

De nieuwe database van het NKD

datum: 12-01-2018
van: Chris Struiksm

Deze notitie gaat over het 'wat' van de minimale dataset. Instructie over het 'hoe' volgt zo spoedig mogelijk.

Het NKD gaat werken met een minimale dataset. Daarmee bedoelen we het definiëren van data die langdurig verzameld gaan worden, de data die nodig zijn om een volledig behandeltraject (screening, diagnostiek, behandeling, follow-up) te beschrijven. De minimale dataset is beperkt tot die data. De vele zaken die allemaal 'ook interessant' zijn, worden niet standaard meegenomen. Deze lijst is immers onbeperkt en het zou tot een enorme belasting van de praktijken leiden. Bovendien is het op enig moment definiëren van een dataset per definitie na korte tijd al achterhaald vanwege nieuwe ontwikkelingen.

Daarvoor in de plaats is in de database ruimte gecreëerd voor een aantal nader te definiëren data die, afgestemd op een concrete vraagstelling, tijdelijk - denk aan bijvoorbeeld een jaar of alle nieuwe casus van een bepaalde periode - met de dataverzameling 'meelopen'.

Het idee is dat van een flexibele database, in die zin, dat data op twee momenten in een jaar worden geëxporteerd door de deelnemende praktijken, waarvoor de praktijken zich niet hoeven te bekommeren over de vraag of data misschien al eerder zijn aangeboden. De programmatuur moet data vergelijken met data die al geregistreerd zijn en alleen als dat zo is én het nieuwe gegeven is van recenter datum, het oude gegeven overschrijven. Dit is met name van belang als een cliënt halverwege de behandeling overstapt van de ene naar een andere zorgverlener.

Welke instrumenten?

Het NKD wil de deelnemers niet voorschrijven welke instrumenten gebruikt moeten worden. We definiëren slechts de gebieden die minimaal onderzocht moeten worden in het kader van diagnostiek en behandeling van ernstige enkelvoudige diagnostiek. Wel beperkt het NKD de keuzevrijheid tot die instrumenten die een positieve COTAN-beoordeling hebben gekregen en valide zijn voor het gebied waarvoor ze worden ingezet. Zo is recent besloten de DST¹ niet langer op te nemen en enkele schalen uit de de SVT² toe te voegen. Uitgangspunt is dat alle data die zich daarvoor lenen, worden geleverd in een T-score. Data die niet in een T-score worden geleverd (bijvoorbeeld DMT-vaardigheidsscore) worden automatisch omgezet. Zodoende worden toetsresultaten binnen een bepaald domein (bijvoorbeeld niveau technisch lezen) vergelijkbaar en kunnen verschillende toetsen binnen eenzelfde domein als equivalent worden beschouwd.

Wie heeft toegang tot welke data?

De praktijkhouder³ heeft toegang tot zijn/haar eigendata, waarmee de praktijk zelf analyses kan uitvoeren. Het bestuur - of derden in opdracht van het bestuur - heeft toegang tot volledig geanonimiseerde data voor evaluatie- en researchdoeleinden. In publicaties zullen individuele praktijken nooit herleidbaar zijn.

Analyses per praktijk

Het is goed denkbaar, dat een individuele praktijk analyses uitgevoerd wil zien op het praktijkniveau. Hiervoor geeft de praktijk een extra opdracht welke - tegen betaling - door de Toetsservice wordt

¹ Dyslexie Screening Test

² School Vaardigheden Test

³ Hier is gekozen voor een neutrale term 'praktijkhouder'. Het is op dit moment nog niet duidelijk of dat de directeur is of de hoofdbehandelaar of misschien wel één van de hoofdbehandelaars dan wel alle hoofdbehandelaars. In het kader van deze notitie is niet relevant wie de bevoegdheid krijgt, maar dát een of meer personen deze bevoegdheid krijgen.

uitgevoerd. Hoe meer het gaat om dezelfde analyses, maar dan op een selectie van data, hoe lager die kosten zullen zijn. Waarschijnlijk is de beste optie, dat de praktijk in de eigen dataverzameling de namen van de individuele diagnosticus en behandelaar(s) registreert en die, in geval van een extra opdracht, gecodeerd aanlevert, gekoppeld aan de cliëntcode.

We lopen de minimale dataset van begin tot einde door:

1. Algemeen

1.1 De minimaal benodigde naw-gegevens, zo versleuteld, dat individuele cliënten niet kunnen worden achterhaald, maar wel als unieke cliënt kunnen worden verwerkt.

2. Screening

School moet gegevens aanleveren van drie screeningsmomenten. De screening betreft woordlezen, tekstlezen en spelling. Voor woordlezen is alleen de DMT beschikbaar. Hierover is aan de programmeurs gevraagd om vaardigheidsscores te kunnen aanleveren, die vervolgens worden omgezet in een T-score. De praktijk neemt de resultaten over uit het schooldossier. De SVT-subtoets technisch lezen betreft het lezen van een tekst en valt dus in het domein van de AVI-kaarten. Voor AVI wordt het beheersingsniveau ingevuld. De SVT-spelling is een recent verschenen alternatief voor het PI-dictee. Een subtest woordlezen bij de SVT is in voorbereiding, daarom is deze alvast opgenomen.

3. Diagnostiek

De datum waarop het eerste contact vis-à-vis met de cliënt plaatsvindt, dient als ijkpunt voor zowel het voortraject als het verloop van de diagnostiek en behandeling. Onder contacttijd verstaan we contacttijd, dus vis-à-vis contact. Indirecte tijd hangt nauw samen met de contacttijd, dan wel is een indicator voor de efficiency van de bedrijfsvoering. Diagnostiek en behandeling vinden plaats in aanwezigheid van de cliënt.

Naast een aantal maten met betrekking tot het zogeheten cognitief profiel, wordt tevens een niveau-bepaling gedaan, maar met het oog op de behandeling op een meer gedifferentieerde wijze dan voor de screening acceptabel is.

4. Behandeling

In 4 getallen en 6 statements wordt het gehele behandeltraject gekarakteriseerd. We reserveren de term behandeling voor het volledige traject, bestaande uit een serie sessies.

5. Behandeldata

Hier worden per toetsmoment 12 toetsen onderscheiden. De ene praktijk werkt met de 3DM en laat de velden DMT/EMT open, een andere praktijk doet het tegenovergestelde. Via de omzetting in T-scores voor die toetsen waarvoor dat nodig is, geven beide praktijken een bepaling van de technische leesvaardigheid. Essentieel is het aantal metingen. Inclusief de screeninggegevens hebben we vier voormetingen. Met een eindmeting en twee follow-up metingen zijn er drie nametingen. Dit is essentieel om zonder traditionele controlegroep iets te kunnen zeggen over de effectiviteit van de behandelingen. Het is mogelijk, dat een praktijk de (oud-)cliënt oproept en de niveau-bepaling doet. Deze gegevens kunnen ook van de scholen betrokken worden. In wezen is de ecologische validiteit van schoolgegevens hoger. De praktijk(houder) is verantwoordelijk voor het opvragen en exporteren van de nametinggegevens.

6. Vrije variabelen

Het kan zijn, dat er een bepaalde vraagstelling leeft. Om die te kunnen beantwoorden is afname van een of twee tests noodzakelijk naast de minimale dataset. Dit zal altijd om een in de tijd beperkte uitbreiding gaan. Hiervoor worden tijdelijk nieuwe variabelen gedefinieerd, die zolang als nodig meelopen.

7. Alternatieve route voor de 3DM

Het uitgangspunt onder de kop "Welke instrumenten?" houdt in, dat er ook een volwaardige alternatieve route moet zijn. Voor het onderdeel grafeem-foneemkoppeling wordt wel gebruik gemaakt van de DST-subtest. Dat is echter een RAN-taak die werkt met slechts enkele letters.

Waar behoefte aan is, is een eenvoudige letterbenoemtaak die gescoord kan worden op accuratesse en snelheid. Het probleem is de normering. Een letterbenoemtaak wordt afgenomen op enkele scholen in de groepen 3,4,5 met het oog op een voorlopige normering.

Nog enkele aandachtspunten bij het inrichten van het schermformulier voor kleine praktijken:

- format(masker?) per veld
- als niet dan niet verder
- eerst alleen naw-gegevens, later meer
- code boek
- tijdpad
- afspraak gemaakt: uit 2017 worden alleen die casus ingevoerd van wie de behandeling doorloopt in 2018
- vanaf rubriek 3.3 en vanaf 5.1 per leerling per praktijk eenmalig aanvinken welke tests men gebruikt en alleen die velden zichtbaar laten zijn