine en feces vrijwillig te controleren). In de CDS wordt de mate van zorgafhankelijkheid geformuleerd vanuit het ervaren zelfzorg-perspectief. Aan degene die de CDS invult wordt gevraagd in hoeverre de cliënt in staat is om activiteiten te verrichten.

##### *Populaties*

De CDS kan worden gebruikt in verschillende gezondheidszorg settings (thuiszorg en institutionele zorg), populaties (bijv. cliënten die op verschillende afdelingen in een ziekenhuis, verpleeghuizen) en leeftijdsgroepen.

#### Gebruik in het zorgproces

De CDS is bedoeld om in de eerste fase van het zorg- of verplegingsproces te worden gebruikt als instrument voor de beoordeling van de zorgbehoeften. De schaal geeft geen directe antwoorden, maar geeft aanwijzingen zodat verpleegkundigen en andere zorgverleners zich kunnen richten op

zorgbehoeften die geschikt zijn voor verpleegkundige of verzorgende diagnoses. De CDS is een schaal die is afgeleid van geobserveerd gedrag, dus de nauwkeurigheid van de beoordeling is afhankelijk van de mate waarin de zorgverlener bekend is met het dagelijks functioneren, de zorgvraag en de behoeften van de cliënt. Daarom zijn in de dagelijkse praktijk werkzame verpleegkundigen of zorgverleners in de beste positie om cliënten te beoordelen, vooral in situaties waarin cliënten niet kunnen communiceren of beperkte communicatiemogelijkheden hebben. De CDS is een hulpmiddel bij het beoordelen van de zorgbehoeften van de cliënt en de mate van professionele hulp die nodig is om aan deze behoeften te voldoen. Deze kennis kan de zorgverleners in staat stellen een ontwerp van zorgplan te ontwikkelen, dat zij in een multidisciplinair overleg kunnen bespreken. Het doel van dit overleg zou zijn om gezamenlijke diagnoses, doelstellingen en interventies vast te stellen die de inbreng van verschillende professionals in de zorg voor de cliënt specificeren. Herhaalde beoordelingen met de CDS leveren gegevens op voor het monitoren van veranderingen in de status van de cliënt en, mogelijk, voor het beoordelen van het succes van interventies in het verminderen van de afhankelijkheid van de cliënt.

## **Scoren en analyse**

### *Tijdsbestek*

In het algemeen omvat de beoordelingsperiode voor zowel de zelfrapportage als de beoordeling door zorgverleners (bij proxy) 'de laatste week'. Deze tijdspanne kan gemakkelijk worden onthouden in geval van zelfrapportage. Wat betreft beoordeling bij proxy's is het tijdsperiode afhankelijk van de periode dat de zorgverlener in staat is om de zorgafhankelijkheid van de cliënt vast te stellen. De beslissing om te kiezen voor een langere periode of herhaalde beoordeling kan gebaseerd zijn op de wens om de mogelijkheden van de cliënt vollediger te beoordelen.

### *CDS versies*

Er zijn meerdere versies van de CDS: een zelfrapportage, een uitgebreide proxy-meting en een kortere onderzoeksversie. Alle versies beoordelen de mate waarin iemand afhankelijk is van een andere persoon (mantelzorger of professionele zorgverlener).

De eerste keer dat een cliënt de CDS zelf invult, moet hij/zij bij voorkeur worden geholpen om de vragen te begrijpen. Dit kan worden gedaan door de (onderzoeks)verpleegkundige of een ervaren zorgverlener. Indien dit het geval is, is het nog steeds essentieel dat de cliënt de CDS waar mogelijk zelf invult. Soms vragen cliënten advies, bijvoorbeeld van partners, bij het beantwoorden van de gestelde vragen. Dit moet zoveel mogelijk worden vermeden. Het is raadzaam om bij de inleiding van de beoordeling duidelijke instructies te geven om dit te voorkomen.

Sommige cliënten zijn niet in staat om de CDS af te ronden. Dit kan het gevolg zijn van het 'vergeten van een bril', het niet kunnen lezen, een cognitieve stoornis of een ernstige ziekte-toestand. Wanneer de cliënt niet kan lezen, moeten de vragen door een andere persoon worden gelezen en kan de cliënt alsnog het antwoord geven.

Als de cliënt helemaal niet in staat is om vragen te beantwoorden, dan kunnen de vragen door directe zorgverleners, de zogenaamde 'proxy's', worden ingevuld. In dit geval wordt de proxy-versie van de CDS door de directe zorgverlener gebruikt.

Het is belangrijk om op te merken dat de antwoorden van deze proxy's waarschijnlijk anders zijn dan de antwoorden die cliënten zouden hebben gegeven. Daarom is het raadzaam om bij het



gebruik van de schaal voor onderzoek - als dat al mogelijk is - zowel de cliënt als de proxy te vragen om onafhankelijke beoordelingen uit te voeren, zodat de oorspronkelijke discrepantie als uitgangspunt kan dienen voor het begrijpen van bias in latere metingen.

#### *Benodigde tijd*

De CDS is eenvoudig te gebruiken en snel te voltooien, en duurt normaal gesproken minder dan 5 minuten. Cliënten hebben gemiddeld 15 minuten nodig om de CDS te voltooien.

#### *Instructie*

Voor de invulling van de CDS moeten de volgende richtlijnen in acht worden genomen:

In geval van gebruik door professionele zorgverleners moet de CDS worden ingevuld door de verpleegkundige of andere zorgverlener die het meest vertrouwd is met de dagelijkse zorg van de cliënt. De CDS bestaat uit 15 items, die elk 5 item-criteria hebben met betrekking tot het aspect afhankelijkheid dat wordt beoordeeld.

Voor elk item moet een beoordeling worden gemaakt van de mate van afhankelijkheid van de cliënt en het item-criterium dat het beste de cliënt beschrijft, moet worden omcirkeld of aangekruist. Slechts één van de 5 item-criteria dient te worden geselecteerd.

Elk van de 15 items van de Care Dependency Scale moet worden beoordeeld. Vul elk item in. Mocht er twijfel ontstaan bij de keuze tussen 2 criteria, dan moet er een schatting worden gemaakt. Bijvoorbeeld, wanneer de cliënt een activiteit alleen kan uitvoeren met behulp van een bepaald hulpmiddel (bijvoorbeeld in geval van mobiliteit met gebruik van een rollator of elektrische rolstoel), moeten de item-criteria worden geselecteerd die aangeven dat de cliënt deze activiteit kan uitvoeren.

#### *Scoren van items*

Bij het afnemen van de CDS dienen de volgende richtlijnen in acht te worden genomen:

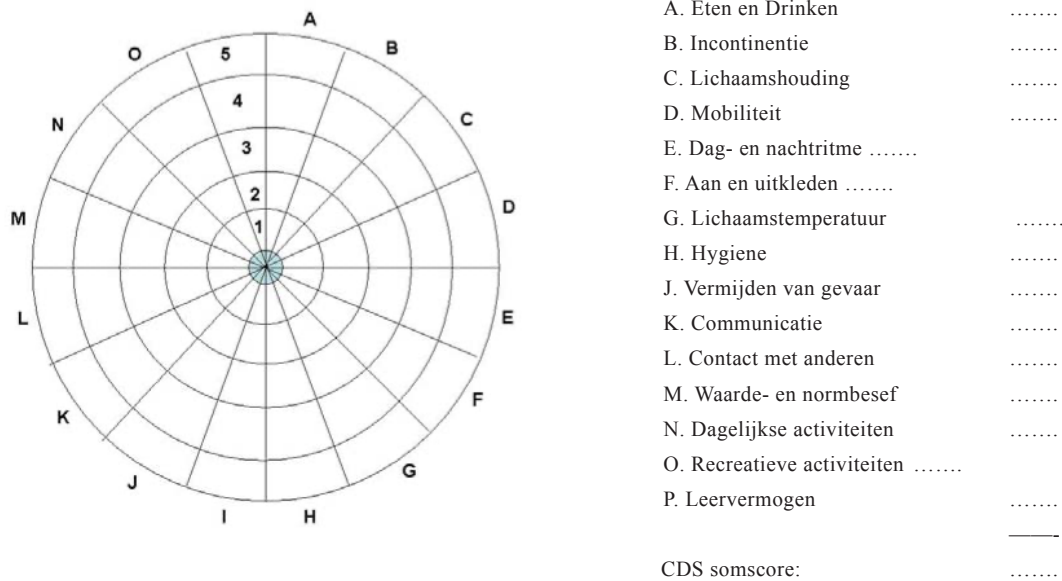
- Bij de beoordeling van de vragen gaat het erom waartoe de cliënt in staat is, en niet zozeer welke handelingen de verzorgende of verpleegkundige overneemt.
- Bij twijfel tussen 2 beschrijvingen dient de invuller tot één keuze te komen, door in te schatten welke mogelijkheid de cliënt bezit.
- Ook als de cliënt een activiteit alleen met behulp van een bepaald hulpmiddel (bijv. rolstoel in geval van mobiliteit) kan uitvoeren moet worden ingevuld dat hij zij dit kan (al dan niet met moeite).

De items, de bijbehorende item-omschrijving en antwoordcategorieën van de drie versies van de CDS zijn tezamen met de instructie opgenomen in de bijlage. Bij gebruik van de CDS kan worden verwezen naar Dijkstra (1998) (zie geraadpleegde literatuur) en naar deze handleiding.

De CDS kan het best ingevuld worden door de eerst verantwoordelijke verzorgende of verplegende. Wanneer de cliënt zelf in staat is een betrouwbaar beeld van het eigen functioneren te geven, kan de CDS als vragenlijst afgenomen worden. In alle andere gevallen dient de invuller eerst zelf een beeld te vormen over de mogelijkheden van de cliënt alvorens de CDS in te vullen.

De CDS-somscore kan worden berekend door de uitkomst van elk van de 15 items van zorgafhankelijkheid bij elkaar op te tellen. Lage somscores op de CDS geven aan dat de cliënt afhankelijk is van zorg van anderen. Aan de andere kant betekent een hoge somscore dat de cliënt bijna onafhankelijk is van zorg. Door gebruik te maken van de CDS-score grafiek (zie Figuur 2) is de CDS-score op elk afzonderlijk item te zien.

Figuur 2. CDS-scoring tabel



1 = Volledig zorgafhankelijk  
(Aangezien er geen initiatief is om te handelen, is zorg en bijstand altijd noodzakelijk)

2 = In hoge mate zorgafhankelijk  
(Veel beperkingen om zelfstandig te handelen, dus in grote mate afhankelijk van zorg en bijstand)

3 = Gedeeltelijk zorgbehoevend  
(Er zijn beperkingen om zelfstandig te handelen, dus gedeeltelijk afhankelijk van zorg en bijstand)

4 = In beperkte mate zorgafhankelijk  
(Weinig beperkingen om zelfstandig te handelen, dus slechts in beperkte mate afhankelijk van zorg en bijstand)

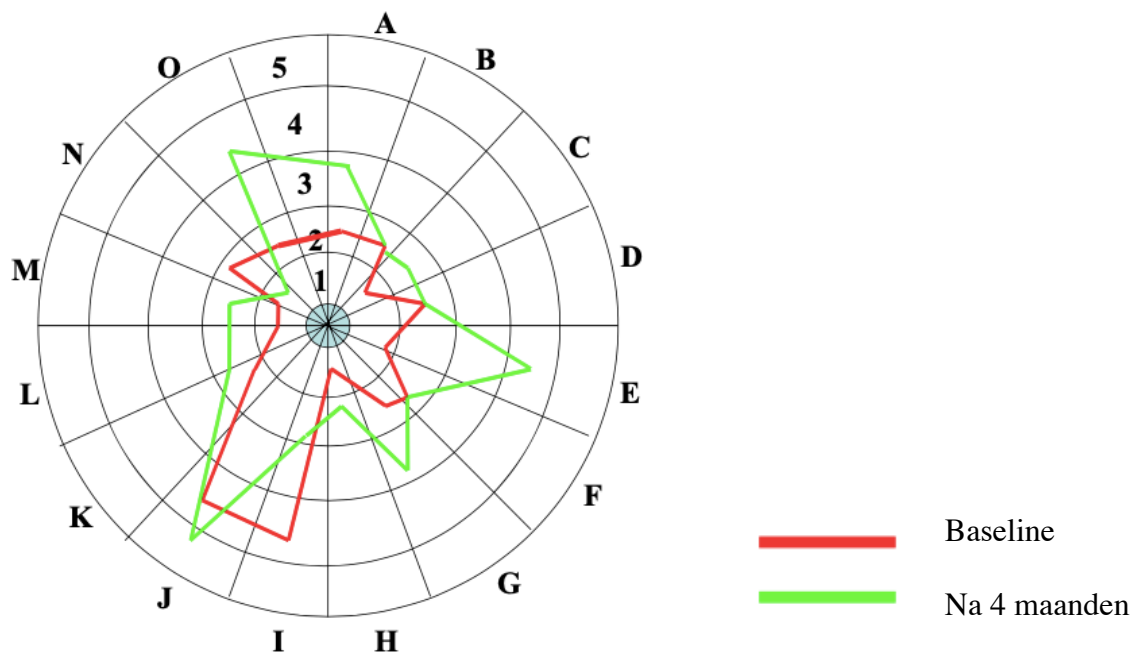
5 = Bijna onafhankelijk  
(Bijna alles kan zonder hulp)

### Praktische toepassing van de CDS

In de praktijk is het de bedoeling dat de CDS in de eerste fase van het verplegingsproces wordt gebruikt als een instrument voor het vinden van zaken en voor de beoordeling van de behoeften. De CDS is een hulpmiddel bij het beoordelen van de behoefte van cliënten en de mate van professionele hulp die nodig is om aan deze behoeften te voldoen. Deze kennis kan de zorgverleners in staat stellen een concept-zorgplan te ontwikkelen, dat zij in een multidisciplinair overleg kunnen bespreken. Het doel van dit overleg zou zijn om gezamenlijke diagnoses, doelstellingen en interventies vast te stellen die de inbreng van verschillende professionals in de cliëntenzorg specificeren. Herhaalde beoordelingen met de CDS leveren gegevens op voor het monitoren van veranderingen in de status van de cliënt en, mogelijk, voor het beoordelen van het succes van interventies in het verminderen van de afhankelijkheid van de cliënt (zie als voorbeeld

Figuur 3). Daarnaast is de CDS-somscore nuttig om managementinformatie op populatieniveau te genereren.

Figuur3. CDS-score grafiek van een CVA cliënt waarvan de CDS-gegevens zijn verzameld in de eerste week na opname in het ziekenhuis en vier maanden na de beroerte



#### Afkappunt

De CDS is gevalideerd voor het vaststellen van zorgafhankelijkheid. Een cutoff score voor zorgafhankelijkheid maakt het mogelijk om de aan- of afwezigheid van 'zorgafhankelijkheid' aan te geven. Zoals te verwachten is, zullen verschillende studies verschillende cutoff-scores rapporteren op basis van de grootte van de steekproef, de instelling en de status van de zorgafhankelijkheid en de gebruikte diagnostische criteria. Recentelijk zijn ziekenhuiscliënten met verschillende zorgbehoeften met een CDS-somscore  $\leq 68$  (rule-out cut-off point) geclassificeerd als zorgafhankelijk, alle andere als zelfstandig. De prevalentie in de steekproef-studie was zeer hoog (84%). Het gebied onder de ROC curve voor de Care Dependency Scale was 0,81, wat duidt op een gematigde diagnostische accuratesse. De bepaling van het juiste cut-off point was gebaseerd op gevoeligheid (0,85) en positieve voorspellende waarde (0,90) (Dijkstra et al., 2005).

#### Onderzoekstoepassing van de CDS

De CDS kan ook worden gebruikt in wetenschappelijk onderzoek om de zorgafhankelijkheid te meten. Indien nodig kan een samenvattend item worden toegevoegd aan de schaal (item 16) waar een beoordeling moet worden gemaakt van de algemene mate van afhankelijkheid van de cliënt. Met dit item is een subjectief oordeel gegeven over de mate van zorgafhankelijkheid van de cliënt. De score op dit item kan worden beschouwd als een 'gouden standaard' of een 'definiërende

indicator' voor de mate van zorgafhankelijkheid van alle 15 items. Dit item heeft de volgende structuur (zie Figuur 4).

Figuur 4. CDS-samenvatting (item 16)

**CDS-Samenvatting**

16. SAMENVATTING: Ten slotte, geef aan welke omschrijving van zorgafhankelijkheid van toepassing is op de cliënt.

1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.

#### 4. Beschrijving van de onderzoeksgroepen waarin de CDS is gebruikt

##### Onderzoeksprojecten waarin de CDS psychometrisch is getest

De gegevens in deze handleiding zijn verzameld uit de onderzoeksprojecten die in Figuur 5 zijn geschetst. Omdat gegevens uit onderzoeksproject A in Nederland zijn verzameld van cliënten met de DSM-IV Classificatie 'Delirium, Dementia, and Amnestic and Other Cognitive Disorders' (American Psychiatric Association, 1994), zijn dezelfde selectiecriteria gebruikt voor dataverzameling in de Canadese, Italiaanse en Noorse onderzoeksprojecten. De reden voor het verschil in de samenstelling van de Finse, Spaanse en Britse onderzoeksprojecten komt voort uit de eigen specifieke structuren van de gezondheidszorgsystemen met betrekking tot de institutionele zorg voor oudere cliënten en cliënten met dementie. Voor zover beschikbaar worden de kenmerken van de steekproeven in Tabel 1 gegeven.

Figuur 5. Korte omschrijving van onderzoeksprojecten waarin de CDS is gebruikt en waarvan de gegevens in de handleiding worden gepresenteerd

- A. Dijkstra, Buist, Brown, Haven, Romoren, Zanotti, Dassen, Heuvel van den (2000a). Internationaal onderzoek naar psychometrische testen van de Care Dependency Scale met gegevens verzameld in:
  - 1. Canada: 116 verpleeghuis patienten;
  - 2. Italië: 80 niet-geïstitutionaliseerde patiënten met dementie;
  - 3. Nederland: 211 verpleeghuis patiënten uit het onderzoek van (Dijkstra, Sipsma & Dassen, 1998b) en 153 verpleeghuis patiënten uit een ander onderzoek van (Dijkstra, Buist & Dassen, 1996);
  - 4. Noorwegen: 176 verpleeghuis patiënten.
- B. Dijkstra, Coleman, Tomas, Välimäki, Dassen (2003). Internationaal onderzoek naar psychometrische testen van de Care Dependency Scale met gegevens verzameld in:
  - 1. Finland: 136 niet-geïstitutionaliseerde oudere patiënten;
  - 2. Spanje: 109 ziekenhuis patiënten met dementie;
  - 3. United Kingdom: 136 oudere ziekenhuis patiënten.
- C. Lohrmann (2003). Internationaal onderzoek naar psychometrische testen van de Care Dependency Scale met gegevens verzameld in:
  - 1. Duitsland: 359 verpleeghuis patienten

##### Gemiddelde en standaardafwijking van de CDS

In elk land is het samenvattende item (item 16: zie Figuur 4) toegevoegd aan de CDS.<sup>1</sup> Met dit item is een beoordeling gemaakt van de totale mate van afhankelijkheid van de cliënt door de respondent te vragen een subjectief oordeel te geven over de mate van zorgafhankelijkheid van de cliënt op basis van de score van de 15 voorgaande items.

Tabel 2 geeft een overzicht van de CDS-itemscore op elk van de vijf zorgafhankelijkheids-categorieën. Het sterke verschil in de verdeling van de Italiaanse gegevens is opmerkelijk in vergelijking met de rest van de landen. Dit verschil is ook terug te vinden in de gemiddelde score

<sup>1</sup> De Canadese data van item 16 was slechts beschikbaar van een beperkt aantal patiënten.

op dit item 16. Pearson correlatiecoëfficiënt toont tussen de vijf zorg-afhankelijkheidscategorieën en de CDS-score op item 16 een significant en sterk verband. Voor de Italiaanse gegevens is deze relatie echter minder sterk. Onderzoek in elk land toonde aan dat naarmate de zorgafhankelijkheid afneemt, de gemiddelde itemscore toeneemt.

Tabel 1 Respondent gegevens

Land	Canada	Finland	Duitsland	Italie	Nederland	Noorwegen	Spanje	UK	Totaal
Man %	37.1	33.8	35.9	38.8	22.3	25.6	45.9	31.6	32.8
Leeftijd									
Mean(SD)	81.4(8.9)	82.0(7.0)	64.2(29.0)	81.4(8.6)	82.2(7.2)	84.6(6.9)	80.7(8.7)	79.7(8.3)	77.1(18.3)
Range	46-96	67-99	1-102	43-98	50-97	60-105	35-66	45-100	1-105
Mean CDS somscore (en SD):									
Man	28.5(12.5)	39.5(15.1)	53.5(19.7)	29.7(12.9)	40.1(15.8)	31.5(11.7)	49.3(15.9)	31.3(9.3)	41.4(18.5)
Vrouw	36.4(13.8)	42.2(18.7)	43.8(19.3)	30.2(13.3)	37.5(18.1)	33.5(14.2)	40.4(17.5)	26.6(11.6)	37.5(17.6)
Totaal	33.5(13.8)	41.3(17.6)	47.3(20.0)	30.0(13.1)	38.1(17.6)	33.0(13.6)	44.5(17.3)	28.1(11.1)	38.8(18.0)
(N)	(116)	(133)	(359)	(80)	(211)	(176)	(109)	(136)	(1320)

Tabel 2 De mate van zorgafhankelijkheid op CDS-item, gemiddelde item score (enSD)

Land	Canada	Finland	Duitsland	Italie	Nederland	Noorwegen	Spanje	UK	Totaal
1. Volledig afhankelijk	19.1(4.4)	30.0(11.4)	26.2(9.7)	22.6(7.1)	20.7(6.7)	25.5(7.9)	19.1(3.9)	22.9(6.6)	24.6(8.9)
	(N=14)	(N=73)	(N=126)	(N=18)	(N=71)	(N=109)	(N=22)	(N=96)	(N=529)
2. In grote mate afhankelijk	39.0(11.9)	43.0(8.6)	41.9(10.1)	29.1(9.1)	32.6(8.1)	38.8(10.1)	(35.5(8.2)	36.5(6.5)	37.5(9.9)
	(N=9)	(N=21)	(N=61)	(N=14)	(N=54)	(N=42)	(N=19)	(N=30)	(N=250)
3. Gedeeltelijk afhankelijk	50.5(8.5)	52.2(9.0)	58.6(9.7)	29.3(14.1)	49.2(7.5)	51.3(5.9)	47.5(7.9)	49.4(4.2)	51.4(10.9)
	(N=4)	(N=13)	(N=66)	(N=10)	(N=49)	(N=14)	(N=33)	(N=7)	(N=196)
4. Beperkt afhankelijk	48.0(14.1)	66.3(5.1)	66.9(5.2)	32.8(15.1)	62.3(4.8)	60.8(6.4)	60.3(6.0)	59.0(5.7)	61.2(12.0)
	(N=2)	(N=20)	(N=66)	(N=16)	(N=25)	(N=10)	(N=23)	(N=2)	(N=164)
5. Vrijwel zelfstandig	-	68.0(8.0)	70.8(8.0)	34.8(15.1)	69.2(2.3)	63.0(0.0)	66.8(3.5)	63.0(0.0)	61.3(17.8)
	-	(N=6)	(N=40)	(N=22)	(N=12)	(N=1)	(N=12)	(N=1)	(N=94)
Mean(SD)	1.8(0.9)	2.0(1.3)	2.5(1.4)	3.1(1.5)	2.3(1.2)	1.6(0.9)	2.9(1.3)	1.4(0.7)	2.2(1.3)
Pearson correlation (p=0.01, 2-tailed)	0.79	0.82	0.87	0.34	0.92	0.80	0.92	0.81	0.79
One-way anova (α=0.05)	<0.001	<0.001	<0.001	n.s.	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
(N)	(29)	(133)	(359)	(80)	(211)	(176)	(109)	(136)	(1233)

## 5. Betrouwbaarheid en validiteit

### Interne consistentie

In Tabel 3 worden gegevens gepresenteerd omtrent de betrouwbaarheid van de CDS. In termen van interne consistentie zijn hoge Cronbachs alfa waarden gevonden, zodat in de klinische praktijk de CDS gebruikt mag worden voor zowel het vergelijken van groepen als individuen (Polit et al., 2004). De gemiddelde zeer hoge inter-item correlaties duiden mogelijk op een homogene populatie.

Tabel 3 Interne consistentie (Cronbach's alpha) en inter-item correlatie

Land	Canada	Finland	Duitsland	Italie	Nederland	Noorwegen	Spanje	UK	Totaal
Cronbach's alpha	0.95	0.96	0.97	0.95	0.97	0.95	0.97	0.94	0.97
Inter-item Correlatie	0.54	0.62	0.71	0.54	0.71	0.57	0.65	0.50	0.66
(N)	(116)	(133)	(359)	(80)	(211)	(176)	(109)	(136)	(1320)

Tabel 4 Inter-rater betrouwbaarheid (IRB) and test-retest betrouwbaarheid (TRB)

Land	Canada		Duitsland		Italie		Nederland		Noorwegen		Spanje		UK		Totaal	
	IRR	TRR	IRR	TRR	IRR	TRR	IRR	TRR	IRR	TRR	IRR	TRR	IRR	TRR	IRR	TRR
CDS-items																
Eten en drinken	.58	.65	.63	.49	.75	.70	.59	.66	.50	.66	.89	.97	.51	.45	.64	.66
Continente	.51	.74	.71	.84	.82	.67	.56	.65	.64	.69	.91	.96	.50	.62	.71	.76
Lichaams-houding	.40	.66	.52	.59	.75	.74	.48	.61	.46	.62	.82	.90	.36	.52	.54	.67
Mobiliteit	.63	.69	.66	.72	.83	.78	.58	.62	.56	.70	.85	.87	.53	.77	.66	.76
Dag en nachtritme	.27	.50	.50	.58	.76	.66	.39	.56	.35	.50	.78	.95	.31	.50	.51	.61
Aan- en uitkleden	.80	.69	.67	.69	.71	.49	.52	.72	.54	.65	.88	.93	.56	.76	.70	.72
Lichaams-temperatuur	.49	.60	.52	.51	.74	.72	.54	.60	.39	.55	.78	.93	.36	.56	.55	.65
Hygiëne	.44	.70	.64	.59	.70	.76	.59	.61	.49	.64	.79	.94	.43	.74	.64	.75
Vermijden van gevaar	.37	.60	.59	.66	.73	.65	.51	.61	.43	.56	.87	.96	.47	.53	.60	.67
Communicatie	.42	.60	.56	.65	.74	.63	.42	.55	.45	.47	.70	.88	.38	.48	.56	.61
Contact met anderen	.45	.57	.51	.64	.63	.67	.47	.55	.38	.53	.79	.90	.39	.46	.54	.63
Waarde en normbesef	.34	.60	.57	.72	.64	.69	.48	.70	.42	.61	.91	.98	.36	.61	.59	.71
Dagelijkse activiteiten	.35	.59	.61	.61	.64	.75	.50	.61	.46	.65	.88	.96	.45	.71	.63	.74
Recreatieve activiteiten	.33	.68	.66	.73	.78	.71	.42	.47	.33	.42	.86	.94	.32	.47	.67	.71
Leer- vermogen	.71	.64	.63	.66	.59	.61	.39	.58	.53	.66	.81	.96	.41	.64	.65	.72
(N)	(55)	(116)	(358)	(93)	(80)	(80)	(153)	(153)	(176)	(176)	(109)	(106)	(136)	(116)	(914)	(687)

### Inter-rater betrouwbaarheid en test-hertestbetrouwbaarheid

Aangezien de CDS een instrument is voor toepassing op individueel niveau in de klinische praktijk is ook de betrouwbaarheid onderzocht. Cohen's Kappa werd gebruikt om de inter-rater betrouwbaarheid te berekenen (twee respondenten beoordeelden onafhankelijk van elkaar de CDS voor dezelfde cliënt en op hetzelfde moment) en de test-hertest betrouwbaarheid (één van de respondenten vulde de CDS in voor dezelfde cliënt op twee tijdstippen met een tijdsinterval van twee weken) (Cohen, 1960). De verbale beschrijvingen voor verschillende uitkomsten van Kappa,

zoals beschreven door Landis en Koch (1977) zijn licht (<0,20), eerlijk (0,21-0,40), matig (0,41-0,60), substantieel (0,61-0,80), en bijna perfect (>0,80).

Voor deze analyse waren geen Finse gegevens beschikbaar en was slechts een beperkte hoeveelheid Canadese gegevens beschikbaar. De lagere N op de test-hertestbetrouwbaarheid kan worden verklaard omdat de enige data die werd gebruikt, was waar de gezondheid van de cliënt niet drastisch veranderde in de periode tussen de eerste en de tweede meting. Zoals Tabel 4 laat zien, lieten de meeste items een matige tot substantiële betrouwbaarheid zien.

### **Inhoudsvaliditeit**

De inhoudelijkvaliditeit vormt een essentieel onderdeel van de ontwikkeling van een beoordelingsschaal. De inhoudsvaliditeit van de CDS is vastgesteld door 44 experts in een Delphi onderzoek met als doel consensus te bereiken over belangrijke indicatoren van zorgafhankelijkheid (Dijkstra et al., 1996). Op basis van het oordeel van de panelleden bleken de 14 menselijke behoeften van Henderson nuttig voor het meten van zorgafhankelijkheid en dit leverde een basis op voor het uiteindelijke model van de beoordelingsschaal om de mate van zorgafhankelijkheid van de cliënt te bepalen. In het algemeen komen de opmerkingen van de panelleden overeen met de literatuur over Henderson's oorspronkelijke lijst van menselijke behoeften. Panelleden concludeerden dat de CDS-itemlijst en de itembeschrijvingen duidelijk, begrijpelijk en representatief zijn met betrekking tot de zorgafhankelijkheid van de cliënt. Op basis van de suggesties van het panellid werd een item 'normaal ademen' verwijderd, terwijl een ander item 'bewegen en de gewenste houding behouden' werd gesplitst en een nieuw item 'communicatie' aan de lijst werd toegevoegd. Verder zijn er enkele tekstuele aanpassingen gedaan ten aanzien van de itembeschrijving en de itemcriteria. Naast de indicatie die het Delphi-onderzoek geeft over de inhoudsvaliditeit, wordt deze verder ondersteund door de eerder genoemde hoge interne consistentie van de items.

### **Construct validiteit**

De procedure voor factoranalyse werd gebruikt om culturele overeenkomsten tussen de landen te identificeren met betrekking tot het onderliggende concept van de CDS: zorgafhankelijkheid. Factoranalyse is in wezen een methode voor het identificeren van clusters van gerelateerde items (Polit et al., 2004). Bij het extraheren van factoren werd de principale componentenmodel gebruikt om om inzicht te krijgen in de onderlinge samenhang van de vijftien CDS items. Factoranalyse (Tabel 5) resulteerde in een één-factor-oplossing, zowel voor elk land als voor alle datasets samen. De analyse wees wel op de mogelijkheid van een tweede factor bestaande uit het item: 'Mobiliteit'. Volgens het principe van discontinuïteit (Polit et al., 2004) geeft de sterke daling van het percentage verklaarde variantie tussen de eerste en tweede factor in de (sub)steekproeven echter aan dat het raadzaam is om alleen de eerste factor te extraheren. De hoge factorladingen voor de afzonderlijke landen bewijzen dat alle items werden beïnvloed door hetzelfde onderliggende zorgafhankelijkheidsconcept. Geconcludeerd kan worden dat de vijftien items een ééndimensionele structuur van zorgafhankelijkheid meten. Alle items laden positief en hoog op de eerste factor, terwijl de eigenwaarde van deze factor meer dan een tienvoud is van de tweede factor (Dijkstra et al., 2000a). De gevonden resultaten geven aanwijzingen dat de klinische versie van de CDS een construct valide instrument is.



Tabel 5 Factor ladingen, eigenwaarde, en % variantie van de CDS

Land	Canada		Finland		Duitsland		Italie		Nederland		Noorwegen		Spanje		UK		Totaal	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F2
CDS-items	.68	.18	.79	-.05	.82	.14	.81	.15	.84	.00	.64	-.04	.84	.31	.59	.33	.79	.09
Eten en drinken	.76	.36	.84	-.21	.87	.04	.78	.28	.83	.00	.80	-.31	.83	.08	.74	.16	.84	.17
Lichaams-houding	.73	.48	.80	-.36	.79	.44	.74	.53	.80	.00	.80	-.40	.82	.33	.62	.62	.77	.45
Mobiliteit	.58	.69	.73	-.54	.68	.64	.63	.66	.78	.00	.71	-.49	.77	.44	.58	.69	.64	.66
Dag en nachtritme	.61	-.20	.77	.18	.85	-.14	.70	.06	.79	.00	.76	.04	.63	.43	.68	-.08	.78	-.05
Aan- en uitkleden	.83	.17	.88	-.31	.89	.23	.78	.31	.92	.00	.86	-.18	.88	.10	.83	.10	.89	.18
Lichaams-temperatuur	.85	.02	.90	-.07	.89	-.08	.78	-.22	.93	.00	.87	-.03	.87	-.10	.83	-.05	.89	-.06
Hygiene	.83	.08	.88	-.17	.90	.14	.75	-.09	.94	.00	.80	.17	.89	-.03	.83	-.02	.90	.06
Vermijden van gevaar	.81	-.05	.88	.02	.92	-.14	.84	-.11	.91	.00	.85	.05	.83	.13	.82	-.04	.90	-.06
Communicatie	.78	-.28	.71	.42	.79	-.23	.74	-.32	.89	.00	.68	-.13	.77	-.40	.84	-.20	.75	-.31
Contact met anderen	.82	-.38	.74	.54	.88	-.30	.66	-.44	.86	.00	.80	-.03	.83	-.34	.67	-.25	.85	-.32
Waarde en normbeseef	.76	-.32	.77	.43	.88	-.26	.81	-.36	.89	.00	.79	.15	.80	-.08	.73	-.32	.85	-.27
Dagelijkse activiteiten	.78	-.07	.91	-.10	.91	-.02	.83	-.06	.73	.00	.76	.46	.89	-.16	.86	-.17	.83	.06
Recreatieve activiteiten	.69	-.27	.74	.06	.89	-.11	.77	-.08	.86	.00	.63	.54	.75	-.44	.65	-.24	.83	-.17
Leer- vermogen	.79	-.26	.81	.28	.89	-.18	.69	-.26	.86	.00	.82	.20	.89	-.17	.70	-.24	.86	-.24
Eigen-waarde	8.6	1.4	9.9	1.4	11.0	1.0	8.6	1.5	11.0	0.8	9.0	1.1	10.2	1.2	8.2	1.4	10.2	1.1
% variantie	57.5	9.5	66.1	9.2	73.6	6.7	57.1	9.9	73.3	5.5	60.1	7.6	67.7	7.7	54.3	9.1	68.3	7.1
(N)	(116)		(133)		(359)		(80)		(211)		(176)		(109)		(136)		(1320)	

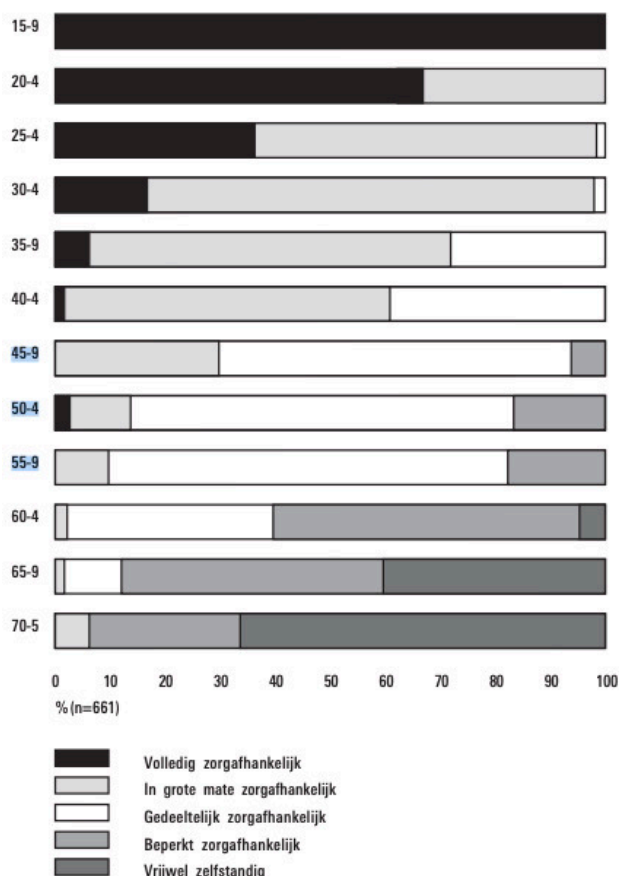
## 6. Bruikbaarheid

### Hanteerbaarheid

In het onderzoek naar de bruikbaarheid van de schaal is met name gekeken naar een aantal belangrijke aspecten van de hanteerbaarheid van het instrument.

Uit onderzoek (Dijkstra et al., 2000b) blijkt dat de invulinstructie door 87% van de onder-  
vraagden als helder is beoordeeld. De gemiddelde invultijd van de CDS bedraagt acht minuten. Te  
verwachten is dat, naarmate de ervaring bij de beoordelaars zal toenemen, een invultijd van vijf  
minuten haalbaar zal zijn. 95% van de beoordelaars herkent grotendeels de zorgvragen van de  
patiënt in de 15 CDS-items. Het merendeel van de beoordelaars (95%) heeft geen moeite om een  
keuze te maken uit de item-criteria, 5% van de beoordelaars twijfelt nogal eens bij het maken van  
een keuze.

Figuur 6. Percentuele verdeling verpleeghuispatiënten naar de CDS schaalscore en beoordeeld op  
item 16 (gouden standaard)



## Normering

Daar bij de ontwikkeling van de CDS geen valide onderbouwde norm gehanteerd kon worden om patiënten op basis van (relevante veranderingen in) de CDS schaalscore in te delen naar de mate van zorgafhankelijkheid, is aan de drie versies van het instrument een zestiende item toegevoegd. Hiermee wordt een subjectieve beoordeling gevraagd van de mate waarin de patiënt zorgafhankelijk is. Op een vijf-punts-Likertschaal wordt een oordeel gevraagd over de zorgafhankelijkheid uiteenlopend van '1' voor volledig zorgafhankelijk tot '5' voor vrijwel zelfstandig. De score op dit item kan als 'gouden standaard' van de mate van zorgafhankelijkheid op alle vijftien items beschouwd worden.

In Figuur 6 wordt van twee verpleeghuispopulaties (N=611), gemeten met de CDS-proxy versie en de CDS-onderzoeksversie, een overzicht gegeven van de percentuele verdeling van de CDS somscores in relatie tot de scores op item 16. Figuur 7 laat een voorlopige normering zien om met behulp van de CDS somscore patiënten in te delen naar de mate van zorgafhankelijkheid:

Figuur 7. Voorlopige normering CDS somscore

CDS somscore < 25: cliënt is volledig zorgafhankelijk
CDS somscore 25 - 44: cliënt is in grote mate zorgafhankelijk
CDS somscore 45 - 59: cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk
CDS somscore 60 - 69: cliënt is beperkt zorgafhankelijk
CDS somscore >69: cliënt is vrijwel zelfstandig

## 7. Conclusie

Als we de resultaten samen nemen, blijkt uit de analyse van verschillende studies duidelijk dat de CDS betrouwbaar is gebleken in termen van interne consistentie, gelijkwaardigheid en stabiliteit. Bovendien waren de psychometrische eigenschappen met betrekking tot de construct-validiteit aanvaardbaar en vertoonden ze sterke overeenkomsten tussen de landen. De bovengenoemde criteria toonden aan dat de CDS nuttig zou kunnen zijn bij het meten van de zorgafhankelijkheid in elk land en in de beschreven landen, zowel op groeps- als op individueel niveau. Bovendien kan de CDS-somscore veilig worden gebruikt als een algemene indicator van zorgafhankelijkheid. Daarnaast hebben de CDS-items bewezen gerelateerd te zijn aan wat Henderson (1966) fundamentele menselijke behoeften noemt die in elke cliënt-verpleegkundige relatie voorkomen, onafhankelijk van de culturele achtergrond. Hoewel er verder onderzoek wordt gedaan, zijn er aanwijzingen dat de CDS in het onderzoek kan worden gebruikt voor internationale vergelijkingen en kan bijdragen aan de ontwikkeling van internationale normen voor de beoordeling van de behoeften van cliënten. Wat betreft de toepassing van de CDS in de klinische praktijk, kan de CDS in de eerste fase van het zorgproces worden gebruikt als een instrument voor het vinden van gevallen en voor de beoordeling van de behoeften.

## Referenties

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Authors.

Challis D., Carpenter I. & Traske K. (1996). *Assessment in continuing care homes: Towards a national standard instrument*. Canterbury: PSSRU.

Cohen J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.

Dijkstra A. (1998). *Care Dependency, an assessment instrument for use in long-term care facilities*. Academisch proefschrift. Groningen: De Regenboog.

Dijkstra A., Buist G., & Dassen Th.W.N. (1996). Nursing-Care Dependency: Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 10, 137-143.

Dijkstra A., Buist G., & Dassen Th.W.N. (1998a). Operationalization of the concept of 'Nursing-Care Dependency' for use in long-term care facilities. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 7, 142-151.

Dijkstra A., Sipsma D.H., & Dassen Th.W.N. (1998b). Care Dependency and survival among female patients with Alzheimer's disease: a two-year follow-up. *Croatian Medical Journal*, 39(3), 269-274.

Dijkstra A., Buist G., Brown L., Haven B., Romoren T., Zanotti R., Dassen Th.W.N., & Heuvel van den W. (2000a). An international psychometric testing of the Nursing-Care Dependency (NCD) scale. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 944-952.

Dijkstra A., Buist G., Dassen Th.W.N., & Moorer P. (2000b). A reliability and utility study of the Care Dependency Scale. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14, 155-161.

Dijkstra A., Coleman M., Tomas C., Välimäki M., & Dassen Th.W.N. (2003). Further psychometric testing of the Care Dependency Scale with data gathered in three countries. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 181-187.

Dijkstra A., Tiesinga L.J., Plantinga L., Veltman G., & Dassen Th.W.N. (2005). Diagnostic accuracy of the Care Dependency Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 410-416.

Fitzpatrick J.J. & Whall A.L. (1989). *Conceptual models of nursing: analysis and application*. Norwalk: Appleton & Lange.

Henderson V. (1966). *The Nature of Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research and Education*. New York: MacMillan Press.

Henderson V. (1978). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 3, 113-130.

Henderson V. (1985). The essence of nursing in high technology. *Nursing Administration Quarterly*, 9, 1-9.

Heuvel van den W.J.A. (1976). The meaning of dependency. In: J.M.A. Munnichs & W.J.A. van den Heuvel (eds). *Dependency or interdependency in old age* (pp. 162-173). The Hague: Martinus Nijhoff.

Landis J.R. & Koch G.G. (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.

Lohrmann C. (2003). *Die Pflegeabhängigkeitskala: ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken. Ein methodologische Studie*. Academic thesis. Pro Business, Berlin.

Polit D.F., Beck C.T., & Hungler B.P. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. 7th edn. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Waltz C.F., Strickland O.L., & Lenz E.R. (1991). *Measurement in Nursing Research*. 2nd edn. Philadelphia: F.A. Davis.

## **Toestemming om de CDS te gebruiken**

Deze handleiding is door verschillende Care2Share-leden gezamenlijk gepubliceerd. De CDS kan onder de volgende voorwaarden worden gebruikt.

### **Voor academisch onderzoek**

Gebruik is alleen toegestaan na schriftelijke toestemming van de Care2Share-contactpersoon voor de taalspecifieke versie van de CDS welke zal worden gebruikt in het onderzoek. Voor informatie: [ate.dijkstra@icloud.com](mailto:ate.dijkstra@icloud.com).

De bron moet expliciet worden vermeld (bijvoorbeeld deze handleiding).

Wanneer werk met behulp van de CDS wordt gepubliceerd, wordt het op prijs gesteld dat een exemplaar van de publicatie naar Ate Dijkstra PhD MEd RN wordt gestuurd:

[ate.dijkstra@icloud.com](mailto:ate.dijkstra@icloud.com).

Het wordt gewaardeerd dat de met de CDS verzamelde gegevens beschikbaar worden gesteld voor verdere validatie: scores op de individuele items van de CDS, indien mogelijk voor verschillende leeftijds-, geslachts- en diagnosegroepen van cliënten, gescoord door cliënten, verpleegkundigen of andere zorgverleners. Deze kunnen beschikbaar worden gesteld via email, gecodeerd zoals beschreven in dit handboek.

### **Voor gebruik in de klinische zorg**

Gebruik is alleen toegestaan na schriftelijke toestemming van de Care2Share-contactpersoon voor de taalspecifieke versie van de CDS, welke zal worden gebruikt. Voor informatie:

[ate.dijkstra@icloud.com](mailto:ate.dijkstra@icloud.com).

### **Voor gebruik in commercieel onderzoek**

Gebruik is alleen toegestaan na schriftelijke toestemming van de Care2Share-contactpersoon voor de taalspecifieke versie van de CDS, welke zal worden gebruikt. Voor informatie:

[ate.dijkstra@icloud.com](mailto:ate.dijkstra@icloud.com).

Commerciële bedrijven worden gevraagd bij te dragen aan de lopende werkzaamheden van de Stichting Care2Share door financiële steun te geven bij het gebruik van de CDS. In dergelijke gevallen kunt u contact opnemen met Ate Dijkstra PhD MEd RN: [ate.dijkstra@icloud.com](mailto:ate.dijkstra@icloud.com).

## **Bijlage A. De beschikbare versies van de CDS**

De Care Dependency Scale is beschikbaar in de volgende talen:

Arabisch (Egyptisch dialect)

Bulgaars

Engels (UK en USA)

Frans

Fries

Duits

Indonesisch

Italiaans

Japans

Koreaans

Nederlands

Noors

Pools

Portugees

Sloveens

Spaans

Turks

Zweeds

De beschikbare Nederlandse versies voor beoordeling van zorgafhankelijkheid staan in Bijlage B, C en D.



## **Bijlage B. Nederlandse CDS-Proxy-beoordelingsversie Zorgafhankelijkheid**

*Instructie bij de vragenlijst naar zelfstandigheid en afhankelijkheid van anderen.*

Beoordeel de cliënt, die aan uw zorg is toevertrouwd, op elk van de 15 kenmerken van de Care Dependency Scale. Geef aan welke beschrijving het beste van toepassing is. Ga uit van de mogelijkheden die de cliënt bezit en niet zozeer welke handelingen de verzorgende of verplegende overneemt.

1. ETEN EN DRINKEN: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig te voldoen aan de behoefte aan eten en drinken.
  2. Cliënt is niet in staat eten en drinken zelfstandig tot zich te nemen.
  3. Cliënt is niet zelfstandig in staat tot het opscheppen en klaarmaken van eten en drinken; is in staat zelfstandig eten en drinken naar de mond te brengen.
  4. Cliënt is met toezicht in staat tot het zelfstandig opscheppen, klaarmaken en naar de mond brengen van eten en drinken; kan hoeveelheid moeilijk bepalen.
  5. Cliënt is in staat met beperkt toezicht zelfstandig te eten en te drinken.
  6. Cliënt is in staat zelfstandig te voldoen aan de bereiding en de behoefte aan eten en drinken.
2. INCONTINENTIE: De mate waarin de Cliënt het vermogen heeft de uitscheiding van urine en faeces willekeurig te beheersen.
  1. Cliënt is niet zelfstandig in staat de uitscheiding van urine en/of faeces op te houden; is volledig incontinent.
  2. Cliënt is niet zelfstandig in staat de uitscheiding van urine en/of faeces te regelen; zonder hulp en/of hulpmiddelen is spontane uitscheiding niet mogelijk.
  3. Cliënt is in staat, mits volgens vaste patronen gestuurd, vrijwel continent te zijn.
  4. Cliënt is in staat de uitscheiding vrijwel zelfstandig te regelen, doet dit soms op plaatsen die daar niet voor bestemd zijn.
  5. Cliënt is in staat de uitscheiding zelfstandig te regelen.
3. LICHAAMSHOUDING: De mate waarin de Cliënt in staat is bij een bepaalde activiteit een juiste houding aan te nemen.
  1. Cliënt is niet in staat zelfstandig van lichaamshouding te veranderen.
  2. Cliënt is beperkt in staat zelfstandig een gewenste lichaamshouding aan te nemen bij activiteiten.
  3. Cliënt is in staat een juiste lichaamshouding aan te nemen bij activiteiten, maar past dit onvoldoende zelfstandig toe.
  4. Cliënt heeft weinig beperkingen in het zelfstandig aannemen van de juiste lichaamshouding.
  5. Cliënt heeft geen beperkingen in het zelfstandig aannemen van de juiste lichaamshouding.
4. MOBILITEIT: De mate waarin de Cliënt fysiek in staat is zich zelfstandig voort te bewegen.
  1. Cliënt is immobiel en niet in staat tot het zelfstandig gebruik van hulpmiddelen.
  2. Cliënt is beperkt in staat zich zelfstandig voort te bewegen; maakt veelal gebruik van hulpmiddelen.

3. Cliënt is redelijk mobiel, eventueel met gebruik van hulpmiddelen.
4. Cliënt is in staat zich vrijwel zelfstandig voort te bewegen.
5. Cliënt is volledig in staat zich zelfstandig voort te bewegen.
5. DAG-NACHTRITME: De aard van het slaap-waakpatroon (bio-ritme) van de Cliënt.
  1. Cliënt is niet gevoelig voor het dag- en nachtritme.
  2. Cliënt is beperkt gevoelig voor het dag- en nachtritme.
  3. Cliënt is gevoelig voor het dag- en nachtritme, heeft veel begeleiding nodig.
  4. Cliënt is gevoelig voor het dag- en nachtritme, heeft weinig begeleiding nodig.
  5. Cliënt heeft een normaal dag- en nachtritme, zorgt zelfstandig voor voldoende rust.
6. AAN- EN UITKLEDEN: De mate waarin de Cliënt beschikt over vaardigheden om zich zelfstandig aan- en uit te kleden.
  1. Cliënt is niet in staat zich zelfstandig aan- en uit te kleden.
  2. Cliënt is beperkt in staat zich zelfstandig aan- en uit te kleden, is niet in staat de logische volgorde van handelingen uit te voeren.
  3. Cliënt is deels in staat zich zelfstandig aan- en uit te kleden, heeft toezicht en begeleiding nodig.
  4. Cliënt is in staat zich vrijwel zelfstandig aan- en uit te kleden, heeft begeleiding nodig bij fijn-motorische vaardigheden.
  5. Cliënt is in staat zich zelfstandig aan- en uit te kleden, beschikt over fijn-motorische vaardigheden.
7. LICHAAMSTEMPERATUUR: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig de lichaamstemperatuur te beschermen tegen externe invloeden.
  1. Cliënt is niet in staat zelfstandig gevoelens van koude en warmte aan te geven.
  2. Cliënt is beperkt in staat zelfstandig gevoelens van koude en warmte aan te geven; is niet in staat zelfstandig gepaste maatregelen daartegen te nemen.
  3. Cliënt is in staat zelfstandig gevoelens van koude en warmte aan te geven; is beperkt in staat zelfstandig gepaste maatregelen daartegen te nemen.
  4. Cliënt is in staat zelfstandig gevoelens van koude en warmte aan te geven; is in hoge mate in staat zelfstandig gepaste maatregelen daartegen te nemen.
  5. Cliënt is in staat volledig zelfstandig de lichaamstemperatuur tegen externe invloeden te beschermen.
8. HYGIENE: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig zorg te dragen voor zijn of haar lichaamsverzorging.
  1. Cliënt is niet in staat zelfstandig een bijdrage te leveren aan de lichaamsverzorging, zoals wassen, tandenpoetsen, haren kammen, etc.
  2. Cliënt is beperkt in staat zelfstandig een bijdrage te leveren aan de lichaamsverzorging; doet dit niet uit zichzelf.
  3. Cliënt is in staat zelfstandig een aantal handelingen rondom de lichaamsverzorging uit te voeren; toezicht en begeleiding is nodig.
  4. Cliënt is in staat zelfstandig de meeste handelingen rondom de lichaamsverzorging uit te voeren; enig toezicht en begeleiding is nodig.
  5. Cliënt is in staat volledig zelfstandig zorg te dragen voor de eigen lichaamsverzorging.
9. VERMIJDEN VAN GEVAAR: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig voor zijn of haar eigen veiligheid te zorgen.

1. Cliënt is niet in staat zelfstandig gevaar te onderkennen en te vermijden.
  2. Cliënt is beperkt in staat zelfstandig gevaren in de omgeving te onderkennen en te vermijden, dan wel zich te beschermen tegen eigen of andermans agressie.
  3. Cliënt is in staat deels zelfstandig een aantal risicovolle situaties in de omgeving te onderkennen en te vermijden; heeft hulp nodig om zich te beschermen tegen agressie van anderen.
  4. Cliënt is in staat vrijwel zelfstandig gevaar in de omgeving te onderkennen en te vermijden, dan wel zich te beschermen tegen agressie van anderen.
  5. Cliënt is in staat zelfstandig zorg te dragen voor de eigen veiligheid.
10. COMMUNICATIE: De mate waarin de Cliënt in staat is te communiceren.
1. Cliënt is niet in staat zich door middel van woorden te uiten; door lichaamstaal kan de Cliënt zijn belevingen aan bekenden uiten.
  2. Cliënt is beperkt in staat zich door woord en/of gebaar te uiten; maakt gebruik van klanken om zijn beleving te uiten; begrijpt door intonaties de boodschap die anderen willen overbrengen.
  3. Cliënt is in staat middels woordjes en/of specifieke gebaren eigen bedoelingen te uiten; begrijpt korte eenvoudige woorden van anderen.
  4. Cliënt is in staat zich door woord- en zingebruik en/of gebaren te uiten; begrijpt eenvoudige taal en/of gebaren van anderen.
  5. Cliënt is in staat zich door taal en/of gebaar te uiten; is in staat belevingen met anderen te delen.
11. CONTACT MET ANDEREN: De mate waarin de Cliënt in staat is tot het aangaan, onderhouden en afbreken van sociaal contact.
1. Cliënt is niet in staat zelfstandig contacten met anderen te leggen; reageert positief op prettige belevingen en/of negatief op onprettige belevingen.
  2. Cliënt is beperkt in staat zelfstandig contacten met anderen te leggen; reageert op voor de Cliënt belangrijke personen.
  3. Cliënt is in staat tot het zelfstandig onderhouden van een beperkt aantal contacten met voor de Cliënt belangrijke personen.
  4. Cliënt is vrijwel zelfstandig in het aangaan, onderhouden en afbreken van contacten; weet enigszins inhoud te geven aan deze contacten.
  5. Cliënt is zelfstandig in het aangaan, onderhouden en afbreken van contacten; weet inhoud te geven aan deze contacten.
12. WAARDE- EN NORMBESEF: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig leefregels te hanteren.
1. Cliënt is niet in staat zelfstandig leefregels herkenbaar te gebruiken.
  2. Cliënt is in staat een beperkt aantal leefregels binnen de woongroep te hanteren.
  3. Cliënt is in staat zich te houden aan gestelde leefregels binnen de woongroep; een privacy besef is niet aanwezig.
  4. Cliënt is zich bewust van de geldende leefregels, zowel binnen als buiten de woongroep; gedraagt er zich niet altijd naar; een privacy besef is beperkt aanwezig.
  5. Cliënt is zich bewust van de geldende leefregels, zowel binnen als buiten de woongroep; gedraagt er zich naar; verwoordt de eigen behoefte aan privacy.

13. DAGELIJKSE ACTIVITEITEN: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig invulling te geven aan de dagelijkse bezigheden binnen de woongroep.
1. Cliënt is niet in staat zelfstandig een bijdrage te leveren aan het leefklimaat binnen de woongroep.
  2. Cliënt is onder begeleiding in staat zelfstandig een aantal eenvoudige activiteiten uit te voeren.
  3. Cliënt is in staat een aantal bezigheden zelfstandig binnen de woongroep uit te voeren; pakt deze alleen op indien de Cliënt daartoe gestimuleerd wordt.
  4. Cliënt is in staat gedurende een bepaalde tijd zich zelfstandig te concentreren op de dagelijkse bezigheden binnen de woongroep; ontleent eigenwaarde aan deze activiteiten.
  5. Cliënt is in staat zelfstandig op gestructureerde wijze inhoud te geven aan de dagelijkse bezigheden binnen de woongroep; ontleent eigenwaarde aan het resultaat van zijn bijdrage daaraan.
14. RECREATIEVE ACTIVITEITEN: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig deel te nemen aan ontspannende activiteiten buiten de woongroep.
1. Cliënt is niet in staat zelfstandig invulling te geven aan zijn ontspanning buiten de woongroep; kan passief genieten van zaken die in de omgeving plaatsvinden.
  2. Cliënt is beperkt in staat zelfstandig deel te nemen aan of aanwezig te zijn bij ontspannende activiteiten buiten de woongroep; geniet veelal van de dingen die er plaatsvinden.
  3. Cliënt is onder begeleiding in staat zelfstandig deel te nemen aan recreatieve bezigheden buiten de woongroep; pakt deze activiteiten echter niet zelfstandig op.
  4. Cliënt is in staat vrijwel zelfstandig invulling te geven aan de eigen vrije tijdsbesteding buiten de woongroep; is daarbij afhankelijk van begeleiding.
  5. Cliënt is in staat zelfstandig invulling te geven aan de eigen vrijetijdsbesteding buiten de woongroep.
15. LEERVERMOGEN: De mate waarin de Cliënt in staat is om zelfstandig kennis en/of vaardigheden aan te leren dan wel het geleerde in stand te houden.
1. Cliënt is niet in staat bestaande vaardigheden te onderhouden.
  2. Cliënt is door veelvuldig herhalen in staat bestaande vaardigheden te onderhouden.
  3. Cliënt is door herhalen in staat nieuwe eenvoudige vaardigheden aan te leren; aangeleerde vaardigheden dienen onderhouden te worden.
  4. Cliënt is in staat nieuwe eenvoudige vaardigheden aan te leren; er treedt nauwelijks verlies van bestaande vaardigheden op.
  5. Cliënt is in staat nieuwe complexe vaardigheden aan te leren; kent geen verlies van bestaande vaardigheden.
16. SAMENVATTING: Ten slotte, geef aan welke omschrijving van zorgafhankelijkheid van toepassing is op de Cliënt.
1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.

## **Bijlage C. Nederlandse CDS-Zelfbeoordelingsversie Zorgafhankelijkheid**

*Instructie bij de vragenlijst naar de beoordeling van de eigen zelfstandigheid en afhankelijkheid.*

In deze vragenlijst worden 16 vragen gesteld over beperkingen die u ervaart waardoor u afhankelijk bent van anderen. De beperkingen kunnen voortkomen uit ziekte of het ouder worden. De hulp van anderen biedt vaak oplossingen voor deze beperkingen. Met anderen wordt bedoeld: partner, kinderen, familieleden, burens, thuiszorg, etc. Bij de beantwoording van de vragenlijst gaat het erom wat u nog zelfstandig kunt doen of waarbij u afhankelijk bent van hulp van anderen.

1. ETEN EN DRINKEN: Bent u in staat ervoor te zorgen dat u dagelijks voldoende eten en drinken krijgt?
  2. Anderen moeten mij helpen bij het eten en drinken, zonder hun hulp krijg ik niets binnen.
  3. Als anderen voor mij het eten en drinken klaarmaken en aanreiken red ik mij zelf verder.
  4. Voor de broodmaaltijd en het drinken zorg ik zelf, het warm eten moet door anderen klaargemaakt en aangereikt worden.
  5. Ik zorg er zelf voor dat ik voldoende te eten en drinken krijg. Het kost mij echter wel veel moeite, de warme maaltijd voorziening is voor mij een uitkomst.
  6. Ik bereid mijn eigen eten en zorg voor voldoende drinken.
2. CONTINENTIE: Bent u in staat uw toiletgang (uitscheiding urine en ontlasting) volgens een voor u gebruikelijk patroon te regelen?
  1. De natuurlijke toiletgang is verstoord, ik ben hierbij aangewezen op de hulp van anderen.
  2. Regelmatig heb ik ongelukjes bij de toiletgang, ik ben dan aangewezen op de hulp van anderen.
  3. Het uitscheidingspatroon is veranderd maar door het gebruik van hulpmiddelen en enige ondersteuning van anderen kan ik mij nog goed redden.
  4. Door regelmatig toiletbezoek kan ik mijn uitscheiding zelfstandig regelen.
  5. Ik ken geen problemen met de toiletgang.
3. LICHAAMSHOUDING: In hoeverre spelen lichamelijke beperkingen een rol in uw dagelijks leven?
  1. Mijn lichaam beperkt mij zodanig dat ik heb hulp nodig heb bij het in en uit de stoel komen.
  2. Door lichamelijke beperkingen moet ik zeer veel rust nemen.
  3. Ik voel mij beperkt door mijn lichaam, maar eenvoudige werkzaamheden doe ik nog zelf.
  4. Met de dagelijkse bezigheden in huis red ik mij nog goed, voor een aantal werkzaamheden word ik door mijn lichaam duidelijk beperkt.
  5. Ik word vrijwel niet beperkt in het uitvoeren van noodzakelijke activiteiten.
4. MOBILITEIT: Welke mogelijkheid heeft u om te gaan en te staan waar u wilt?
  1. Ik heb zowel een hulpmiddel als een ander nodig om mij in huis te verplaatsen.
  2. Ik kan met gebruik van een hulpmiddel mij in huis verplaatsen, voor buiten ben ik afhankelijk van een ander.
  3. Ik kan mij in huis zelfstandig verplaatsen, voor buiten heb ik een hulpmiddel of een ander nodig.

4. Ik kan mij in huis zelfstandig verplaatsen, soms geeft een hulpmiddel mij voor buiten de nodige zekerheid.
5. Ik kan zonder hulpmiddel gaan en staan waar ik wil.
5. DAG- EN NACHTRITME: In hoeverre verloopt uw dag- en nachtritme volgens een voor u gebruikelijk patroon?
  1. Ik lig 's nachts veel wakker en val door de dag heen veel in slaap.
  2. Ik merk dat ik regelmatig in slaap val op momenten dat het niet gebruikelijk is.
  3. Ik ervaar dat mijn behoefte aan slaap en rust veranderd is, ik voel mij hierdoor erg moe.
  4. Ik ervaar dat mijn behoefte aan slaap en rust veranderd is, ik kan redelijk goed met de veranderde behoefte omgaan.
  5. Ik ervaar geen problemen met mijn dag- en nachtritme.
6. AAN- EN UITKLEDEN: Bent u in staat uzelf aan en uit te kleden?
  1. Zonder hulp van anderen kan ik mij niet aan- en uitkleden.
  2. Met ondersteuning van anderen kan ik mij zelf aan- en uitkleden.
  3. Afhankelijk van mijn fitheid (hoe ik mij voel die dag) heb ik geen hulp van anderen nodig om mij aan en uit te kleden, een aangepaste kledingkeus maakt het aan en uitkleden makkelijker.
  4. Ik kleed mijzelf altijd aan en uit, bepaalde kledingstukken kosten mij meer moeite en tijd.
  5. Ik ervaar geen problemen met het aan- en uitkleden.
7. TEMPERATUURWISSELINGEN: Bent u in staat om uw gevoel van behaaglijkheid (gevoel van warmte of koelte) naar eigen wens te regelen?
  1. Anderen beschermen mij tegen temperatuurwisselingen (tocht, zon, etc.).
  2. Ik heb anderen nodig om maatregelen te nemen als ik mij niet behaaglijk voel.
  3. Deels ben ik afhankelijk van anderen om mijn gevoel van behaaglijkheid naar eigen wens te regelen.
  4. Mijn behoefte aan behaaglijkheid kan ik vrijwel naar eigen wens regelen.
  5. Mijn behoefte aan behaaglijkheid kan ik naar eigen wens regelen.
8. HYGIËNE: Bent u in staat om zelf te zorgen voor uw lichaamsverzorging?
  1. Zonder hulp van anderen word ik niet gewassen, gedouched of gebaad.
  2. Zonder hulp van anderen kan ik niet onder de douche of in bad, maar met ondersteuning was ik mijzelf.
  3. Alleen bij het douchen of baden heb ik ondersteuning nodig van anderen, de dagelijkse lichaamsverzorging doe ik zelf.
  4. Met de juiste aanpassingen in de woning ben ik in staat zelf mijn lichaam te verzorgen.
  5. Ik heb geen problemen bij mijn dagelijkse lichaamsverzorging.
9. VEILIGHEID: Bent u in staat zorg te dragen voor uw eigen veiligheid in huis?
  1. Ik word zelden of nooit alleen thuis gelaten.
  2. Als ik alleen thuis ben voel ik mij onveilig en vertrouw ik volledig op mijn persoonlijk waarschuwingssysteem.
  3. Goede afspraken met mijn directe omgeving vergroten mijn gevoel van veiligheid in huis.
  4. Over het algemeen voel ik mij veilig in huis, maar ik vind het prettig als iemand in mijn buurt is.
  5. In mijn eigen huis voel ik mij veilig en vertrouwd.

10.COMMUNICATE: Bent u in staat om de gebruikelijke (telefoon, krant, radio en tv) en de moderne informatiemiddelen (pin-automaat, kaartautomaat) te hanteren?

1. Ik ben voor het verkrijgen van informatie direct afhankelijk van anderen uit mijn omgeving.
2. Ondanks specifieke aanpassingen (zoals o.a.: loupe, gehoorapparaat, groot letterboek, etc.) kost het mij veel moeite om informatiemiddelen te gebruiken, dan wel met mijn omgeving te communiceren.
3. Met specifieke aanpassingen (zoals o.a.: loupe, gehoorapparaat, groot letterboek, etc.) kan ik nog goed gebruik maken van gebruikelijke informatiemiddelen.
4. Gebruikelijke informatiemiddelen kosten mij geen extra moeite, het gebruik van moderne informatiemiddelen echter wel.
5. Zonder problemen maak ik gebruik van zowel gebruikelijke als moderne informatiemiddelen.

11.CONTACT MET ANDEREN: Bent u in staat bestaande sociale contacten te onderhouden en nieuwe aan te gaan?

1. Ik heb zelf weinig mogelijkheden om het contact met anderen te onderhouden, ik voel mij daardoor vaak eenzaam.
2. Ik heb zelf weinig mogelijkheden om contacten te onderhouden, anderen zorgen ervoor dat ik mij niet eenzaam voel.
3. Persoonlijke omstandigheden beperken mij in het bezoeken van anderen, bestaande contacten worden onderhouden doordat zij mij komen bezoeken.
4. Ik neem initiatief om bestaande contacten te onderhouden, ik ervaar belemmeringen in het aangaan van nieuwe contacten.
5. Ik neem regelmatig initiatieven om het contact met anderen te onderhouden, als wel nieuwe aan te gaan.

12.AUTONOMIE: Bent u in staat op te komen voor uw persoonlijke belangen (wat u belangrijk vindt) of eigen behoeften (wat u nodig hebt)?

1. Een ander moet mijn belangen en behoeften duidelijk maken.
2. Ik heb iemand nodig om samen mijn belangen en behoeften te behartigen.
3. Het overkomt mij regelmatig dat ik onvoldoende in staat ben mijn belangen en behoeften aan anderen duidelijk te maken.
4. Het kost mij meer moeite als gebruikelijk om mijn belangen en behoeften duidelijk te maken.
5. Ik verwoord mijn persoonlijke belangen en behoeften zodanig, dat anderen er rekening mee houden.

13.HUISHOUDELIJKE ACTIVITEITEN: Bent u in staat om huishoudelijke activiteiten uit te voeren?

1. Ik ben niet in staat een bijdrage te leveren aan de noodzakelijke huishoudelijke activiteiten.
2. Kleine activiteiten, zoals zorgen voor koffie en thee en de broodmaaltijd voorbereiden, doe ik zelf, de overige activiteiten kan ik niet zelf.
3. De meeste kleine huishoudelijke activiteiten doe ik zelf, de grotere zaken, zoals stofzuigen en bed verschonen, kan ik niet zelf.
4. Vrijwel alle huishoudelijke activiteiten doe ik zelf, de grotere activiteiten kosten me meer

moeite en ik heb daar hulp van anderen bij nodig.

5. Ik ben in staat de meeste huishoudelijke activiteiten zelfstandig uit te voeren.

14.ONTSPANNING: Bent u in staat zelf vorm geven aan uw ontspanning?

1. Ik ben zeer beperkt in het uitoefenen van een hobby of deel te nemen aan ontspannende activiteiten.
2. Ik heb wel interesse om een hobby uit te voeren maar kom er moeilijk toe, samen met anderen bezig zijn stimuleert mij om iets te doen.
3. Binnenshuis heb ik voldoende mogelijkheden om mij bezig te houden, voor activiteiten buitenshuis ben ik afhankelijk dat anderen met mij meegaan.
4. Ik ben vrij veel bezig met mijn hobby of zoek ontspanning, voor activiteiten buitenshuis heb ik vaak de stimulans van anderen nodig.
5. Ik ben niet beperkt om zelf invulling te geven aan mijn vrijetijdsbesteding, ik ga er regelmatig op uit.

15.LEERVERMOGEN: Bent u in staat om kennis en vaardigheden toe te passen?

1. Ik heb moeite met onthouden, ik vind het lastig om dingen die ik vroeger deed nu nog te doen.
2. Ik maak gebruik van een agenda, briefjes of gebruiksaanwijzingen om zaken te herinneren die ik wil onthouden of de bediening van apparatuur.
3. Ik vind nieuwe ontwikkelingen vaak heel ingewikkeld, ik laat dit dan ook over aan anderen.
4. Ik ben op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen, maar vind deze vaak moeilijk om toe te passen.
5. Ik ben op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen, neem er kennis van en kan ze toepassen in mijn dagelijks leven.

16.ONAFHANKELIJKHEID: Tot slot een vraag over de mate waarin u zich afhankelijk of onafhankelijk van anderen voelt?

1. Ik ben volledig afhankelijk van anderen.
2. Ik ben in grote mate afhankelijk van anderen.
3. Ik ben gedeeltelijk afhankelijk van anderen.
4. Ik ben over het algemeen vrijwel zelfstandig.
5. Ik ben zelfstandig.



## **Bijlage D. Nederlandse CDS-Onderzoeksversie Zorgafhankelijkheid**

*Instructie bij de vragenlijst naar zelfstandigheid en afhankelijkheid van anderen.*

Beoordeel de cliënt, die aan uw zorg is toevertrouwd, op elk van de 15 kenmerken van de Care Dependency Scale. Geef aan welke beschrijving het beste van toepassing is. Ga uit van de mogelijkheden die de cliënt bezit en niet zozeer welke handelingen de verzorgende of verplegende overneemt.

1. ETEN EN DRINKEN: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig te voldoen aan de behoefte aan eten en drinken.
  2. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  6. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
2. INCONTINENTIE: De mate waarin de Cliënt het vermogen heeft de uitscheiding van urine en faeces willekeurig te beheersen.
  1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
3. LICHAAMSHOUDING: De mate waarin de Cliënt in staat is bij een bepaalde activiteit een juiste houding aan te nemen.
  1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
4. MOBILITEIT: De mate waarin de Cliënt fysiek in staat is zich zelfstandig voort te bewegen.
  1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
5. DAG-NACHTRITME: De aard van het slaap-waakpatroon (bio-ritme) van de Cliënt.
  1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
6. AAN- EN UITKLEDEN: De mate waarin de Cliënt beschikt over vaardigheden om zich zelfstandig aan- en uit te kleden.

1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
7. LICHAAMSTEMPERATUUR: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig de lichaamstemperatuur te beschermen tegen externe invloeden.
1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
8. HYGIENE: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig zorg te dragen voor zijn of haar lichaamsverzorging.
1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
9. VERMIJDEN VAN GEVAAR: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig voor zijn of haar eigen veiligheid te zorgen.
1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
10. COMMUNICATIE: De mate waarin de Cliënt in staat is te communiceren.
11. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  12. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  13. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  14. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  15. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
11. CONTACT MET ANDEREN: De mate waarin de Cliënt in staat is tot het aangaan, onderhouden en afbreken van sociaal contact.
1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
12. WAARDE- EN NORMBESEF: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig leefregels te hanteren.
1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.

4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
13. DAGELIJKSE ACTIVITEITEN: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig invulling te geven aan de dagelijkse bezigheden binnen de woongroep.
1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
14. RECREATIEVE ACTIVITEITEN: De mate waarin de Cliënt in staat is zelfstandig deel te nemen aan ontspannende activiteiten buiten de woongroep.
1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
15. LEERVERMOGEN: De mate waarin de Cliënt in staat is om zelfstandig kennis en/of vaardigheden aan te leren dan wel het geleerde in stand te houden.
1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.
16. SAMENVATTING: Ten slotte, geef aan welke omschrijving van zorgafhankelijkheid van toepassing is op de Cliënt.
1. Cliënt is volledig zorgafhankelijk.
  2. Cliënt is in grote mate zorgafhankelijk.
  3. Cliënt is gedeeltelijk zorgafhankelijk.
  4. Cliënt is beperkt zorgafhankelijk.
  5. Cliënt is vrijwel zelfstandig.